



## **EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA FORMATIVA UTILIZANDO EL VIDEO Y EL PACIENTE SIMULADO INSTRUCTOR.**

**Salvador Montull Morer**

**Dipòsit Legal: T 1343-2015**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

**EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN  
BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA  
FORMATIVA UTILIZANDO EL VIDEO Y EL PACIENTE  
SIMULADO EN LA ENTREVISTA CLÍNICA**

**SALVADOR MONTULL MORER**

**TESIS DOCTORAL**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA FORMATIVA UTILIZANDO  
EL VIDEO Y EL PACIENTE SIMULADO INSTRUCTOR.

Salvador Montull Morer

Dipòsit Legal: T 1343-2015

**Salvador Montull Morer**

**EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN  
BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA FORMATIVA  
UTILIZANDO EL VIDEO Y EL PACIENTE SIMULADO EN LA  
ENTREVISTA CLÍNICA**

**TESIS DOCTORAL**

Dirigida por:

Dr. José Maria Cela Ranilla y Dra. Mercè Gisbert Cervera

Departamento de Pedagogía de la URV



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGÍA

**Tarragona, 2015**

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA FORMATIVA UTILIZANDO  
EL VIDEO Y EL PACIENTE SIMULADO INSTRUCTOR.

Salvador Montull Morer

Dipòsit Legal: T 1343-2015



UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI

DEPARTAMENT DE PEDAGOGIA

Carretera de Valls, s/n  
43007 Tarragona  
Tel. 977 55 80 77  
Fax. 977 55 80 78  
e-mail: sdpeda@icep.urv.es

HAGO CONSTAR que este trabajo, titulado "El aprendizaje de habilidades de comunicación básicas en fisioterapia: una propuesta formativa utilizando el video y el paciente simulado en la entrevista clínica", que presenta Salvador Montull Morer para la obtención del título de Doctor, ha estado realizado bajo mi dirección en el Departamento de Pedagogía de esta universidad.

Tarragona, 07 de Mayo de 2015

Los directores de la tesis doctoral

Dr. Jose Maria Cela Ranilla

Dra. Mercè Gisbert Cervera

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN BÁSICAS EN FISIOTERAPIA: UNA PROPUESTA FORMATIVA UTILIZANDO  
EL VIDEO Y EL PACIENTE SIMULADO INSTRUCTOR.

Salvador Montull Morer

Dipòsit Legal: T 1343-2015

# Agradecimientos

A los compañeros de la Unidad de Fisioterapia Iris Miralles, Sonia Monterde, Isabel Salvat y Montse Riera, por su apoyo y por sus propuestas impagables a la hora de enfocar la investigación. Sonia ha sido compañera de viaje en el Master e-learning y durante la elaboración de la tesis, su disponibilidad y sus conocimientos fueron cruciales para diseñar la gestión de las videograbaciones y para dar una mayor solidez al análisis estadístico. Sin el apoyo de Juan González y especialmente de Montse Riera, en su condición de observadores externos, no hubiera sido posible el análisis de las videograbaciones.

Al Dr. José Cela, tutor del DEA por su disponibilidad, por su apoyo, por su comprensión y por su rigurosidad.

A la Dra. Mercè Gisbert por su apoyo y por sus recomendaciones para llevar a cabo esta investigación.

Al Dr. Ramon Descarrega, médico de Atención Primaria, profesor de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la URV y responsable del Programa de pacientes simulados de la Facultad, por dedicar su tiempo a mis dudas, por proporcionarme su apoyo y su experiencia en el ámbito de las habilidades de comunicación, especialmente a la hora de diseñar los casos clínicos y en el entrenamiento de los pacientes simulados.

Al Servicio de Recursos Educativos de la URV, por su apoyo para digitalizar todas las videograbaciones.

Al Instituto de Ciencias de la Educación de la URV, pues sin su apoyo no hubiera podido afrontar las necesidades económicas de este proyecto.

A todos los alumnos que participaron de forma voluntaria en este proyecto, sin los cuáles no se habría podido llevar a cabo.

A todos los pacientes con los que he establecido una relación profesional, pues de algún modo me han ayudado a contextualizar la importancia de las habilidades de comunicación y de la entrevista clínica.



Al Dr. Xavier Clèries, por abrirme nuevas posibilidades a la hora de enfocar esta tesis y por su disponibilidad para resolver mis dudas.

Al Dr. Joan Fernández, profesor de la Facultad de Medicina de la URV, por su ayuda para resolver las dudas relacionadas con el análisis estadístico.

A los fisioterapeutas Patricia Zaldivar, Carlota Arroyo, Laura Navarro y a Santiago Palacín por su ayuda durante el proceso de recogida de datos.

A Francesc, Montse y Juan, pacientes simulados sin los cuales no hubiera sido posible profundizar en este método de aprendizaje.

A Núria, Isaura y Alguer por su apoyo y por su paciencia durante la elaboración de la tesis y por las horas robadas.

A mis padres y a mis hermanos.

# Índice de contenidos

<b>Abreviaturas.....</b>	<b>vii</b>
<b>Índice de tablas.....</b>	<b>ix</b>
<b>Índice de figuras.....</b>	<b>xvii</b>
<b>Índice de anexos.....</b>	<b>xix</b>
<b>Lista de publicaciones derivadas de la tesis.....</b>	<b>xxi</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>xxiii</b>
<b>Capítulo I. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Justificación</b>	<b>1</b>
<b>2. Objetivos de la investigación</b>	<b>3</b>
<b>3. Beneficios esperados</b>	<b>4</b>
<b>4. Delimitación y limitaciones de la investigación</b>	<b>5</b>
<b>5. Estructura de la tesis</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II. Marco teórico.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>7</b>
<b>2. Estado de la cuestión</b>	<b>8</b>
2.1. La importancia de la formación en habilidades de comunicación	8
2.2. Habilidades de comunicación en general y aplicadas a la entrevista clínica: referentes	11
<b>3. Comunicación</b>	<b>12</b>
3.1. Concepto de comunicación	13
3.2. Tipos de comunicación	14
3.2.1. Comunicación verbal	
3.2.2. Comunicación no verbal	
3.3. Modelos de comunicación	23
3.3.1. Origen: Ciencias exactas	
3.3.2. Origen: Sociología, Psicología y Antropología	
3.4. Relación con la Fisioterapia y con las Ciencias de la Salud	29
<b>4. Competencias en habilidades de comunicación</b>	<b>34</b>
4.1. Ámbito de la fisioterapia	34

4.1.1. Antecedentes: España	
4.1.2. Antecedentes: otras áreas geográficas	
<b>5. La entrevista clínica de fisioterapia</b>	<b>43</b>
5.1. Concepto y finalidad	43
5.2. Entrevista clínica y razonamiento clínico	45
5.3. Estructura, fases de la entrevista clínica y habilidades de comunicación	50
5.3.1. Fase inicial	
5.3.2. Fase de recogida de la información	
5.3.3. Fase de examen físico	
5.3.4. Fase de explicación y de planificación	
5.3.5. Fase de cierre de la entrevista	
5.3.6. Construir la relación con el paciente	
5.3.7. Proporcionar una estructura a la entrevista	
<b>6. Modelos y metodología docente para el aprendizaje de habilidades de comunicación aplicada a la realización de la entrevista clínica de fisioterapia</b>	<b>59</b>
6.1. Modelos para el aprendizaje de habilidades de comunicación	60
6.1.1. Modelo combinado o “Blended learning”	
6.2. Métodos de enseñanza-aprendizaje de habilidades de comunicación	64
6.2.1. Posibilidades de las TIC	
6.2.2. Métodos aplicados en nuestra investigación	
6.2.2.1. Los seminarios	
6.2.2.2. E-actividades: resolución de casos y análisis de vídeos	
6.2.2.3. El paciente simulado estandarizado	
6.2.2.4. Otros métodos	
6.3. Métodos de evaluación de las habilidades de comunicación	82
6.3.1. Métodos utilizados en nuestra investigación	
<b>CAPÍTULO III. Diseño de la investigación.....</b>	<b>91</b>
<b>1. Metodología</b>	<b>91</b>
<b>2. Paradigma</b>	<b>91</b>
2.1. Método de investigación-acción con estudio de caso	92
2.1.1. Introducción	
2.1.2. Secuencia de los ciclos de investigación-acción desarrollados	

<b>CAPÍTULO IV. Ciclo I (2007-10)</b> .....	<b>95</b>
<b>1. Plan de acción (Fase diagnóstica)</b>	<b>95</b>
1.1. Identificación y definición del problema	95
1.2. Diagnóstico de la situación y análisis del problema	97
1.2.1. Contexto en el que el problema tiene lugar	
1.2.2. Preguntas y objetivos de la investigación preliminar	
1.2.3. Diseño de la investigación preliminar	
1.2.3.1. Metodología	
1.2.3.2. Recogida de datos	
1.2.3.3. Método de análisis e interpretación de los datos	
1.3. Hipótesis de acción y formulación de la acción estratégica	167
1.3.1. Respecto a la formación en habilidades de comunicación aplicadas a la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia	
1.3.2. Respecto al método de investigación-acción aplicado	
<b>2. Acción: diseño y aplicación de la Propuesta formativa I</b>	<b>172</b>
2.1. Definición del cronograma	173
2.2. Especificación de las tareas	173
2.2.1. Calendario de reuniones	
2.2.2. Asignación de tareas	
2.3. Definición de los recursos necesarios y confirmación de los recursos disponibles	175
2.3.1. Definición de los recursos necesarios	
2.3.2. Confirmación de los recursos disponibles	
2.4. Preparación de casos clínicos y entrenamiento de los pacientes simulados	180
2.5. Definición de la Propuesta Formativa I	180
2.5.1. Introducción	
2.5.2. Objetivos del programa	
2.5.3. Contenidos	
2.5.4. Metodología	
2.5.5. Evaluación	
<b>3. Observación de la acción</b>	<b>188</b>
3.1. Método de observación, de supervisión y de documentación de la investigación-acción	188
3.1.1. Método de recogida de datos	
3.1.2. Método de análisis e interpretación de los datos	
<b>4. Reflexión</b>	<b>209</b>
4.1. Interpretación de los datos y de la información: resultados	209
4.1.1. Datos descriptivos de la muestra	

4.1.2. Datos y aspectos relacionados con el método de enseñanza – aprendizaje	
4.1.3. Datos relacionados con la fiabilidad de los instrumentos de medición	
4.1.4. Datos relacionados con la validación de la información	
<b>5. Redacción del informe</b>	<b>250</b>
5.1. Resumen	250
5.2. Introducción	251
5.3. Foco	251
5.4. Contexto	252
5.5. Método de indagación	253
5.6. El proyecto	253
5.6.1. Ciclo I: Fase diagnóstica	
5.6.2. Acción: Aplicación de la propuesta formativa I (Ciclo I)	
5.7. Significación	281
5.7.1. Comprensión del problema: evolución en el aprendizaje de los alumnos	
5.7.2. Relevancia de la información obtenida para la institución	
5.7.3. Dificultades para el cambio	
5.7.4. Aportaciones a la teoría a la práctica y a la investigación	
5.8. Conclusiones y recomendaciones	284
5.8.1. Efectos de las acciones	
5.8.2. Efectos formativos en los alumnos	
5.8.3. Nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción	
<b>CAPÍTULO V. Ciclo II (2010-13)</b> .....	<b>287</b>
<b>1. Plan de acción: Propuesta formativa II</b>	<b>287</b>
1.1. Hipótesis de acción y formulación de la acción estratégica	287
1.1.1. Respecto a la formación en habilidades de comunicación aplicadas a la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia	
1.1.2. Respecto al método de investigación-acción aplicado	
<b>2. Acción: diseño y aplicación de la Propuesta formativa II</b>	<b>294</b>
2.1. Definición del cronograma general	294
2.2. Especificación de las tareas	296
2.3. Definición de los recursos necesarios y confirmación de los recursos disponibles	296
2.4. Preparación de casos clínicos y entrenamiento de los pacientes simulados	297
2.5. Definición de la Propuesta Formativa II	299
2.5.1. Introducción	

2.5.2. Objetivos del programa	
2.5.3. Contenidos	
2.5.4. Metodología	
2.5.5. Evaluación	
<b>3. Observación de la acción</b>	<b>304</b>
3.1. Método de observación, supervisión y de documentación de la investigación-acción	304
3.1.1. Método de recogida de datos	
3.1.2. Análisis e interpretación de los datos	
<b>4. Reflexión</b>	<b>317</b>
4.1. Interpretación de los datos y de la información: resultados	317
4.1.1. Datos descriptivos de la muestra	
4.1.2. Datos y aspectos relacionados con el método de E-A de HC	
4.1.2.1. Resultados de aprendizaje	
4.1.2.2. Percepción del proceso de enseñanza-aprendizaje	
4.1.2.3. Datos relacionados con la fiabilidad de los instrumentos de medición	
4.1.2.4. Datos relacionados con la validación de la información	
<b>5. Redacción del informe</b>	<b>352</b>
5.1. Resumen	352
5.2. Introducción	353
5.3. Foco	354
5.4. Contexto	357
5.5. Método de indagación	357
5.6. El proyecto	357
5.6.1. Descripción de los datos	
5.6.2. Interpretación de los datos y de la información	
5.7. Significación	402
5.7.1. Comprensión del problema: evolución del aprendizaje	
5.7.2. Relevancia para la institución	
5.7.3. Dificultades para el cambio	
5.7.4. Aportaciones a la teoría a la práctica y a la investigación	
5.8. Conclusiones y recomendaciones	415
5.8.1. Efectos de las acciones	
5.8.2. Efectos formativos en los alumnos	
5.8.3. Nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción	
5.9. Limitaciones de la investigación y lecciones aprendidas	418

5.9.1. Limitaciones de la investigación	
5.9.2. Lecciones aprendidas	
<b>6. Propuesta formativa final</b>	<b>420</b>
<b>Capítulo VI. Conclusiones.....</b>	<b>427</b>
<b>1. Conclusiones</b>	<b>427</b>
<b>2. Propuestas de acción</b>	<b>433</b>
<b>3. Líneas de investigación futuras</b>	<b>434</b>
<b>Capítulo VII. Bibliografía.....</b>	<b>435</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>459</b>

## Abreviaturas

<b>AAOMPT</b>	The American <i>Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapists</i>
<b>ABP</b>	Aprendizaje basado en problemas
<b>AEF</b>	Asociación Española de Fisioterapeutas
<b>ANECA</b>	<i>Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación</i>
<b>APTA</b>	American Physical Therapy Association
<b>AVD</b>	Actividades de la vida diaria
<b>B-LEARNING</b>	Aprendizaje mezclado
<b>BOE</b>	Boletín Oficial del Estado
<b>CAPTE</b>	Commission on Accreditation in Physical Therapy Education
<b>CICAA</b>	Cuestionario CICAA: conectar, identificar y comprender, acordar y actuar
<b>CNV</b>	Comunicación no verbal
<b>CV</b>	Comunicación verbal
<b>E</b>	Entrevista al PS 3 (Grupo control)
<b>E1</b>	Entrevista al paciente simulado 1 (Grupo de intervención)
<b>E2</b>	Entrevista al paciente simulado 2 (Grupo de intervención)
<b>E3</b>	Entrevista al paciente simulado 2 (Grupo de intervención)
<b>E-A</b>	Enseñanza-aprendizaje
<b>ECF</b>	Entrevista clínica de Fisioterapia
<b>ECOE</b>	Evaluación clínica objetiva y estructurada de la práctica clínica
<b>EEES</b>	Espacio Europeo de Educación Superior
<b>ENPHE</b>	The European Network of Physiotherapy in Higher Education
<b>FMCS</b>	Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud
<b>GC</b>	Grupo control
<b>GI</b>	Grupo de intervención
<b>HC</b>	Habilidades de comunicación
<b>HCB</b>	habilidades de comunicación básicas
<b>HCI</b>	Habilidades de comunicación interpersonal
<b>I-A</b>	Investigación-acción
<b>IES</b>	Instituto de Estudios de la Salud (Generalitat de Catalunya)
<b>ICE</b>	Instituto de Ciencias de la Educación
<b>MAPE</b>	Mapa de frases clave para pacientes estandarizados



<b>NNTT</b>	Nuevas tecnologías
<b>PS</b>	Paciente simulado
<b>PS1</b>	Paciente simulado 1
<b>PS2</b>	Paciente simulado 2
<b>PS3</b>	Paciente simulado 3
<b>PSE</b>	Paciente simulado estandarizado
<b>RAE</b>	Real Academia Española
<b>SBL</b>	Aprendizaje basado en los contenidos
<b>SFB</b>	Sesión de Feedback o de retroacción
<b>SRE</b>	Servicio de recursos educativos (URV)
<b>SRP</b>	Sesiones de role play
<b>TIC</b>	Tecnologías de la información y de la comunicación
<b>URV</b>	Universitat Rovira i Virgili
<b>WCPT</b>	World Confederation for Physical Therapy

## Índice de tablas

Tabla 1	Competencias transversales (genéricas) I	35
Tabla 2	Competencias específicas	36
Tabla 3	Competencias relacionadas con las habilidades de comunicación (Grado en Fisioterapia)	37
Tabla 4	Competencias relacionadas con las habilidades de habilidades de comunicación durante el encuentro con el paciente/cliente (ENPHE)	39
Tabla 5	Competencias profesionales en habilidades comunicativas (WCPT)	41
Tabla 6	Ámbito de actuación de los fisioterapeutas que desarrollan su actividad mediante la terapia manual (Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy 2011)	41
Tabla 7	Área 7. Demostrar la competencia en habilidades de comunicación avanzadas (Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy, 2011)	42
Tabla 8	Habilidades: Fase inicial de la entrevista clínica	53
Tabla 9	Habilidades: Fase de recogida de la información	54
Tabla 10	Habilidades: Fase de exploración	55
Tabla 11	Habilidades: Fase de explicación y de planificación	56
Tabla 12	Habilidades: Fase de cierre	57
Tabla 13	Habilidades: construyendo la relación con el paciente	57
Tabla 14	Habilidades: proporcionando una estructura a la entrevista	59
Tabla 15	Herramientas de comunicación virtual utilizadas	63
Tabla 16	Niveles de influencia de las TIC: Micronivel	66
Tabla 17	El vídeo y el cine como instrumentos de apoyo para trabajar las habilidades de comunicación	74
Tabla 18	Cualidades y atributos del feedback	76
Tabla 19	Cronograma y especificación de tareas (Ciclo I)	104
Tabla 20	Origen de la información (Ciclo I, Fase diagnóstica)	111
Tabla 21	Escala MAPE 2	112
Tabla 22	Cuestionario CICAA (formato resumido)	113
Tabla 23	Encuesta 1-FD (formato resumido)	114
Tabla 24	Encuesta 2-FD (formato resumido)	115
Tabla 25	Encuesta 3-FD (formato resumido)	116
Tabla 26	Métodos de análisis cuantitativo (Ciclo I, Fase diagnóstica)	118
Tabla 27	Aspectos analizados y método de análisis (Ciclo I, Fase diagnóstica)	119

Tabla 28	Datos descriptivos de la muestra (Ciclo I, Fase diagnóstica)	120
Tabla 29	Nivel de HC (P1): MAPE2, CICAA (ob. 1, ob. 2)	123
Tabla 30	Análisis de concordancia interobservador (k): Escala CICAA (ob. 1, ob. 2)	124
Tabla 31	Encuesta 1. Pregunta 3. Categorización jerárquica	125
Tabla 32	Encuesta 1. Resultados: Pregunta 4	126
Tabla 33	Encuesta 1-FD. Pregunta 10. Categorización jerárquica	126
Tabla 34	Entrevista post visualización del video de la ECF (alumno-PSE). Categorización: opiniones de los alumnos	127
Tabla 35	Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): C. Psicosociales y aplicadas (Encuesta 2-FD)	130
Tabla 36	Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): Fisioterapia II. Módulo ABP (Encuesta 2-FD)	131
Tabla 37	Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): Modelos de adaptación al envejecimiento (Encuesta 2-FD)	132
Tabla 38	Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): La escucha activa (Encuesta 2-FD)	132
Tabla 39	Formación adquirida en HC para cada asignatura. Percepción de los alumnos (Encuesta 1-FD, Pregunta 8)	135
Tabla 40	Formación adquirida en HC para cada asignatura. Percepción de los alumnos (Encuesta 1-FD, Pregunta 9)	136
Tabla 41	Formación adquirida en HC para cada centro (percepción de los alumnos). (Encuesta 1-FD, Preguntas: 6, 7)	143
Tabla 42	Cronograma y especificación de las tareas del Ciclo I (Plan de acción y Acción)	173
Tabla 43	Asignación de tareas Ciclo I (aplicación del Plan de acción: Propuesta formativa I)	174
Tabla 44	Recursos humanos y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)	178
Tabla 45	Recursos materiales y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)	178
Tabla 46	Recursos tecnológicos y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)	179
Tabla 47	Cronograma. Programa: G. Intervención (Ciclo I: P. formativa I)	183
Tabla 48	E-actividades (Grupo de intervención): Ciclo I (P. formativa I)	185
Tabla 49	Cronograma Grupo control (Ciclo I: P. formativa I)	186
Tabla 50	Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 1 (Ciclo I)	196
Tabla 51	Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 2: Apartado V (Ciclo I)	197
Tabla 52	Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 3 (Ciclo I)	198
Tabla 53	Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 4 (Ciclo I)	198
Tabla 54	Cuaderno del investigador.	201

Tabla 55	Datos descriptivos de la población y otros: Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (Ciclo I: P. Formativa I).	203
Tabla 56	Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (E-actividades y evolución del aprendizaje): punto de vista del alumno (Ciclo I: P. Formativa I).	203
Tabla 57	Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (encuentro alumno – PSE): punto de vista del PSE y de los observadores externos (Ciclo I: P. Formativa I)	204
Tabla 58	Calidad del encuentro alumno – PSE y evolución del aprendizaje (Ciclo I: P. Formativa I): Análisis cualitativo	206
Tabla 59	Método de análisis de la información: impacto del método de aprendizaje (Ciclo I: P. Formativa I)	207
Tabla 60	Datos descriptivos de la muestra (Ciclo I, P. formativa I)	210
Tabla 61	Métodos de evaluación (Ciclo I, P. formativa I)	211
Tabla 62	Evaluación de las E-actividades: Grupo de intervención (Ciclo I, P. formativa I)	212
Tabla 63	Evaluación de las E-actividades: Grupo control (Ciclo I, P. formativa I)	212
Tabla 64	Datos generales: encuentro alumno-PSE (Ciclo I, P. formativa I)	213
Tabla 65	MAPE 2 (Valor total) y diferencias entre las entrevistas (Ciclo I, P. formativa I)	214
Tabla 66	MAPE 2 (Ítems) y diferencias entre las entrevistas (Ciclo I, P. formativa I)	216
Tabla 67	CICAA (Valor total) y diferencias entre las entrevistas (Ciclo I, P. formativa I)	219
Tabla 68	CICAA (Tareas) y diferencias entre las entrevistas (Ciclo I, P. formativa I)	220
Tabla 69	Obtención de la información para el análisis del proceso de E-A (Ciclo I, P. formativa I)	222
Tabla 70	Percepción del grado de comprensión teórica ECF (Valor total): GI y GI vs. GC.	223
Tabla 71	Percepción del grado de comprensión teórica ECF (para cada Fase): GI y GI vs. GC.	224
Tabla 72	Percepción del grado de habilidad para realizar la ECF (Valor total): GI y GI vs. GC.	225
Tabla 73	Percepción del grado de habilidad para realizar la ECF (para cada Fase): GI y GI vs. GC.	226
Tabla 74	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Tarea 1 (Ob. 1 y Ob. 2)	246
Tabla 75	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Tarea 2 (Ob. 1 y Ob. 2)	247
Tabla 76	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Tarea 3-4 (Ob. 1 y Ob. 2)	248
Tabla 77	Datos descriptivos de la muestra (Ciclo I, Fase diagnóstica)	254
Tabla 78	Evaluación de los resultados de aprendizaje (Ciclo I, P. formativa I)	263
Tabla 79	Métodos para la obtención de la información para el análisis del proceso de E-A (Ciclo I, P. formativa I)	265

Tabla 80	Método de análisis y de recogida de datos (Ciclo II). Modificaciones realizadas respecto al Ciclo I	293
Tabla 81	Método de análisis e interpretación de los datos (Ciclo II). Modificaciones realizadas respecto al Ciclo I	294
Tabla 82	Cronograma y especificación de las tareas: Ciclo II	295
Tabla 83	Calendario de reuniones: Ciclo II	296
Tabla 84	Aspectos a destacar: Retroacción del PSE	298
Tabla 85	Contenidos del programa: Ciclo II, Propuesta formativa II	300
Tabla 86	Metodología: Grupo de intervención (Resumen)	301
Tabla 87	Metodología: Grupo control (Resumen)	303
Tabla 88	Modificaciones: seminarios/ clases magistrales (GI)	306
Tabla 89	Instrumentos de recogida de la información: perspectiva de los alumnos	310
Tabla 90	Encuesta 5: aspectos tratados (resumen)	311
Tabla 91	Encuesta 6: aspectos tratados (resumen)	312
Tabla 92	Instrumentos de recogida de la información: perspectiva del PSE, de los observadores externos y del grupo de trabajo	313
Tabla 93	Instrumentos de recogida de la información: perspectiva del investigador	313
Tabla 94	Datos descriptivos de la muestra: Ciclo II	318
Tabla 95	Evaluación de los resultados de aprendizaje: Ciclo II	319
Tabla 96	Encuentro alumno-PSE: datos generales (Ciclo II)	322
Tabla 97	MAPE 2 (valor total) y diferencias entre las entrevistas (GI y GI-GC). Ciclo II	323
Tabla 98	MAPE 2 (Fases y ítems) y diferencias entre las entrevistas (GI y GI-GC). Ciclo II	324
Tabla 99	CICAA (valor total) y diferencias entre las entrevistas (GI y GI-GC). Ciclo II	326
Tabla 100	MAPE 2 (Tareas y observador) y diferencias entre las entrevistas (GI y GI-GC). Ciclo II	327
Tabla 101	Obtención de la información para el análisis del proceso de E-A. Ciclo II	328
Tabla 102	Percepción comprensión teórica ECF (valor total): GI y GI-GC. Ciclo II	330
Tabla 103	Percepción comprensión teórica ECF (según la entrevista y sus fases): GI y GI-GC. Ciclo II	331
Tabla 104	Percepción habilidad para realizar la ECF (valor total): GI y GI-GC. Ciclo II	332
Tabla 105	Percepción habilidad para realizar la ECF (fases): GI y GI-GC. Ciclo II	333
Tabla 106	Impacto: seminarios, E-actividades. Ciclo II	334
Tabla 107	Impacto: PSE, vídeo, retroacción. Ciclo II	335
Tabla 108	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Escala CICAA (Tarea 1) Ciclo II	349
Tabla 109	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Escala CICAA (Tarea 2) Ciclo II	350
Tabla 110	Consistencia interna interobservador (Test de Kappa): Escala CICAA (Tareas 3-	351

	4) Ciclo II	
Tabla 111	Evaluación de los resultados de aprendizaje. Ciclo II	359
Tabla 112	Proceso de recogida de datos: Resumen de las acciones y recomendaciones	375
Tabla 113	Método: seminarios. Resumen de las acciones y recomendaciones	377
Tabla 114	Método: E-actividades. Resumen de las acciones y recomendaciones	378
Tabla 115	Método: entrevista al PSE y feedback (PSE-alumno). Resumen de las acciones y recomendaciones	380
Tabla 116	Método: visionado video de la ECF y retroacción. Resumen de las acciones y recomendaciones	381
Tabla 117	Métodos de E-A de Habilidades de comunicación para la realización de la ECF (Nivel I)	421
Tabla 118	Métodos de E-A de Habilidades de comunicación para la realización de la ECF (Nivel II)	423
Tabla 119	Métodos de E-A de Habilidades de comunicación para la realización de la ECF (Nivel III)	424
Tabla 120	Planificación para la recogida de datos (Ciclo I: Fase diagnóstica	493
Tabla 121	Análisis del nivel de concordancia interobservador (CICAA 1 y CICAA 2)	494
Tabla 122	Protocolo: registro y numeración de las cintas de la videograbación. Ciclo I (P. Formativa I).	540
Tabla 123	Encuesta 1-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	565
Tabla 124	Encuesta 1-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	567
Tabla 125	Encuesta 1-PF I. Pregunta3: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	568
Tabla 126	Encuesta 1-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	569
Tabla 127	Encuesta 1-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	570
Tabla 128	Encuesta 1-PF I. Pregunta 8: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	571
Tabla 129	Encuesta 1-PF I. Pregunta 9: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	573
Tabla 130	Encuesta 1-PF I. Pregunta 10: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	575
Tabla 131	Encuesta 2-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	576
Tabla 132	Encuesta 2-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	579
Tabla 133	Encuesta 2-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	581
Tabla 134	Encuesta 2-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	583
Tabla 135	Encuesta 2-PF I. Pregunta 6: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	585
Tabla 136	Encuesta 3-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	586
Tabla 137	Encuesta 3-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	590
Tabla 138	Encuesta 3-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	593
Tabla 139	Encuesta 3-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	595
Tabla 140	Encuesta 3-PF I. Pregunta 6: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	597
Tabla 141	Encuesta 3-PF I. Pregunta 7: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	599
Tabla 142	Resumen de resultados (Encuesta 1, 2, 3-PF I). Ciclo I (P. Formativa I)	600
Tabla 143	Encuesta 4-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	610

Tabla 144	Encuesta 4-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	612
Tabla 145	Encuesta 4-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	613
Tabla 146	Encuesta 4-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	615
Tabla 147	Encuesta 4-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)	617
Tabla 148	Resumen de resultados (Encuesta 4-PF I). Ciclo I (P. Formativa I)	618
Tabla 149	SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)	623
Tabla 150	SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	624
Tabla 151	SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 3. Ciclo I (P. Formativa I)	627
Tabla 152	SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)	629
Tabla 153	SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)	631
Tabla 154	SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	632
Tabla 155	SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 3. Ciclo I (P. Formativa I)	633
Tabla 156	SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)	635
Tabla 157	SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)	637
Tabla 158	SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	638
Tabla 159	SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	639
Tabla 160	SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)	642
Tabla 161	SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)	652
Tabla 162	SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	653
Tabla 163	SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)	655
Tabla 164	SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)	657
Tabla 165	Cronograma Grupo control (GC). Ciclo II (P. formativa II)	669
Tabla 166	Cronograma Grupo de intervención (GI). Ciclo II (P. formativa II)	670
Tabla 167	Habilidades de comunicación: Fase inicial. Adaptado de Clèries 2006.	673

Tabla 168	Habilidades de comunicación: Fase de recogida de la información. Tomado y adaptado de Clèries (2006).	676
Tabla 169	Habilidades de comunicación adicionales: Fase de recogida de la información. Tomado y adaptado de Clèries (2006).	678
Tabla 170	Historia clínica del paciente (Adaptado de Petty et al, 2003 y Maitland et al, 2007)	678
Tabla 171	Exloración del paciente (Adaptado de Petty et al, 2003 y Maitland et al, 2007)	683
Tabla 172	Resumen de los aspectos que deben ser tenido en cuenta (Fase de explicación y planificación). Adaptado de Silverman (2005) y Petty et al (2003)	687





## Índice de figuras

Figura 1	Modelo de comunicación de Shanon y Weaver	24
Figura 2	Modelo circular (Osgood y Schram, 1954)	25
Figura 3	Modelo de razonamiento clínico centrado en el paciente (Edwards, 1996). Tomado de Jones y Rivett (2004);	46
Figura 4	Secuencia de eventos relacionados con la realización de la entrevista clínica	51
Figura 5	Fases de la entrevista clínica (Kurtz, Silverman y Draper, 2005)	52
Figura 6	The landscape of Blended learning (Adaptado de Sharpe, R. et al., 2006)	62
Figura 7	Stages of the design and development process. Adaptado de Allan B. (2007)	64
Figura 8	Variables críticas de la formación en red (Cabero y Román, 2006)	65
Figura 9	Niveles y métodos de evaluación de la competencia en habilidades de comunicación (Miller GE, 1980)	84
Figura 10	Secuencia de los Ciclos de I-A desarrollados	94
Figura 11	Descripción de la muestra (Ciclo i, Fase diagnóstica)	103
Figura 12	Prueba piloto (encuentro: alumno-PSE)	107
Figura 13	Prueba piloto: participación (profesores de asignaturas y de prácticas)	108
Figura 14	Instrumentos y técnicas de recogida de datos (Ciclo I, Fase diagnóstica)	111
Figura 15	Elementos de análisis para el diagnóstico del problema (ciclo I Fase diagnóstica)	121
Figura 16	P. de investigación 1 (Ciclo I, Fase diagnóstica)	122
Figura 17	P. de investigación 1: resultados (Ciclo I, Fase diagnóstica)	128
Figura 18	P. de inv. 2 (Ciclo I, Fase diagnóstica): Instrumentos para la recogida de datos	129
Figura 19	Resultados: P. de inv. 2 (Enc. 2). Ciclo I, Fase diagnóstica	133
Figura 20	Resultados: P. de inv. 2 (Enc. 1). Ciclo I, Fase diagnóstica	137
Figura 21	P. de inv. 3 (Ciclo I, Fase diagnóstica): instrumentos para la recogida de datos	138
Figura 22	Resultados: P. de inv. 3 (Enc. 3). Ciclo I, Fase diagnóstica	141
Figura 23	Resultados: P. de inv. 3 (Enc. 1 y entrevista post vídeo). Ciclo I, Fase diagnóstica	144
Figura 24	Descripción de la muestra (Ciclo I, Propuesta formativa I)	190
Figura 25	Procedimiento: aplicación P. Formativa I ( Ciclo I)	191
Figura 26	Instrumentos generales de recogida de la información (Ciclo I, P. formativa I)	194
Figura 27	Instrumentos de recogida de la información (Ciclo I, P. formativa I)	194
Figura 28	Métodos de análisis e interpretación de los datos cuantitativos (Ciclo I: P. Formativa I)	202

Figura 29	Métodos de análisis cualitativo (Ciclo I: P. Formativa I)	206
Figura 30	Validación de la información cualitativa	208
Figura 31	Presentación de los resultados: Ciclo I (P. Formativa I)	210
Figura 32	Esquema: objetivos y preguntas de investigación (Ciclo I, Fase diagnóstica)	254
Figura 33	Esquema de la presentación de resultados: P. Formativa I	262
Figura 34	Descripción participantes (Ciclo II: 2010-11)	305
Figura 35	Procedimiento (Ciclo II): aplicación del Programa	306
Figura 36	Sesión grupal de retroacción (GI): esquema. Ciclo II	308
Figura 37	Instrumentos generales para la recogida de la información. Ciclo II.	310
Figura 38	Método cuantitativo de análisis e interpretación de los datos. Ciclo II	314
Figura 39	Método cualitativo de análisis e interpretación de los datos. Ciclo II	316
Figura 40	Presentación de los resultados: aspectos a considerar. Ciclo II	318
Figura 41	Resultados. E-actividades (Grupo de intervención). Ciclo II	320
Figura 42	Resultados. E-actividades (Grupo control). Ciclo II	320
Figura 43	Esquema de presentación de los resultados del Ciclo II	358
Figura 44	Disposición de las cámaras (videograbación entrevistas)	538
Figura 45	Resumen del programa seguido por el Grupo control (Grupo A). Ciclo I (P. formativa I)	541
Figura 46	Resumen del programa seguido por el Grupo control (Grupo B). Ciclo I (P. formativa I)	544
Figura 47	Resumen del programa: G. control (Gr. A). Ciclo II (P. Formativa II)	669
Figura 48	Resumen del programa: G. interv. (Gr. B). Ciclo II (P. Formativa II)	670
Figura 49	Fases de la entrevista clínica (tomado de Kurtz et al, 2005 y Silverman et al, 2005)	672

## Índice de anexos

<b>ANEXO 1.</b>	<b>Ciclo I. Fase diagnóstica (2007-08).</b> Cuestionarios y encuestas. Información previa proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado. Diseño del caso problema a realizar por el PSE. Información relativa al encuentro: alumno – PSE. Recogida de datos y resultados	461
<b>ANEXO 2.</b>	<b>ANEXO 2. Ciclo I. Propuesta Formativa I (2009-10).</b> Cuestionarios y encuestas. Información previa proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado. Diseño de los casos problema a realizar por los PSE. Información relativa al encuentro con el PSE (para el alumno). Material y métodos para la recogida de datos. Programa, material de soporte y E-actividades a realizar. Resumen de resultados y transcripciones: encuestas y sesiones de retroacción.	495
<b>ANEXO 3.</b>	<b>ANEXO 3. Ciclo II. Propuesta Formativa II (2010-11).</b> Cuestionarios y encuestas. Información proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado. Diseño de los casos problema a realizar por los PSE. Información relativa al encuentro con el PSE (para el alumno). Material y métodos para la recogida de datos. Programa, material de soporte para el alumno y E-actividades a realizar. Transcripciones.	661



## Lista de publicaciones derivadas de la tesis

Montull S, Cela JM, Descarrega R, Mirales I, Monterde S, Salvat I, González J. Communication Skills Assessment in the clinical interview of physiotherapy with simulated patient and video. En: *EDULEARN 2011 Proceedings, Barcelona*. (pp. 4044-4051). 3<sup>rd</sup> International Conference on Education and New Learning Technologies. Barcelona, Spain: International Association of Technology, Education and Development (IATED). Retrieved from: <http://library.iated.org/view/MONTULL2011COM>

Montull, S; Cela JM; Descarrega, R; Miralles I; Monterde S; Salvat I. Impacto educativo del paciente simulado y del video en el aprendizaje de habilidades comunicativas aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia. En: Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (Ed.). XX Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Encuentro Hispano-Luso de Educación Médica. Valladolid, 5-7 de octubre de 2011. Proceedings. Educación Médica 2011; 14 (Supl 2): S63-S64. Retrieved from: [http://www.ub.edu/medicina\\_unitateducaciomedica/documentos/sedemconresor\\_esumen2011.pdf](http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/sedemconresor_esumen2011.pdf)

Montull, S; Cela JM; Descarrega, R; Miralles I; Monterde S; Salvat I Percepción del aprendizaje recibido en habilidades comunicativas en el caso de los alumnos de Fisioterapia. En: Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (Ed.). XX Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM). Encuentro Hispano-Luso de Educación Médica. Valladolid, 5-7 de octubre de 2011. Proceedings. Educación Médica 2011; 14 (Supl 2): S31. Retrieved from: [http://www.ub.edu/medicina\\_unitateducaciomedica/documentos/sedemconresor\\_esumen2011.pdf](http://www.ub.edu/medicina_unitateducaciomedica/documentos/sedemconresor_esumen2011.pdf)

Montull, S., Cela JM., Gisbert, M., Descarrega, R. (2015). Impacto educativo de una propuesta de aprendizaje mezclado dirigida al aprendizaje de habilidades de comunicación para la realización de la entrevista clínica: Percepciones de los alumnos de Fisioterapia de la Universitat Rovira i Virgili. Enviado a la revista Fundación Educación Médica. Marzo de 2015.

## Resumen

Montull, S. (2015). *El aprendizaje de habilidades de comunicación básicas en fisioterapia: una propuesta formativa utilizando el video y el paciente simulado en la entrevista clínica* (Tesis). Departamento de Pedagogía, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

Tras detectar, en los alumnos de la titulación de Fisioterapia de la Universidad Rovira i Virgili (URV), un posible déficit formativo en habilidades de comunicación (HC) para la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia (ECF), se decide analizar el estado de la situación y proponer un método de aprendizaje que contribuya a la mejora del problema. La investigación se lleva a cabo en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (FMCS) de la URV, se inicia en el curso académico 2007-8 y finaliza en el curso 2012-13. Participan como elementos integrantes de la muestra los alumnos del último curso de la Diplomatura de Fisioterapia. El método de investigación utilizado es mixto, cualitativo y cuantitativo, aunque el acercamiento a la realidad es eminentemente cualitativo y se basa en el método de investigación – acción (I-A). Una vez identificado el problema se aplican dos ciclos de I-A (Ciclo I, Ciclo II) con la finalidad de adaptar y mejorar la propuesta formativa. El método utilizado se corresponde al método B-learning (aprendizaje combinado), que en nuestro caso incluye la realización de: seminarios presenciales, E-actividades, sesiones de role play, entrevistas a pacientes simulados estandarizados y visualización de los videos de las entrevistas en grupo. Los alumnos mejoraron las HC para la realización de la ECF y se diseñó un método para mejorar el aprendizaje de habilidades de comunicación para la realización de la ECF adaptado a nuestro contexto y aplicable a contextos similares.

**Palabras clave:** habilidades de comunicación, entrevista clínica, aprendizaje combinado, video, paciente simulado, investigación-acción.





## CAPÍTULO I. Introducción

Describiremos a continuación la *justificación* que nos ha llevado a iniciar esta investigación, los *objetivos*, los *beneficios esperados*, la *delimitación* y las *limitaciones* del estudio realizado y la *estructura* utilizada para presentar la información.

### 1. Justificación

La necesidad de adquirir la competencia suficiente en habilidades de comunicación, durante el periodo de formación universitaria, en el ámbito de la formación médica y de las Ciencias de la Salud ha sido un tema ampliamente debatido, consensado y publicado en los medios de divulgación científica durante los últimos 20-30 años, si bien su impacto real, en función de la profesión o del ámbito geográfico analizados, no ha sido homogéneo. La entrevista clínica permite, al paciente y al terapeuta, establecer un proceso de comunicación bidireccional que ayudará a identificar los problemas de salud y a aplicar el tratamiento idóneo. Es decir, un manejo adecuado de las habilidades comunicativas contribuirá a establecer un diagnóstico de Fisioterapia adecuado, a disminuir el número de errores (diagnósticos) y de quejas así como a implicar de un modo más activo al paciente y a la familia en su proceso de recuperación.

Tras detectar un déficit formativo en HC para la realización de la ECF, en el caso de los alumnos de Fisioterapia de la URV, se decide profundizar en la identificación del problema y buscar una solución al mismo mediante la aplicación de distintas propuestas formativas. Exponemos los aspectos que nos han motivado a iniciar esta investigación.

### ┌ **La dificultad de los alumnos para comunicarse de forma adecuada con los pacientes durante la práctica clínica**

Nuestra experiencia docente en el ámbito asistencial nos ha permitido observar algunas de las **dificultades** a las que debía enfrentarse el alumno, durante la práctica clínica, a la hora

## I. Introducción

---

de realizar tareas tales como: presentarse a los pacientes, escuchar sus problemas o sus preocupaciones y empatizar, estructurar la secuencia de una entrevista, explicar en qué consistiría la exploración, explicar los resultados obtenidos de la misma, así como la planificación del tratamiento y su ejecución e implicar, si se considerase necesario, a los familiares en la realización del tratamiento. En todas y cada una de estas tareas existe un común denominador, que se sustenta en el manejo adecuado de las habilidades de comunicación.

El hecho de abordar este posible déficit formativo radica en la necesidad de concienciar al alumno y de propiciar la reflexión, acerca de la importancia de adquirir la competencia suficiente en HC: ¿qué ventajas le aporta y qué inconvenientes se desprenden de una comunicación inadecuada?, ¿es suficiente con aplicar bien las técnicas de tratamiento?, ¿cómo nos gustaría ser tratados por otros profesionales?

### ┌ **La necesidad de adquirir la competencia suficiente en habilidades comunicativas para realizar una entrevista clínica de calidad y obtener un diagnóstico de Fisioterapia adecuado**

La salida profesional más habitual de los alumnos egresados se desarrollaba, hasta hace pocos años, en el ámbito asistencial (hospitales, centros de atención primaria, etc.) donde el fisioterapeuta trabajaba con otros profesionales (médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, etc.). En este caso, la realización de entrevistas clínicas tenía un protagonismo desigual pues dependía de si la organización del servicio en cuestión, permitía habilitar un espacio y dedicar una cantidad de tiempo determinada para que el fisioterapeuta pudiera entrevistar y explorar al paciente para la obtención del diagnóstico de Fisioterapia. Mientras que las competencias profesionales de los Fisioterapeutas, apoyadas por los nuevos planes de estudio de grado y por los colegios profesionales, incluyen la obtención del diagnóstico de Fisioterapia, existe un desfase en su aplicación, que depende de la organización asistencial de cada centro y que hace que dicha competencia se aplique de un modo desigual.

La salida laboral de los futuros fisioterapeutas tiene que ver, en el momento actual y muy probablemente en el futuro, con el ejercicio libre de la profesión (gabinete privado, atención de Fisioterapia domiciliaria, etc.), donde habitualmente trabajará solo. En este caso deberá obtener el diagnóstico de Fisioterapia mediante la entrevista clínica y la exploración de Fisioterapia. Además deberá saber explicar al paciente el plan de tratamiento a seguir y dar respuesta a las posibles dudas. El fisioterapeuta necesitará por tanto, haber adquirido la competencia suficiente en habilidades de comunicación, pues deberá enfrentarse “solo” ante los pacientes y ser muy meticuloso en la obtención de la información para obtener un diagnóstico de Fisioterapia preciso.

## El déficit de instrumentos para mejorar la docencia en habilidades comunicativas aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia

Si hasta el momento hemos comentado la justificación de las necesidades de aprendizaje de los alumnos, surge la necesidad de definir qué **métodos** pueden ser utilizados por los docentes para facilitar la adquisición de la competencia suficiente por parte de los alumnos y de los distintos métodos, cuáles se adaptarán mejor a nuestro contexto. Para definir el qué (qué métodos) y el cómo (cómo se aplicarán) se tendrán en cuenta los distintos factores que concurren en el problema detectado: los *alumnos*, los *profesores* y el *contexto*. Consideramos que el método de investigación-acción puede aportar elementos de análisis que contribuirán a enriquecer nuestra propuesta formativa final.

### 2. Objetivos de la investigación

Se describirán los **objetivos generales** y los **específicos** que se desprenden de los primeros.

1. **Realizar un análisis diagnóstico del nivel de habilidades de comunicación de los alumnos.**

## I. Introducción

---

- 1.1. Analizar e interpretar cuál es la **percepción de los alumnos**, respecto al *aprendizaje recibido* en habilidades de comunicación aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia.
  - 1.2. Analizar e interpretar cuál es la **percepción del profesorado**, respecto a la *docencia de dichas habilidades*, en aquellas asignaturas cuyos contenidos tuvieran que ver con la enseñanza de aspectos relacionados con la comunicación.
  - 1.3. Describir cuál es el **nivel de habilidades de comunicación** de los *alumnos de Fisioterapia*, aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia.
  - 2. Diseñar y desarrollar una propuesta formativa para mejorar las habilidades de comunicación, aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia, de los alumnos.**
    - 2.1. Diseñar y aplicar un **método de aprendizaje** de las habilidades de comunicación básicas para realizar la entrevista clínica de Fisioterapia.
    - 2.2. Describir cuál es el **impacto educativo** de la intervención formativa realizada.
  - 3. Explorar el potencial del vídeo y del paciente simulado como estrategias pedagógicas en el aprendizaje de habilidades de comunicación.**
  - 4. Difundir los resultados de la investigación a la comunidad académica.**
- ### 3. Beneficios esperados
- Definir y aplicar una *metodología docente* para facilitar el aprendizaje de las habilidades de comunicación básicas (HCB), para la realización de la ECF, en el caso de los alumnos de Fisioterapia.
  - Mejorar las *habilidades de comunicación* de los alumnos.

- Contribuir, mediante el diseño de nuestra propuesta, a mejorar la *calidad de la relación profesional entre los futuros fisioterapeutas y los pacientes*.
- Asentar las bases para proporcionar *formación de postgrado* para los fisioterapeutas que deseen mejorar dicha competencia.

#### 4. Delimitación y limitaciones de la investigación

El tamaño de la muestra utilizado, para llevar a cabo esta investigación, no permite realizar generalizaciones en relación a las posibles ventajas que se desprenden de la implementación del método de aprendizaje propuesto en esta investigación.

Un paso ulterior a la aplicación de este método tendría que ver con la realización de encuentros con pacientes reales por parte del alumno. En nuestro caso no hemos podido avanzar en este sentido, debido a las dificultades para asumir la gestión de los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo esta acción.

#### 5. Estructura de la tesis

Una vez definidos, en el **Capítulo I**, el *planteamiento del problema*, la *justificación* del estudio, los *objetivos*, los *beneficios esperados* y las *limitaciones* de la investigación realizada, el **Capítulo II** (Marco teórico) está dedicado a plasmar los *antecedentes*, basados en la bibliografía, en la experiencia profesional propia y en la de otros expertos en la materia, que puedan facilitar la tarea de estructurar la información, hacerla comprensible y a su vez útil a la hora de construir las bases en las que se sustentará esta investigación. En este sentido se ha recabado información relacionada con: el *concepto de comunicación y su relación con la entrevista clínica de Fisioterapia*, las *metodologías docentes utilizadas* para facilitar el aprendizaje y con los *métodos de evaluación utilizados* habitualmente para evaluar la competencia de los alumnos en habilidades de comunicación. El **Capítulo III** incluye los contenidos relacionados con el *diseño de la investigación* y se ha dividido en dos apartados: en el primero se define la *metodología* y en el segundo, el *paradigma*. A continuación se explica la secuencia de los *ciclos de investigación-acción* que se desarrollarán a lo largo de la investigación. En el **Capítulo IV** se describe el *Ciclo I*, donde se

## I. Introducción

---

definen: el Plan de acción (elaboración del diagnóstico de la situación), la Acción (diseño y aplicación de la propuesta formativa I), la Observación de la acción, la Reflexión y la Redacción del informe. En el **Capítulo V** se presenta la información relacionada con el *Ciclo II*, donde se lleva a cabo un proceso similar al seguido en el Ciclo I, que finaliza con la Redacción del informe y con la definición de la Propuesta formativa final. En el **Capítulo VI** se exponen las *conclusiones de la investigación*, las *propuestas de acción* y las *líneas de investigación futuras*. En el **Capítulo VII** se muestran las referencias bibliográficas utilizadas en las que nos hemos apoyado para fundamentar, a partir de un marco teórico, la intervención realizada así como para profundizar en el análisis y en la interpretación de los resultados. En el apartado de “**Anexos**” se aporta la información relacionada con los cuestionarios utilizados, las encuestas, los documentos utilizados para la recogida de datos, el diseño de los casos y las tablas de resultados, así como otros aspectos de la investigación, que debido a su extensión no se han incluido en los capítulos precedentes.

## CAPÍTULO II. Marco teórico

### 1. Introducción

Una vez detectadas las necesidades formativas de los alumnos de Fisioterapia se sugiere elaborar una propuesta formativa adaptada a nuestro contexto. Para llevar a cabo este proceso nos apoyaremos en los antecedentes teóricos y en otras experiencias que contribuirán a proporcionar una mayor solidez a nuestra propuesta y a la investigación realizada. En este sentido trataremos de dar respuesta, mediante el apoyo de la bibliografía y de la experiencia propia, a diferentes cuestiones que consideramos relevantes: *¿Por qué motivo necesitamos aprender y enseñar HC?, ¿Pueden aprenderse las HC?, ¿Hasta qué punto pueden las HC ayudarnos a facilitar la tarea diaria?, ¿A qué nos referimos cuando hablamos de comunicación?, ¿En qué modelos de comunicación podemos basar nuestra intervención como profesionales y como docentes?, ¿Qué HCB son esenciales durante la interacción entre el fisioterapeuta y el paciente?, ¿Qué es, para qué sirve y en qué consiste la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia?, ¿Qué modelos y que métodos utilizaremos para facilitar el proceso de E-A de las habilidades comunicativas para realizar la ECF?, ¿Qué métodos de evaluación de la competencia en HC podemos utilizar?*

Para dar respuesta a las cuestiones planteadas, se revisará el *concepto de comunicación* teniendo en cuenta su aplicación a nuestro contexto. Se prestará atención a *las habilidades comunicativas* y a las competencias que deben haber adquirido los alumnos durante su formación universitaria. En nuestro caso merecerán una atención especial los aspectos comunicativos que se producen durante el encuentro fisioterapeuta-paciente y los relacionados con la entrevista clínica de fisioterapia. Más adelante nos referiremos a las *metodologías docentes* utilizadas para facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje de habilidades comunicativas aplicadas al manejo de la entrevista clínica. En este sentido se expondrán los modelos y los métodos de enseñanza – aprendizaje, que habitualmente se utilizan en el ámbito de las Ciencias de la salud.



## II. Marco teórico

---

### 2. Estado de la cuestión

En este apartado se revisarán los antecedentes, la importancia y la justificación de formar a los alumnos en HC, tanto bajo un punto de vista general como para su aplicación a la entrevista clínica.

#### 2.1. La importancia de la formación en habilidades de comunicación

El hecho de formar a los alumnos de Medicina y a los profesionales de las Ciencias de la Salud en habilidades de comunicación interpersonal, durante su estancia en la Universidad, tiene una larga tradición en los países anglosajones. Dicho proceso llega de forma más tardía a Europa y se implementa de un modo más lento y heterogéneo, bajo un punto de vista geográfico y cronológico, en España. En éste caso fue en el ámbito de la educación médica donde se iniciaron las primeras experiencias docentes para dotar, a los futuros profesionales, de la competencia suficiente en habilidades de comunicación. Más adelante iniciaron este proceso otras titulaciones de las Ciencias de la Salud (Enfermería, Fisioterapia, Terapia ocupacional, etc.).

Existen diferentes motivos que permiten justificar la **importancia de la formación en habilidades de comunicación**. Para algunos autores, los *cambios socioculturales* que se produjeron desde la mitad del siglo XX hasta la actualidad han contribuido a modificar el modelo de la relación médico – paciente, la vivencia del proceso de salud – enfermedad así como el grado de implicación del paciente en dichos procesos.

Según Suchman, A.; Botelho, R.; Hinton-Walker, P. (1998), la interacción entre el proveedor de salud y el paciente ha sufrido diversos **cambios**, pues se ha pasado de un modelo paternalista (centrado en el proveedor) a un modelo más centrado en el paciente y más cooperativo, donde la forma de establecer la relación con el paciente juega un papel importante a la hora de compartir las responsabilidades y de tomar decisiones (Clèries Costa et al., 2003). El mismo autor enumera tres aspectos que justificarían la introducción de esta competencia y su **relevancia**: el *progreso de la sociedad* y la implicación de los ciudadanos en la toma de decisiones; la *pérdida de prestigio de los profesionales de la*

*salud*, ligada a la incapacidad para comunicarse con los pacientes, y el *impacto de las nuevas tecnologías* (NNTT) donde el acceso a la información no está limitado exclusivamente a la cultura de “los expertos”. Por otra parte se ha producido una evolución en el patrón de comportamiento de los pacientes, donde éstos juegan un rol *más activo*, asumen el protagonismo en su proceso de salud y de enfermedad y demandan ser escuchados e informados<sup>1</sup>.

En el estudio de Stenmar & Nordholm (1994), dirigido a detectar cuáles son los factores más relevantes que contribuyen a la realización de un **tratamiento exitoso**, en una muestra de 187 fisioterapeutas de Suecia, la mayoría de los participantes coincidieron en dar una mayor relevancia a la calidad de la relación entre el terapeuta-paciente que al tipo de tratamiento utilizado.

Se acepta que la **calidad de la comunicación**, proporcionada por el proveedor de salud a los pacientes, tiene un impacto relevante en los procesos de atención de salud que puede tener que ver con distintos aspectos que enumeramos a continuación:

- Con la relación entre el *manejo adecuado de las habilidades de comunicación y el grado de satisfacción del paciente* (Bultman & Svarstad 2000; Dieppe, Rafferty, & Kitson 2002; DiMatteo, Haskard, & Williams 2007; Seif, Brown, & Annan-Coultas, 2013).
- Con el grado de *adherencia a los consejos y a la prescripción de tratamientos* (Razavi & Delvaux 1997; Stewart et al. 1999; DiMatteo et al. 2007).

---

<sup>1</sup> Dichos patrones tienen su origen en el *modelo biopsicosocial*, centrado en el paciente, (Engel, 1977), en contraposición al modelo biomédico centrado en la enfermedad (Engel, 1977). Para (Fava & Sonino, 2008) “el estudio de la enfermedad debe incluir a la persona, su cuerpo y su entorno medioambiental como componentes esenciales de un sistema global”. En este sentido consideramos que la formación del fisioterapeuta debe ir más allá del modelo biomédico y apoyarse más en un modelo biopsicosocial y constructivista (Engel, 1980).

## II. Marco teórico

---

- Con la obtención de *mejores decisiones, de mejores diagnósticos y de mejores resultados terapéuticos* (Levinson, Roter, Mullooly, Dull, & Frankel 1997; Bultman & Svarstad 2000; Dieppe et al. 2002; DiMatteo et al. 2007).
- Con la disminución de los *errores médicos, la disminución de reclamaciones y de los procesos legales* asociados a una mala praxis (Makoul & Curry, 2007; Clèries, 2010).
- Con la *reducción de la morbilidad y de la mortalidad* y en algunos casos con la *reducción de los costes sanitarios* (Lonsdale et al., 2012).

Gard & Gyllensten (2000a) y Roberts, Whittle, Cleland, & Wald (2013a) describieron las **evidencias relacionadas con la calidad de la comunicación durante la relación fisioterapeuta-paciente**. Entre los aspectos a destacar constataron: el cumplimiento y la adherencia a los tratamientos, la mejora de la auto-confianza del paciente y la mejora de la sensación de control respecto a la vivencia de su problema y a su capacidad de superación.

Respecto a los **proveedores de la salud**, se ha observado una disminución en los niveles de estrés psicológico cuando el proceso de *comunicación* se ha desarrollado *en condiciones óptimas* (Yeates, Stewart, & Roger Barton 2008; Stewart et al. 2000; Seif et al. 2013). Por el contrario, la *comunicación ineficaz* se ha vinculado a efectos adversos en el cumplimiento de los regímenes de tratamiento recomendados al paciente, a un aumento de errores médicos, de litigios y de reclamaciones asociados a una mala praxis, así como a un incremento del estrés y de la insatisfacción de los profesionales del ámbito de la salud (Stewart et al. 1999; Silverman, Kurtz, & Draper 2005; Clèries, Borrell, Epstein, Kronfly, & Escoda 2003; Clèries, 2010).

Desde el año 1999 la educación en habilidades de comunicación interpersonal (HCI) constituye un objetivo prioritario de las Facultades de Medicina en los Estados Unidos (Association of American Medical Colleges, 1999). La necesidad de introducir en los Planes de estudio la formación en habilidades de comunicación ha sido avalada por los cambios socioculturales ya comentados y por las recomendaciones proporcionadas desde diferentes instituciones cuya labor es acreditar la competencia profesional. De este modo existen diferentes **entidades** que fomentan y supervisan la **inclusión de la evaluación de la competencia profesional en habilidades de comunicación médica**. De éstas destacaremos,

entre otras: The Accreditation Council for Graduate Medical Education” (ACGME), mencionada por Hargie, Boohan, McCoy, & Murphy, 2010 y “The UK Council of Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education”(von Fragstein et al. 2008).

## 2.2. Habilidades de comunicación en general y aplicadas a la entrevista clínica: referentes

Bajo un punto de vista documental F. Borrell marca un antes y un después, respecto a la inclusión de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica médica en España, con la publicación del “Manual de la entrevista clínica”<sup>2</sup> en el año 1989. Otro autor de interés es Clèries (2006) quien en su obra, “*La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*”, analiza los aspectos conceptuales y competenciales relacionados con las habilidades de comunicación aplicadas a la entrevista clínica. Desde el año 1986 hasta la inclusión de las habilidades de comunicación en los planes de estudio de Medicina (Cursos académicos: 2009 y 2010) se producen diversos eventos, descritos por Clèries Costa et al. (2003), que contribuyen a consolidar el propósito inicial de incluir la formación en HC en la educación médica universitaria. De éstos, destacaremos la creación del grupo “Comunicación y Salud” en el año 1986 (Borrell, 2004b). En el año 1992 y con el apoyo del “Institut d’Estudis de la Salut” (IES) se inició la evaluación de la competencia médica con pacientes estandarizados, mediante la prueba de evaluación objetiva y estructurada de la práctica clínica (ECO). Durante el periodo 1988-2000 se realizó el el primer estudio multicéntrico para la enseñanza de la **entrevista clínica** (estudio COMCORD). En el año 2001 se valida el instrumento **GATHA-RES** para la valoración de las entrevistas de los médicos residentes en España. Clèries et al. (2004) crea y valida el instrumento **MAPE 2** (Mapa de

---

<sup>2</sup> Mediante esta obra, reeditada posteriormente (Tizón García, 1996), se produjo un salto cualitativo en cuanto a la idea que se tenía hasta el momento de la anamnesis tradicional, más basada en la recogida de datos, donde la relación entre el terapeuta y el paciente estaba más marcada por los roles profesionales y sociales que por el hecho de establecer una relación apoyada en la cooperación y en la confianza.

## II. Marco teórico

---

frases clave para pacientes estandarizados) para evaluar las habilidades de comunicación en el ámbito de la Atención primaria mediante el PSE. Ruiz-Moral y Pérula de Torres (2006), desarrollan y validan la **Escala CICAA** (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar) para evaluar las habilidades de comunicación de los médicos y de otros profesionales de las Ciencias de la Salud.

Nos ha sido complicado visualizar documentos publicados en nuestro país, previos a la adaptación de la titulación de Fisioterapia al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), que aborden exhaustivamente el concepto y la aplicación de las HC a la entrevista clínica de Fisioterapia. Para buscar referentes nos hemos apoyado, además de en los autores ya citados, en la obra de Gallego (2007)<sup>3</sup> "Bases teóricas y fundamentos de la Fisioterapia". En España la inclusión de las competencias (en habilidades comunicativas) en los Planes de estudio (de Medicina y del resto de titulaciones de Ciencias de la Salud) no se formaliza hasta que se adapta cada una de las titulaciones al EEES. En este caso, el proceso de implementación de la Titulación de Grado en Fisioterapia se inicia durante los cursos académicos 2009-10 y 2010-11. Hasta ese momento la formación universitaria en habilidades comunicativas fue, en nuestro país, heterogénea pues podían coexistir universidades que incluyeran dicha formación en asignaturas optativas, en asignaturas extracurriculares o simplemente no se contemplaba.

### 3. Comunicación

En este apartado desarrollaremos los aspectos que giran en torno a la revisión del concepto de comunicación, a la clasificación, a los modelos de comunicación y a su relación con la Fisioterapia y con otras profesiones afines a las Ciencias de la Salud.

---

<sup>3</sup> Bajo su punto de vista los aspectos teórico prácticos que conciernen a la entrevista clínica del fisioterapeuta con el paciente, se incluyen en el denominado "Método de intervención en Fisioterapia". La aplicación del Método de intervención en Fisioterapia implica: valorar al paciente, identificar el problema de salud, ejecutar el programa de tratamiento y evaluar sus resultados.

### 3.1. Concepto de comunicación

El estudio de la comunicación y su significado pueden contemplarse desde diferentes perspectivas en función del ámbito de estudio. En nuestro caso particular adquiere una doble dimensión, con relación a las Ciencias Sociales y a las Ciencias de la Salud, pues de alguna manera tratamos de explicar cómo se realizan los intercambios comunicativos y como éstos afectan a la relación terapeuta - paciente y a su entorno biopsicosocial.

Analizaremos a continuación las definiciones del concepto de comunicación, conscientes de la complejidad de la tarea, ya que el término comunicación puede tener diferentes acepciones en función del contexto en el que se utilice. Nos ayudarán a identificar los componentes que forman parte del proceso de comunicación, las definiciones propuestas por la Enciclopedia Catalana y por el Diccionario de la Real Academia Española (R.A.E). Según la Enciclopedia Catalana, es la *“acción y el proceso de transmitir un mensaje, mediante el establecimiento de una relación y de una interacción social”*, también la define como *“la relación que se establece entre un emisor y un receptor y que consiste en el paso de información del primero al segundo mediante un signo lingüístico”*. Para el diccionario de la R.A.E., la comunicación es la *“transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”*. Etimológicamente la palabra comunicación proviene del latín *“comunis”*, por este motivo comunicar significa transmitir ideas y pensamientos con el objetivo de ponerlos en *“común”* con el otro. Así pues, necesariamente, la comunicación exige la utilización de un código compartido (Caldeiro, 2005). Tradicionalmente el concepto de comunicación ha sido explicado bajo una visión mecanicista y lineal (emisor-canal-receptor), si bien existen otras interpretaciones del término comunicación (visión helicoidal) donde la transmisión de los mensajes estaría más basada en la dimensión humana de las relaciones interpersonales que en el concepto lineal de la transmisión-recepción del mensaje (Clèries, 2010).

## II. Marco teórico

---

### 3.2. Tipos de comunicación

La comunicación incluye según Jones, Cupit, Choy, & Jones (1998) a la comunicación verbal (CV) y a la comunicación no verbal (CNV), y de hecho suelen formar parte de un mismo proceso, aunque a menudo se suele identificar a la CV como la parte de la comunicación más relevante (Fernández-Ballesteros, 1990). Sin embargo otros autores como Mehrabian (1972) y Birdwhistell (1979) afirman que solo una parte del contenido del mensaje (un 30%) se apoya en la CV. En caso de contradicción entre el lenguaje verbal y no verbal solemos dar mayor credibilidad a la CNV (Bugental, Kaswan, & Love 1970; Jacob et al. 2012).

Mientras se establece el encuentro entre el fisioterapeuta y el paciente, en una consulta, deberían cumplirse al menos tres objetivos: *recoger la información* relacionada con el problema del paciente, *desarrollar y mantener una relación terapéutica* y *comunicar la información* (Roberts, Whittle, Cleland, & Wald, 2013a). Si basamos nuestra intervención en un *modelo centrado en el paciente*, o bien en un *modelo biopsicosocial*, el foco de atención no debe dirigirse únicamente a la enfermedad, sino al paciente, es decir a la vivencia de su problema, al impacto de la discapacidad y/o de la limitación funcional y a aquello que realmente pueda importarle.

#### 3.2.1. Comunicación verbal

La comunicación verbal se establece mediante la palabra oral o escrita. Como ya se comentó ambos tipos de comunicación (CV y CNV), juegan un rol determinante durante la entrevista clínica a la hora de establecer un buen grado de entendimiento y de confianza entre el paciente y los proveedores de salud (Roter, Frankel, Hall, & Sluyter, 2006). Para describir los diferentes elementos de la CV, en el marco de la entrevista clínica, hemos utilizaremos los definidos por aquellos autores que han evaluado la CV con distintos instrumentos. Roberts et al. (2013b) evalúan las habilidades de comunicación verbal mediante el instrumento “The Medical Communication System (MCBS)” y establecen las siguientes categorías:

- **Las relacionadas con el contenido.**

Se asocian al *proceso de recogida de la información del paciente* (historia clínica y antecedentes), a la *comprobación* (del grado de comprensión del paciente en relación a la información proporcionada), a la utilización de *consejos o de sugerencias* y al uso de recursos comunicativos tales como la *repetición* y la *clarificación* de la información (proporcionada por el paciente).

- **Las relacionadas con las conductas afectivas.**

Tienen que ver con la capacidad del fisioterapeuta para: averiguar las *connotaciones emocionales* del problema principal del paciente, *proporcionar confort*, mostrar *empatía* y *alentarle*.

- **Las relacionadas con las conductas negativas**

Pueden tener que ver con el hecho de: transmitir al paciente conductas (y comentarios) de *desaprobación*, *interrumpir* al paciente y utilizar un *lenguaje excesivamente técnico*.

- **Otras**

Incluirían aspectos de la CV que servirían para proporcionar calidez al encuentro.

Kurtz, Silverman, & Draper (2005) explican las habilidades comunicativas verbales (y no verbales) a través de la Guía Calgary Cambridge, a la que nos referiremos más adelante.

### 3.2.2. Comunicación no verbal

#### └ Introducción

La CNV tiene diferentes **funciones** (Knapp & Hall, 2010) que de algún modo pueden condicionar el mensaje verbal: la *repetición* (confirmación el mensaje verbal), la *contradicción* (lo contradice), la *substitución* (lo substituye), la *complementación* (lo complementa), la *acentuación* (lo resalta), la *regulación* (lo modera). Para Cestero (2006) el lenguaje no verbal contribuye a:



## II. Marco teórico

---

- a) **Añadir información** al contenido o al sentido de un enunciado verbal o a matizarlo de diferentes modos: especificando el contenido, confirmándolo, reforzándolo, debilitándolo, contradiciéndolo o camuflándolo.
  
- b) **Comunicar, sustituyendo al lenguaje verbal.** Como por ejemplo cuando queremos mostrar (no verbalmente) diferentes sensaciones (frio, calor, interés, aburrimiento, etc.).
  
- c) **Regular la interacción.** Podemos modular el grado de interacción con nuestro interlocutor con el apoyo de elementos asociados al movimiento (quinésicos) cuando sonreímos, asentimos, miramos al otro, etc. o al paralenguaje (al utilizar expresiones del tipo “aha”, “si”...).
  
- d) **Subsanar deficiencias verbales.** Cuando se pretende suplir situaciones de duda, en cuanto al discurso en una determinada línea argumental o cuando se busca una determinada palabra al utilizar la CV, podemos utilizar expresiones tales como Mm, Ee, Hh ...
  
- e) **Intervenir en conversaciones simultáneas.** Cuando intervenimos en más de una conversación, el lenguaje no verbal **puede ayudar a facilitar la comunicación con más de un interlocutor.** Por ejemplo utilizando determinados signos cuando explicamos a otros, otro discurso que estamos escuchando de forma simultánea.

Según Borrell i Carrió (1989) la comunicación no verbal incluye los siguientes aspectos o comportamientos: la *aparición física*, el *paralenguaje* (tono y timbre de voz), el *movimiento y la sintonía*, las *expresiones faciales y las emociones básicas*, los *gestos* y la *posición del cuerpo*. Por otra parte, el mismo autor recomienda no dejarse llevar por estereotipos a la hora de interpretar el lenguaje no verbal. Existen antecedentes de estudios relacionados con el **impacto de la CNV sobre la calidad de la relación terapeuta-paciente**, en diferentes ámbitos profesionales, de los cuales describiremos algunos ejemplos.

Uno de los **errores** descritos por Dockrell (1988) consiste en no tener suficientemente en cuenta los aspectos de la CV y de la CNV, durante el proceso de comunicación, entre los estudiantes de fisioterapia y los pacientes. A menudo puede suceder que tanto los

alumnos, como los profesionales, estén más pendientes de la aplicación correcta de las técnicas de Fisioterapia que de los mensajes verbales o no verbales que pudieran transmitir los pacientes. Roberts & Bucksey, (2007) estudiaron la **prevalencia del uso de la comunicación verbal y no verbal de los fisioterapeutas** cuando interactuaron con 21 pacientes diagnosticados de dolor lumbar. En este caso el 52% de los encuentros se estableció mediante la CV. Las conductas de CNV más prevalentes fueron: el *asentimiento*, la *sonrisa*, *mirar a los ojos* del paciente, la *flexión de tronco* y el *contacto físico*. Estos resultados son coincidentes con los de Caris-Verhallen, Kerkstra, y Bensing (1999), donde estudian las habilidades de CNV más utilizadas por las enfermeras en el ámbito de la geriatría, a partir del análisis de 181 encuentros (enfermera-paciente).

Ishikawa (2006) describió qué **aspectos de la CNV** (identificados por los pacientes) influían en la **valoración de los médicos**. En este caso, los pacientes valoraron mejor a aquellos profesionales que: mantenían un *contacto ocular* adecuado, mientras hablaban y escuchaban, utilizaban los *asentimientos* cuando escuchaban al paciente y utilizaban una *velocidad* y un *volumen de voz* similares a los de los pacientes. Collins, Schrimmer, Diamond, y Burke, (2011) evaluaron mediante una **ECOE** las habilidades de comunicación verbal y no verbal de 19 médicos residentes en el ámbito de la geriatría. En este estudio se observó que el mantenimiento de una *expresión facial* adecuada, el *asentimiento*, la *toma de consciencia* y la *gestualidad* relacionada con los movimientos de la mano, tuvo un efecto positivo en la percepción de la calidad de la entrevista. Pawlikowska, Zhang, Griffiths, van Dalen, y van der Vleuten, (2012) analizaron diferentes **variables**, relacionadas con el **uso de la CV y de la CNV**, de 88 entrevistas médicas en el ámbito de la atención primaria y su impacto sobre la calidad de la relación entre médico y paciente. **Los aspectos que más influyeron, sobre la calidad de la relación**, fueron los siguientes: *demostrar comprensión* respecto al paciente y a su problema, *animar* al paciente, *sonreír* y *mostrar buen humor*, la *capacidad para explicar* al paciente las pautas a seguir a partir de la obtención del diagnóstico (proporcionar pautas de educación y asesoramiento) y el hecho de *relajar las manos*.

Los diferentes autores que hemos referenciado hasta el momento, así como otros que no hemos incluido para evitar la repetición de la información, coinciden en el hecho de proporcionar a los

## II. Marco teórico

---

aspectos comunicativos relacionados con la CNV, una relevancia progresiva que debería hacernos reflexionar acerca del **modo de enseñar y de aprender** las habilidades de CNV aplicadas a nuestro contexto.

### └ Concepto

La comunicación no verbal es aquella que permite comunicarnos más allá del lenguaje verbal y que incluye: *la postura, el gesto, el tono de voz, la expresión facial, el contacto físico y el uso del espacio personal* (Knapp & Hall, 2010). El precursor de las primeras observaciones relacionadas con la CNV corresponden a **Charles Darwin**, quien en 1872 publica “The Expression of the Emotions in Man and Animals” e introduce la idea de que muchas de las expresiones humanas pueden tener aspectos en común en diferentes contextos. Efron (1941) investiga acerca de la relación de la **cultura con la adquisición de** determinados **gestos** que utilizamos en la vida cotidiana. **Argyle** introduce el concepto del **uso de códigos** relacionados con la CNV cuando nos comunicamos mediante el lenguaje verbal (Argyle, Salter, Nicholson, Williams, & Burgess 1970). Para Argyle (1975) el lenguaje no verbal incluye 5 funciones básicas que son: *expresar las emociones, expresar actitudes interpersonales, acompañar al lenguaje verbal, autopresentar y formar parte de rituales* (como por ejemplo cuando saludamos). A **Birdwhistell** (1970) le debemos algunos términos que utilizamos actualmente al hablar de comunicación, tales como (*kinesia, expresión facial, gestos, movimiento corporal, etc.*), su visión de la comunicación incluyó otros puntos de vista relacionados con la **lingüística** y con la **antropología**. **Hall** introduce el concepto de *proxemia*. En su obra, “La dimensión oculta” (Hall & Hernández Orozco, 1973) expone las investigaciones realizadas con relación al **uso del espacio** teniendo en cuenta, entre otros aspectos, la cultura y a las percepciones sensoriales. En otra de sus obras relevantes, “El lenguaje silencioso”, **Hall** (1989) analiza los comportamientos (no verbales) asociados al uso del **espacio** (territorio) y a la percepción y al uso del **tiempo**. **Sommer**, (1974) también analiza el comportamiento con relación al uso del espacio, diferenciando dos conceptos: el **espacio personal** y el **territorio** y explica como los humanos, a diferencia de los animales, utilizamos otro tipo de “señales” no visibles para delimitar nuestro territorio. **Mehrabian** (1972) destaca tres elementos en la comunicación habitual: *las palabras, el tono de voz y*

los aspectos de la *conducta no verbal*, siendo éstos aspectos los que contribuyen a reforzar el mensaje verbal. En su obra “The silent message” (Mehrabian, 1971) explica el grado de influencia de cada uno de los tres elementos descritos, en determinadas situaciones y contextos en los que la CV es ambigua. De este modo un 7% del mensaje lo atribuye al *lenguaje verbal*, un 38% al *tono de voz* (paralenguaje) y un 55% a la *CNV*. **Ekman** describe las expresiones faciales (*alegría, ira, miedo, repugnancia, sorpresa y tristeza*), asociadas a las emociones, a las que adjudica un carácter universal (Ekman, Friesen, & Ellsworth 1972; Ekman 1973). A partir de este momento y hasta la actualidad diferentes autores han aplicado las aportaciones de los autores que iniciaron el estudio de la CNV a sus áreas respectivas, tal y como ha sucedido en el ámbito de la Medicina y de las Ciencias de la Salud.

#### └ Componentes de la CNV

Desarrollaremos a continuación cada uno de estos aspectos que tienen que ver con la CNV: el *contacto físico*, la *proxemia*, la *expresión facial*, el *contacto ocular*, la *expresión corporal*, la *escucha activa* y el *uso de los silencios y de las pausas*, conscientes de que aunque durante la exposición parezcan elementos aislados en el momento de la comunicación real, interactúan de una forma más circular que lineal. La observación y el análisis de los distintos elementos de la CNV puede ser compleja y para extraer conclusiones relacionadas con su uso, necesitamos **contextualizar la información** y **apoyarnos en las nuevas tecnologías** (como por ejemplo el vídeo), además de en profesionales expertos para generar aprendizaje. Para Hargreaves, (1982), las habilidades de CNV del fisioterapeuta incluyen, entre otros aspectos: el *contacto físico* con el paciente o “touch”, el *uso de los espacios* (proxemia), la *expresión facial*, el *contacto visual*, la *expresión corporal*, la *observación*, la *escucha* del paciente y el uso de los *silencios* y de las *pausas*. El mismo autor destaca la importancia de que el fisioterapeuta tome conciencia **del papel que desempeña la comunicación no verbal, para comprender el comportamiento del paciente**, y a su **impacto sobre la adherencia del paciente** a los tratamientos propuestos y al éxito de los mismos. En este sentido recomienda **que las habilidades comunicativas no verbales sean**

## II. Marco teórico

---

**aprendidas por los alumnos** durante el periodo de formación universitaria de pregrado, poniendo énfasis en la correlación que existe entre la vivencia de las enfermedades, las emociones y el lenguaje no verbal. El estudio de Ishikawa, Hashimoto, Kinoshita, & Yano, (2010) muestra que los pacientes estandarizados, valoraron con mejores puntuaciones las entrevistas de aquellos alumnos que utilizaron *facilitadores* (asentimiento), mostraron mayor capacidad de *escucha activa*, utilizaron *un volumen de voz y una velocidad* similares a las del paciente y las de los alumnos que dispensaron un trato respetuoso.

### ❖ EL CONTACTO FÍSICO

La percepción que el paciente tiene del fisioterapeuta puede ser modificada por la forma en la que el fisioterapeuta se comunica con sus manos, al llevar a cabo la exploración y el tratamiento, o cuando simplemente ayuda al paciente a entrenar o a realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

### ❖ LA PROXEMIA

El fisioterapeuta, al igual que ocurre con otros profesionales de la salud, hace un uso particular del espacio y de la distancia terapeuta – paciente que debe aprender a controlar y a explicar en su quehacer diario. Esta situación es de particular relevancia durante la exploración y durante la aplicación del tratamiento. En este sentido es preciso explicar al paciente, en todo momento, qué vamos a hacer y de qué modo puede colaborar. El fisioterapeuta debe saber adaptarse a las peculiaridades de cada paciente ya bien sea por su condición física o psíquica, por su edad, por su cultura o por sus creencias.

### ❖ LA EXPRESIÓN FACIAL

La expresión facial contribuye a *amplificar y a clarificar* la señal producida mediante la CV. En nuestro caso es especialmente relevante que el fisioterapeuta aprenda a reconocer (o cuando menos a tomar consciencia) los *cambios de la expresión facial del paciente* cuando se realizan las distintas fases de la entrevista clínica de Fisioterapia, es decir cuando recoge la información del paciente, cuando le explora, cuando le explica el tratamiento a seguir y cuando lo aplica.

### ❖ EL CONTACTO OCULAR

Como ya se ha comentando los pacientes muestran un mayor grado de confianza y valoran más positivamente, a los profesionales que *mantienen el contacto ocular* en los momentos que considera relevantes y en aquellos casos que, a pesar de no ser trascendentes, contribuyen a la construcción de la relación terapéutica entre ambos.

### ❖ LA EXPRESIÓN CORPORAL Y LA POSTURA

Para el fisioterapeuta el análisis de la *expresión corporal* del paciente (ya sea analizada de forma estática o dinámica) puede aportar una información relevante por dos motivos. En primer lugar por el hecho de prestar atención a aquello que nos “comunica” el lenguaje corporal en el marco de la relación entre ambos interlocutores y en segundo lugar, por el hecho de obtener la información relacionada con la observación y la inspección (física) del paciente. El hecho de observar la expresión corporal y la postura del paciente permiten construir hipótesis acerca de las posibles estructuras afectadas y de cómo el posible problema desencadena una respuesta somatosensorial y/o emocional determinada.

## II. Marco teórico

---

### ❖ LA ESCUCHA ACTIVA

Otro de los aspectos de la comunicación al que los pacientes dan un valor especial, es la **capacidad de los profesionales de la salud para escuchar** (de forma activa) sus inquietudes y preocupaciones. Bultman & Svarstad (2000) y Dieppe et al. (2002), coinciden al afirmar que los posibles efectos positivos del tratamiento suceden con mayor frecuencia cuando los pacientes se han sentido escuchados y cuando la calidad del encuentro terapeuta-paciente ha sido satisfactoria.

### ❖ EL PARALENGUAJE Y EL USO DE SILENCIOS Y DE PAUSAS

Suelen decir los expertos en comunicación que el uso de silencios y de pausas pueden, junto a otros elementos del paralenguaje (tono de voz, timbre, volumen, etc.), ayudar a modular el contenido y la carga del mensaje. Existen ejemplos aplicables a la práctica clínica que pueden ayudarnos a: facilitar la comprensión del lenguaje verbal (al transmitir una idea que necesitamos que sea comprendida de forma clara), minimizar la carga emocional (al explicar las posibles consecuencias de una lesión), reforzar la importancia de nuestro mensaje (al recomendar cuándo y cómo debe hacer los ejercicios prescritos).

### └ Interpretación de la CNV

Como manifiestan diferentes autores la interpretación de la CNV debe realizarse con la máxima cautela, pues no siempre coinciden las interpretaciones, que son fruto de un análisis únicamente teórico o de la subjetividad, con el marco contextual donde se desarrolla la relación entre el terapeuta y el paciente o con el peso de otros aspectos, como por ejemplo la cultura (Borrell Carrió, 1989; Yuan, 2007).

### 3.3. Modelos de comunicación

Definiremos a continuación los modelos de comunicación que los distintos profesionales de la Medicina y de las Ciencias de la Salud han venido utilizando desde el siglo pasado hasta la actualidad. Cuando hablamos de modelos de comunicación, también nos referimos a los modelos de atención al paciente en el ámbito de la salud.

#### 3.3.1. Origen: Ciencias exactas

##### └ Modelo mecanicista o lineal (Shanon y Weaver)

El *concepto lineal* de comunicación, y las bases de la teoría de la información, toman su origen durante los años 60 a partir del modelo mecanicista de Shannon (1948). Su modelo, más basado en las telecomunicaciones que en el estudio de la comunicación humana (Clèries, 2010b), tiene un amplio reconocimiento a partir del sociólogo **Weaver** quien en 1949 publicó un ensayo destinado a explicar la propuesta de **Shanon** (Shannon & Weaver, 1949) cuyo esquema sigue vigente para estudiar las bases de la comunicación (**Fig. 1**) en diferentes áreas de conocimiento. En dicho esquema aparece el concepto "Feedback", propuesto por Wiener que explicaremos más adelante.



## II. Marco teórico

---

Weaver, W. and C. E. Shannon, C. E. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*

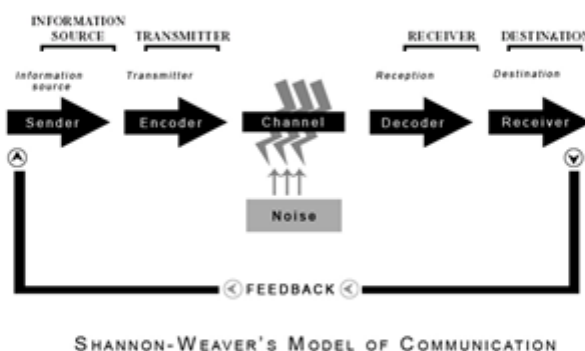


Fig. 1. Modelo de comunicación de Shannon y Weaver

Diferentes autores han criticado este modelo ya que proporciona una *visión limitada del proceso de comunicación*. Según **Leach** (1989) la propuesta de Shanon no está ligada a ninguna cultura, a ningún aspecto emocional ni a ningún tipo de interacción psicosocial.

### └ Modelo basado en la retroalimentación (Wiener, 1975)

**Norbert Wiener** (1948), introdujo el concepto de cibernética y de retroalimentación o feedback. El aspecto más relevante que aporta este concepto tiene que ver con el hecho de que *“todo efecto retroactúa sobre la causa que lo originó y cualquier concepto se concibe siguiendo un esquema circular”* y no lineal (Wiener, 1972). En este sentido, al final de la secuencia del esquema del modelo lineal (mensaje que va desde el emisor al receptor y al destinatario), el receptor puede comportarse como un nuevo emisor e iniciar lo que conocemos como feed-back o retroalimentación del sistema que se había iniciado previamente (ver **Fig. 1.**). El término retroalimentación acabó incorporándose a posteriori en el ámbito de otras disciplinas (las Ciencias Sociales, las Ciencias Exactas o las Ciencias de la Salud) y, tal y como sucedió con el modelo de Shanon y Weaver, todavía se sigue utilizando en la actualidad.

### 3.3.2. Origen: Sociología, Psicología y Antropología

#### └ Modelo interaccional o circular (Osgood y Schramm)

**Osgood** (1954) y **Schramm** (1954), autores que postularon la idea de la *circularidad de la comunicación*, proponen que ésta no puede concebirse como si empezará en un lugar y terminara en otro y por tanto no tiene ni principio ni final, o por lo menos unos límites tan preestablecidos como en el los modelos anteriores (Rodrigo, 2002). Se parece en sus postulados al modelo de Wiener, pero no se aplica con finalidades matemáticas, si no que se aplica en el ámbito de la comunicación de medios (ver **Figura 2.**). Las bases de este modelo aparecen en la obra "Process and effects of mass communication" (Schramm, 1961).

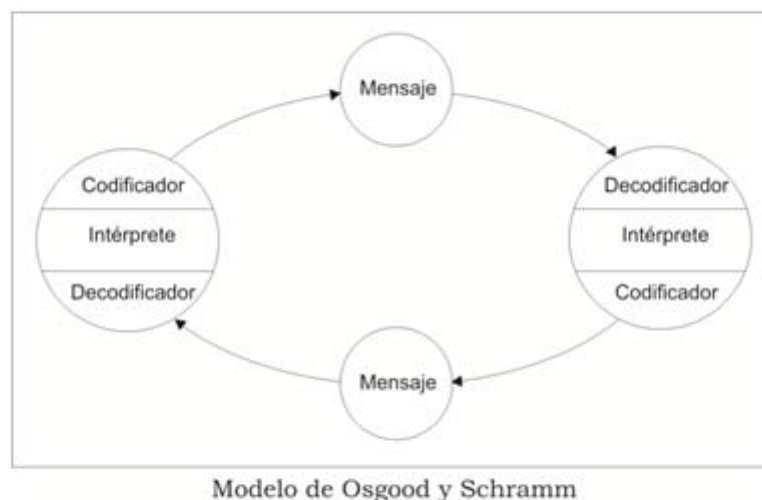


Figura 2. Modelo circular (Osgood y Schramm, 1954). Tomado de Schramm, 1961

#### └ Modelo orquestal de la comunicación (Escuela de Palo Alto; 1960-1980)

La Escuela de Palo Alto es el nombre que reúne a un grupo de autores que, provenientes de diferentes áreas profesionales, incorporaron nuevos conceptos en el ámbito de las Ciencias Sociales y concretamente en el de la comunicación humana. Entre los los autores de este

## II. Marco teórico

---

grupo, también llamado la universidad invisible, destacan por sus aportaciones a la comunicación: Bateson, Hall, Watzlawick, Goffman, Jackson y Birdwistell, etc... (Wittezaele y García, 1994).

La *comunicación* es estudiada, por este grupo de autores, como un proceso social que integra múltiples modos de comportamiento, que han servido para construir conceptos educativos, incluidos en la educación actual de las habilidades de comunicación, tales como la "proxemia" (teoría relacionada con el uso de las distancias, el espacio y la delimitación del territorio), la "kinésica" (teoría relacionada con el uso de la gestualidad, el lenguaje corporal o los movimientos) o "la imposibilidad de no comunicar" (Bateson, 1972; Watzlawick, 1968). Para Watzlawick "la esencia de la comunicación reside en procesos relacionales e interaccionales", donde todo comportamiento humano, ya sea éste voluntario o involuntario, posee un valor comunicativo" (Wittezaele y García, 1994).

Con la propuesta teórica de la Escuela de Palo Alto se pasó de un modelo telegráfico de la comunicación, basada en la teoría lineal, al *modelo orquestal*<sup>4</sup>. Para este modelo la comunicación toma el sentido de "comunió, puesta en común y participación... y a partir de la construcción de dicho modelo se elaboró una teoría global de la comunicación humana basada en el *constructivismo sistémico*" (Rizo, 2007).

### └ Modelo basado en la psicoterapia humanista

Si bien la influencia de la **Psicoterapia humanista** no se circunscribe dentro de ningún modelo, ni de ningún paradigma, consideramos que puede aportar claves y pautas de comportamiento que pueden ayudarnos a contemplar las relaciones humanas que se

---

<sup>4</sup> En el modelo de comunicación orquestal la comunicación se concibe como "un sistema de canales múltiples en el que el autor social participa en todo momento, lo desee o no (mirada, actitud, comportamiento, silencio, etc.). Como miembro de una cultura forma parte de la comunicación, así como el músico forma parte de la orquesta. Pero dentro de esta extensa orquesta no existe un director ni una partitura (código escrito) cada uno toca poniéndose de acuerdo con el otro" (Borrell, 2004a).

producen durante el encuentro terapeuta-paciente. “La Psicología Humanista nace oficialmente en Estados Unidos en 1962, cuando un grupo de psicólogos y pensadores progresistas de la época intentaron desarrollar un nuevo enfoque que trascendiera los determinismos y la fragmentación de los modelos vigentes del Psicoanálisis y del Conductismo” (Riveros, 2014). Según Rosal (1985), “el denominador común de las psicoterapias humanistas viene determinado por *la concepción de la salud en términos de crecimiento personal, antes que de ausencia de enfermedad*”. Bajo el punto de vista de la Psicología humanista, que abarca muchos autores y corrientes, se enumeran **actitudes facilitadoras del proceso terapéutico** que de alguna manera se han ido integrando en el quehacer diario de los profesionales de las ciencias de la Salud y de la Psicología y que describimos a continuación (Rosal, 1986).

Una parte importante de los elementos del modelo humanista se han integrado dentro de los modelos que explicaremos a continuación.

### └ Modelos: biomédico, biopsicosocial y modelo centrado en el paciente

Describiremos a continuación los aspectos que definen a cada uno de los **modelos de atención al paciente** en los que participa de forma inequívoca la comunicación. Por otra parte, no siempre los modelos a los que haremos referencia se manifiestan en la práctica clínica diaria de forma “pura”, siendo las características del comunicador, del contexto y las del paciente las que condicionarán la preponderancia de uno u otro.

#### ❖ MODELO BIOMÉDICO

El **modelo biomédico** centra su atención en la enfermedad, en la técnica y en el diagnóstico médico, siendo el paciente un actor secundario en su proceso de salud y enfermedad. Según Wade & Halligan (2004), el modelo biomédico no puede explicar el mecanismo de presentación de muchas enfermedades debido a que su método de análisis se basa en supuestos que no siempre se cumplen (“toda enfermedad tiene una sola causa subyacente”, “la eliminación o atenuación de la enfermedad se traducirá en un retorno a la salud”). Conceptualmente no analiza los problemas del paciente desde la globalidad del

## II. Marco teórico

---

individuo, considerando la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Para este modelo **el análisis predominante, y a veces el único, tiene que ver con el análisis de los factores biológicos**. En este caso el protagonismo bascula hacia la figura del proveedor de salud que jugaría un papel más dinámico, siendo el papel del paciente más pasivo.

Como se comentará más adelante, al referirnos al modelo biopsicosocial, **cada modelo puede tener ventajas e inconvenientes** en función de cada paciente y del contexto. Según Domenech et al., (2011) las creencias y las actitudes (negativas) de los proveedores de salud, asociadas a una formación basada en parámetros biomédicos, pueden contribuir a perpetuar el dolor lumbar crónico y la discapacidad mediante las recomendaciones proporcionadas a sus pacientes. Quizás, una instrucción basada en un modelo biopsicosocial permitiría dar menos carga a las creencias y a las actitudes (negativas) de los profesionales de la salud y a la influencia de éstas sobre los pacientes. El estudio concluye afirmando que la educación estrictamente biomédica exacerba las creencias relacionadas con las conductas de miedo y de evitación en caso de dolor.

### ❖ MODELO BIOPSIICOSOCIAL

El modelo toma sus orígenes en la medicina psicosomática, siendo (Engel, 1977), médico internista y psiquiatra, quien propuso las bases del **modelo biopsicosocial** a partir de su desacuerdo con el modelo biomédico (al cuestionar el exceso de medicalización de los pacientes con disfunciones de origen psiquiátrico). Sin embargo Grinker, miembro del Grupo Alexander, ya acuñó este término en los años 50 (Ghaemi, 2009). El modelo biopsicosocial **realiza un acercamiento integral a la realidad de los problemas del paciente y contempla a la vez los aspectos biológicos, los psicológicos y los sociales en el análisis del proceso de salud y enfermedad** (Adler, 2009). El alcance del modelo biopsicosocial se ha aplicado a la investigación, a la enseñanza y a la propuesta de acciones en el ámbito de las Ciencias de la salud.

Para diferentes autores, cada uno de los tres niveles (biológico, psicológico y social) debe ser tenido en cuenta en su justa medida, y pueden no interactuar del mismo modo en

función de cada problema y de cada paciente. Por este motivo (el modelo) ha sido criticado por su incapacidad para generar líneas de investigación sólidas basadas en sus principios (Ghaemi, 2009), especialmente en el ámbito de la psiquiatría, pues según el mismo autor, en algunos casos se precisa de una visión holística y en otros, de otra más específica. En la misma línea, según Borrell-Carrio, Epstein y Pardell (2006) el modelo biopsicosocial puede generar confusión a la hora de reconciliar las premisas en las que se basa dicho modelo y la práctica clínica. Para dichos autores, el modelo en cuestión es más un apoyo y un modo de enfocar la práctica clínica que una teoría verificable.

#### ❖ MODELO CENTRADO EN EL PACIENTE

El modelo de atención **centrado en el paciente** tuvo sus inicios “teóricos” en los años 50 y ha sido en la década de los 90 donde se han visualizado, de un modo más claro, diferentes experiencias documentados en el ámbito sanitario que han permitido valorar el alcance de su implementación (Pelzang, 2010). Este modelo da al paciente un **mayor protagonismo en la toma de decisiones** acerca de las diferentes opciones y preferencias de tratamiento y en la participación de su proceso nosológico, que incidirán en la asunción de responsabilidades compartidas entre los proveedores de atención de salud y el propio paciente. *La implementación de este modelo ha disminuido el tiempo de estancia de los pacientes ingresados, ha mejorado el grado de satisfacción del paciente, la eficiencia y la eficacia de los tratamientos y la disminución de los costes sanitarios* y, con relación a los proveedores de salud se ha evidenciado una *mejora en la calidad de la atención* proporcionada (Meterko, Wright, Lin, Lowy, y Cleary, 2010; Epstein, Fiscella, Lesser, & Stange, 2010). Aunque según Jayadevappa y Chhatre (2011) se necesita seguir investigando para explorar los diversos atributos de la atención centrada en el paciente, su aceptabilidad y la relación coste-eficacia comparativa (con otros modelos) en el campo de la salud para construir una atención sanitaria más sostenible.

### 3.4. Relación con la fisioterapia y con las Ciencias de la salud

En este apartado trataremos de dar respuesta a algunas de las preguntas planteadas al inicio de éste capítulo, con el objetivo de justificar las necesidades de aprendizaje de las

## II. Marco teórico

---

habilidades de comunicación, bajo el punto de vista profesional y para su aplicación a la entrevista clínica de Fisioterapia.

### ❖ ¿Para qué necesitamos aprender habilidades de comunicación y hasta qué punto pueden contribuir a facilitar nuestra tarea diaria?

La relación que el fisioterapeuta establece con el paciente, con la familia y con el resto de profesionales de la salud se basa en la **comunicación interpersonal**. Durante el primer encuentro (y durante los encuentros sucesivos) entre el fisioterapeuta y el paciente el proceso de comunicación constituye un pilar fundamental. Y por tanto, necesitará haber adquirido la competencia suficiente en habilidades de comunicación para *conocer el problema del paciente*, para obtener, a partir de la anamnesis y de la exploración, el *diagnóstico de Fisioterapia*, para explicarle al paciente el *diagnóstico y el plan de tratamiento* a seguir y para aplicar el tratamiento y para realizar un seguimiento del mismo (Clèries et al., 2003; Clèries, 2006). Además, necesitamos aprender a manejar dichas habilidades, para interactuar con los distintos profesionales de la salud y con las familias que acompañan a los pacientes con diferentes grados de discapacidad o de limitación funcional. Más adelante nos referiremos al nexo entre el manejo de habilidades de comunicación y la obtención del diagnóstico de Fisioterapia mediante el proceso de razonamiento clínico. En este sentido el modo de manejar las habilidades de comunicación contribuirá a aportar la información relevante para elaborar dicho proceso hasta la consecución del diagnóstico de fisioterapia (Holdar, Wallin, & Heiwe, 2013).

En función de cada contexto, las habilidades de comunicación contribuyen a facilitar la tarea diaria de los fisioterapeutas que proporcionan atención de Fisioterapia tal y como ya se comentó en apartados anteriores. Gyllensten, Gard, Salford, y Ekdahl, (1999) indagaron acerca de las **categorías** que de un modo más **determinante influyen en la calidad de la relación fisioterapeuta-paciente** y en la obtención de **mejores resultados terapéuticos**, siendo las más citadas las siguientes: el *“establecimiento del contacto con el paciente y la capacidad para proporcionar confianza”*, *“la capacidad para estructurar”* (la secuencia del

encuentro), “la capacidad para escuchar de forma activa”, “la capacidad para asumir un rol terapéutico”, “la capacidad para identificar el origen del problema” y la “capacidad para mostrar sensibilidad y desarrollar la capacidad intuitiva”. En otra investigación realizada posteriormente por los mismos autores (Gard, Gyllensten, Salford, y Ekdahl, 2000b) destacaron la importancia de *expresar verbalmente las emociones*, de cada una de las dimensiones definidas en el modelo de atención de Fisioterapia (cognitiva, afectiva y psicomotora), para *fortalecer la relación* entre ambos (fisioterapeuta y paciente). En este sentido se pone énfasis en el hecho de **expresar las emociones positivas en el transcurso de los tratamientos**, en utilizar el buen humor como un instrumento terapéutico en aquellos contextos en los que pueda producirse una relación empática y en el hecho de estar atentos a las reacciones emocionales propias y a las de los pacientes con la intención de profundizar en la relación terapéutica obteniendo, de este modo, mejores resultados terapéuticos. Potter, Gordon, y Hamer (2003) **identificaron las cualidades del “buen fisioterapeuta**, bajo el punto de vista de la perspectiva del paciente, en los centros de atención de Fisioterapia privados y los atributos de las experiencias negativas. Para ello definen 3 categorías y en cada una de ellas las ideas que más frecuentemente expresaron los pacientes con relación al buen profesional fueron las siguientes:

- a) La **capacidad para comunicarse**. Se incluye en este caso la *capacidad para escuchar*, si su lenguaje corporal transmite *confianza*, la capacidad para: cuidar y adoptar una *actitud amigable y cercana*, proporcionar las *explicaciones* adecuadas con relación a las pruebas de valoración y a la aplicación del tratamiento.
- b) **Otros atributos** (comportamiento y actitud profesional). El Fisioterapeuta tiene los conocimientos y las habilidades suficientes y conoce sus limitaciones, busca la información necesaria si el paciente lo requiere, sabe obtener la información de los problemas actuales y pasados y es puntual.
- c) **Proveedor de atención de Fisioterapia**. Sabe proporcionar *estrategias de autoayuda* (explicación de un programa de ejercicios para el domicilio, consejos y recomendaciones acerca



## II. Marco teórico

---

de aquello que el paciente puede hacer y cómo debe hacerlo), sabe proporcionar el *tratamiento adecuado* para ayudar a los pacientes a mejorar su dolor, para mejorar su movilidad y/o su capacidad funcional. El entorno de atención al paciente es agradable, accesible y el fisioterapeuta vela por la *confortabilidad* del paciente.

Cuando en el mismo estudio los pacientes expresaron las peculiaridades de las “malas experiencias” destacaron la calidad del servicio (tipo e impacto del tratamiento realizado) y la comunicación deficiente. Los atributos más comunes relacionados con las buenas experiencias se relacionaron con las habilidades de comunicación del fisioterapeuta.

### ❖ ¿Pueden las habilidades de comunicación enseñarse y aprenderse?

Existe un acuerdo claro, por parte de diferentes autores, en considerar a las habilidades de comunicación, tanto en el ámbito médico como en el de las Ciencias de la salud, como una competencia susceptible de ser *enseñada, aprendida y evaluada*.

Consultando la literatura científica, pueden encontrarse diferentes ejemplos de intervenciones dirigidas a favorecer la enseñanza y el aprendizaje de habilidades de comunicación, en los que además las habilidades se evalúan y puede obtenerse información de los resultados relacionados con la intervención. Maguire (1990) afirma, a partir de su experiencia clínica en el ámbito de la Medicina, que *las habilidades de comunicación pueden ser enseñadas y aprendidas durante la formación de grado y de postgrado*. En este sentido propone diferentes métodos de aprendizaje que incluyen la demostración de las habilidades clave, la realización de prácticas controladas y supervisadas, el uso de las videograbaciones de las entrevistas realizadas y la obtención de feedback para generar aprendizaje en grupos reducidos de alumnos. El mismo autor describe, a partir de la evidencia de la existencia de un déficit formativo en este ámbito, qué habilidades de comunicación son esenciales durante la relación médico-paciente y cómo deben ser enseñadas (Maguire & Pitceathly, 2002). En este sentido **propone la necesidad de realizar una formación en condiciones controladas y bajo supervisión**. Aspegren (1999) publica la Guía BEME 2, realizada a partir de la revisión de 83 artículos

seleccionados (de un total de 180), donde describe cuáles son las metodologías más eficaces y cual es periodo más óptimo para su aprendizaje, así como las diferencias observadas (relacionadas con el género) respecto al modo de aprender. Makoul (2001) valora la utilidad y el uso del método de aprendizaje (y de evaluación por tareas) denominado “SEGUE Framework” en Canadá y en EEUU. Dicho método permite evaluar, de un modo válido y fiable, las habilidades de comunicación de los estudiantes (y de los profesionales), tras su participación en diferentes programas de aprendizaje de las HC.

Existe un acuerdo generalizado entre los diferentes autores revisados (Hundleby & Zingle, 1975; Rubin, Judd, & Conine, 1977; Gyllensten et al., 1999; Gard & Gyllensten, 2000a; Mercer & Reynolds, 2002; Coulehan & Block, 2006; Van Servellen, 2009; Borrell Carrió, 2011), tanto en el ámbito de la formación médica como en la formación de fisioterapeutas, que utilizando las metodologías adecuadas de aprendizaje y de evaluación, la empatía puede aprenderse. Aspegren y Lønberg-Madsen, (2005) se preguntan qué HC pueden aprenderse espontáneamente y cuáles necesitan ser enseñadas a partir de la comparación entre las HC de los estudiantes de medicina del último curso y la de los médicos ya titulados al realizar entrevistas con los mismos pacientes. Éstos adquirieron de forma espontánea, durante la práctica profesional, habilidades de comunicación relacionadas con el uso social de la comunicación. Sin embargo, muchos de ellos carecían de las subhabilidades necesarias para que el proceso de la comunicación fuera efectivo, a pesar de llevar 10 o más años trabajando. **En este sentido muchas de las habilidades de comunicación deben ser enseñadas y aprendidas no siendo la experiencia un hecho que garantice su adquisición.** Por este motivo, el mismo autor propone intervenciones de formación en HC durante el Grado y el postgrado. Silverman, Kurtz y Draper (2005), muestran a través de 14 experiencias distintas (tomadas de revistas científicas) cómo la enseñanza y el entrenamiento pueden producir cambios en el grado de habilidades de comunicación de los participantes tras su participación en diferentes experiencias formativas.

Tras evaluar las habilidades de los médicos residentes mediante el método **ECO**E, Hochberg et al., (2010) concluyen afirmando que el profesionalismo (aspecto que incluye el aprendizaje y la enseñanza de las HC) puede enseñarse, aprenderse y ser evaluado. Posteriormente Salmon y Young (2011), afirman que las HC, en el ámbito de la salud,

## II. Marco teórico

---

pueden enseñarse y aprenderse, si bien bajo el punto de vista pedagógico debe tenerse en cuenta que el aprendizaje puede no ser unidireccional y que debe ampliarse a nuevos métodos de enseñanza, de aprendizaje y de evaluación que tengan en cuenta la intuición y la creatividad.

### 4. Competencias en habilidades de comunicación

<<No basta saber, se debe también aplicar. No es suficiente querer, se debe también hacer>> (J. Wolfgang von Goethe)

A pesar de que nuestra intención no es la de profundizar en la definición de las competencias médicas, pues no es este el objeto de esta revisión, queremos dejar constancia que los diferentes documentos publicados en el ámbito de la educación médica, han servido como referentes para definir una parte importante de las competencias en el ámbito de la Fisioterapia así como en el de otras áreas de las Ciencias de la Salud.

#### 4.1. Ámbito de la fisioterapia

Mostraremos a continuación los antecedentes documentales que confirman la inclusión de las competencias, en habilidades de comunicación interpersonal, en los planes de estudio relacionados con la formación universitaria de los fisioterapeutas en España y en otras áreas geográficas.

##### 4.1.1. Antecedentes: España

###### ▮ La formación en habilidades de comunicación

Describiremos en primer lugar las competencias relacionadas con la formación en HCI.

###### ▶ Competencias transversales

Resumimos en las **Tablas 1 y 2** las *competencias transversales* (genéricas) y las *competencias específicas* que aparecen en el libro Blanco de Fisioterapia y que guardan relación con las HCI.

Tanto en el Libro Blanco del Título de Grado en Fisioterapia (ANECA, 2004) como en el B.O.E. de 19 de julio de 2008 (Nº 174. *ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio* se incluyen las competencias relacionadas con la formación en HCI que describiremos en este apartado.

<b>TABLA 1</b>	<b>COMPETENCIAS TRANSVERSALES (GENÉRICAS)</b> <b>Relacionadas con</b>
<b>Instrumentales</b>	· “La capacidad de análisis y de síntesis”. · “La toma de decisiones”. · “La comunicación oral y escrita en la lengua nativa”. · “La capacidad de gestión de la información”.
<b>Personales</b>	· “Las habilidades en las relaciones interpersonales”. · “El trabajo en equipo”. · “El compromiso ético”
<b>Sistémicas</b>	· “La adaptación a nuevas situaciones”

### ► Competencias específicas

En este caso se ha tenido en cuenta la descripción de las **competencias específicas** que tienen que ver con la adquisición de conocimiento, habilidades y actitudes así como las áreas afines. Si bien la referencia al término “entrevista clínica de Fisioterapia” no es explícita en el documento del Libro Blanco, se utilizan términos que nos hacen pensar en su aplicación, tal y como podemos observar en la Tabla 2, en el apartado de “habilidades”, dentro del nivel “saber hacer”.

## II. Marco teórico

<b>TABLA 2</b>		<b>COMPETENCIAS ESPECÍFICAS</b>	
<b>Conocimientos</b>	<b>SABER</b>	<b>ÁREA AFÍN</b>	
	<p><b>Relacionadas con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Las teorías de la comunicación y las habilidades interpersonales”.</li> <li>· Los procedimientos fisioterápicos generales y específicos.</li> <li>· Los criterios e indicadores que garanticen la calidad en la prestación del servicio de Fisioterapia”.</li> </ul>	<p><b>Ciencias Psicosociales</b></p> <p><b>Ciencias Clínicas</b></p> <p><b>Contexto administrativo y organizativo de la práctica profesional</b></p>	
<b>Habilidades</b>	<b>SABER HACER</b>	<b>ÁREA AFÍN</b>	
	<p><b>Relacionadas con:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La elaboración y cumplimentación de la Historia Clínica de Fisioterapia, desde la recepción del paciente hasta el informe de alta.</li> <li>· La valoración del estado funcional del paciente que incluirá las siguientes fases: recibimiento del paciente, recogida de datos subjetivos, aplicación de procedimientos de valoración, identificación de la limitación funcional y de la discapacidad y registro de la información obtenida en la Historia Clínica de Fisioterapia.</li> <li>· Determinar el diagnóstico de Fisioterapia.</li> <li>· Ejecutar, dirigir y coordinar el Plan de intervención de Fisioterapia.</li> <li>· Evaluar la evolución de los resultados obtenidos con el tratamiento de Fisioterapia en relación a los objetivos marcados y a los criterios de resultados establecidos.</li> <li>· Elaborar el informe de alta de Fisioterapia.</li> <li>· Proporcionar una Atención de Fisioterapia eficaz que implicará diversos aspectos (informar al paciente/ familiares de las pruebas a realizar, del tratamiento aplicado y de su evolución, etc.).</li> <li>· Intervenir en los ámbitos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</li> <li>· Relacionarse de forma efectiva con todo el equipo pluridisciplinar.</li> <li>· Incorporar a la cultura profesional los principios éticos y legales de la profesión.</li> </ul>	<p><b>Ciencias Clínicas</b></p>	
<b>Actitudes</b>	<b>SABER SER</b>	<b>ÁREA AFÍN</b>	

<p><b>Relacionadas con el hecho de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Colaborar y cooperar con el resto de profesionales.</li> <li>· Manifestar respeto, valoración y sensibilidad ante el trabajo de los demás.</li> <li>· Desarrollar la capacidad para organizar y dirigir equipos de trabajo de un modo efectivo y eficiente</li> </ul>	<p>Con todas las anteriores</p>
--	---------------------------------

En el documento del B.O.E. ya mencionado se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Fisioterapeuta. Destacamos en la **Tabla 3** las competencias relacionadas con las HCI y que deben incluirse durante la formación de Grado.

Guilbert (1994) propone realizar un proceso de adaptación de los programas formativos a la competencia que se desea reforzar, teniendo en cuenta los diferentes contextos en su aplicabilidad. En este sentido pueden ser muy útiles, además de la experiencia profesional y de los referentes teóricos que nos puedan servir de apoyo, otros referentes educativos utilizados en la educación universitaria de otras profesiones sanitarias tales como Medicina o Enfermería, en las que las necesidades de formación pueden ser similares aunque no idénticas.

TABLA 3	COMPETENCIAS RELACIONADAS CON LAS HC (GRADO EN FISIOTERAPIA)
Nº DE APARTADO DEL DOCUMENTO	COMPETENCIA
<b>5</b>	<p style="text-align: center;"><b>Formación básica</b></p> <p>El alumno debe “conocer y desarrollar la teoría de la comunicación y las habilidades de comunicación interpersonales.</p> <p>Comprender los aspectos psicológicos en la relación – fisioterapeuta – paciente</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Prácticas tuteladas</b></p> <p>“Al alumno le serán evaluadas las competencias que integren todos los conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores, adquiridos en todas las materias...”.</p>
<b>7</b>	Diseñar el plan de intervención de fisioterapia atendiendo a criterios de adecuación, validez y eficiencia.
<b>8</b>	Ejecutar, dirigir y coordinar el plan de intervención de fisioterapia, utilizando las

## II. Marco teórico

---

herramientas terapéuticas propias y atendiendo a la individualidad del usuario	
19	Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los usuarios del sistema sanitario así como con otros profesionales.

### 4.1.2. Antecedentes: otras áreas geográficas

Un estudio publicado por Ingram (1997), recoge la opinión de una gran número de responsables de los diferentes programas de formación en Fisioterapia de distintas universidades de los Estados Unidos, acreditadas por la “Comisión on Accreditation in Physical Therapy Education” (CAPTE), donde se concretan **las competencias que el estudiante de Fisioterapia debe adquirir durante su periodo de formación.**

En este caso la competencia “utilizar de forma apropiada los distintos tipos de comunicación (verbal, no verbal, escrita, con los pacientes y con otros), obtuvo un porcentaje de acuerdo del 100%. Hayes et al., (1999) realizó una investigación para identificar las competencias clínicas básicas e imprescindibles, que deberían tener los alumnos de Fisioterapia<sup>5</sup>, a la hora de aplicar tratamientos eficaces y seguros. La publicación de la **Guía para la práctica de la Fisioterapia** por Rothstein (2001), a través de la American Physical Therapy Association (APTA), y reeditada en 2014 (Guide to Physical Therapist Practice 3.0.), constituye un referente claro y documentado de las **competencias que debe adquirir el fisioterapeuta**, entre las que se incluyen las relacionadas con la adquisición de habilidades de comunicación y la obtención de la información del paciente (mediante la entrevista clínica) para obtener el diagnóstico de Fisioterapia y para definir y aplicar el plan de tratamiento a seguir.

---

<sup>5</sup>En este trabajo concretaron algunos aspectos a corregir durante el periodo de formación de Grado tales como: la utilización de un lenguaje no verbal inadecuado (por ejemplo: no mirar al paciente mientras se estableció la entrevista), la interacción inapropiada entre el fisioterapeuta y el paciente y con el resto del equipo (ejemplo: gritar al paciente, no solicitar su colaboración de forma adecuada, no informarle de aquello que le estamos pidiendo, etc..), no proporcionar feedback al paciente o manifestar una actitud inadecuada durante el trato con el paciente.

En **Canadá**, los organismos “*Accreditation Council for Canadian Physiotherapy Academic Programs, Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators, Canadian Physiotherapy Association, & Canadian Universities Physical Therapy Academic Council*”, especifican en un documento publicado en 2004, las competencias que deben incluir los programas universitarios con relación a las habilidades de comunicación interpersonal.

En **Australia**, el organismo “*Australian Physiotherapy Council*” dedicado a acreditar la formación universitaria incluye en un documento publicado en 2006, denominado: “*The Australian Standards for Physiotherapy*”, las competencias relacionadas con la adquisición de habilidades de comunicación que deben adquirir los estudiantes de Grado.

En la **Tabla 4** puede observarse un extracto del documento europeo creado por Ven & Vyt (2007) y publicado por la *ENPHE*.

<b>TABLA 4</b>	<b>COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL MANEJO DE HC DURANTE EL ENCUENTRO CON EL PACIENTE/CLIENTE (ENPHE, 2007)</b>
<b>APARTADO</b>	
1.12.; 1.14.	Recoger la información relevante del paciente/cliente de un modo eficiente y solicitar su permiso para la obtención de la misma
1.15.; 1.16.	Llevar a cabo una anamnesis semiestructurada y saber manejar las técnicas de la entrevista clínica
1.17.	Identificar los factores y las limitaciones que pudieran incidir sobre la motivación y los objetivos del paciente/cliente
1.19.	Analizar, sintetizar e interpretar la información recogida para la elaboración de la hipótesis siguiendo un proceso de razonamiento clínico
1.27.	Utilizar diferentes estrategias de comunicación de acuerdo a los antecedentes sociales, culturales y cognitivos, adaptando el modo de realizar la anamnesis teniendo en cuenta los aspectos mencionados
1.24.; 1.32.	Seguir el código deontológico durante el proceso de recogida de la información y su almacenamiento
2.30.	Establecer un diálogo, con el paciente/ cliente, basado en el respeto mutuo y en la confianza
2.31.	Manejar de forma correcta las habilidades de CV y de CNV



## II. Marco teórico

---

4.12.	Formular los objetivos (específicos, medibles, aceptables, realizables, acotados en el tiempo) de tratamiento y su progresión y explicar las posibilidades y las limitaciones
4.15.	Implicar al paciente/cliente y a sus cuidadores principales en el proceso de recuperación
2.16.	Identificar las prioridades a la hora de decidir la evaluación y la intervención a realizar
5.11.	Tratar y acordar con el paciente las posibles estrategias de intervención (con relación a un programa de actuación), las expectativas reales respecto a los posibles resultados, las posibles limitaciones, los riesgos y el coste de la actuación si fuera necesario.
5.15.; 8.26.	Proporcionar retroacción al paciente/cliente con relación a la realización y al progreso de los objetivos definidos inicialmente
7.13.; 8.24.	Mostrar la capacidad para escuchar de forma activa al paciente o a otros
8.20.	Proporcionar instrucciones (escritas) con relación al programa a seguir en el domicilio

En dicho documento se especifican las competencias que debe adquirir el alumno de Fisioterapia durante su periodo de formación universitaria. La Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) forma parte de esta red. La *World Confederation for Physical Therapy* (WCPT) elabora en 2007 una guía relacionada con las competencias profesionales en habilidades comunicativas que deben haber adquirido los fisioterapeutas y que presentamos en la **Tabla 5**. Dicho documento fue creado en 2007 y revisado en 2011.

<b>TABLA 5</b>	<b>COMPETENCIAS PROFESIONALES EN HABILIDADES COMUNICATIVAS (WCPT)</b>
* Comunicarse adecuadamente con los pacientes/clientes (teniendo en cuenta las peculiaridades socioculturales), con la familia, con los cuidadores, con el médico, con los miembros del equipo interdisciplinar, con los consumidores, con los contribuyentes y con los responsables políticos.	
* Comunicarse con otros mediante la escritura, la comunicación verbal y no verbal	
* Proporcionar apoyo y orientación a los estudiantes y a los colegas utilizando una amplia gama de habilidades de comunicación	
* Comunicarse de modo que se preserve la confidencialidad del paciente/cliente	
* Manejar las habilidades de comunicación relacionadas con el manejo de los datos (estandarizados y reconocidos internacionalmente) para la mejora de la práctica clínica, para la investigación, para la administración y para la elaboración de estadísticas.	

La *American Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapists (AAOMPT)* publica en 2011 el documento “Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy” (Deyle et al., 2011), donde se definen los diferentes ámbitos de actuación de los fisioterapeutas, en el desempeño de su actividad profesional así como las competencias de los fisioterapeutas que desarrollan su actividad profesional mediante la Terapia manual, entre las que se incluyen las relacionadas con: la demostración de conocimientos relacionados con las Ciencias de la conducta, la demostración de habilidades de razonamiento clínico y la demostración de habilidades de comunicación (ver **Tabla 6**).

<b>TABLA 6</b>	<b>ÁMBITO DE ACTUACIÓN DE LOS FISIOTERAPEUTAS QUE DESARROLLAN SU ACTIVIDAD MEDIANTE LA TERAPIA MANUAL (Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy 2011)</b>
1. El fisioterapeuta como profesional que interviene en la toma de decisiones clínicas avanzadas	
2. El fisioterapeuta como profesional que interviene en el diagnóstico de Fisioterapia	
3. El fisioterapeuta como comunicador	
4. El fisioterapeuta como educador/ mentor	
5. El fisioterapeuta como colaborador	

## II. Marco teórico

---

6. El fisioterapeuta como gestor
  7. El fisioterapeuta como defensor de la salud
  8. El fisioterapeuta como aprendiz
  9. El fisioterapeuta como profesional autónomo
- 

Mostramos en la **Tabla 7** las competencias relacionadas con la demostración de un nivel avanzado de habilidades de comunicación del mismo documento.

<b>TABLA_7</b>	<b>Área 7. DEMOSTRAR LA COMPETENCIA EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN AVANZADAS (Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy, 2011)</b>
----------------	---

D7K1. Demostrar conocimientos avanzados del proceso de comunicación verbal y no verbal entre el fisioterapeuta y el paciente/ cliente.

D7K2. Demostrar conocimientos avanzados con relación a la realización de la comunicación escrita.

D7K3. Demostrar conocimientos avanzados con relación a la comunicación efectiva con el paciente/cliente, con los cuidadores, con los profesionales de la salud, con los individuos, con los grupos, con las comunidades y con la población general.

D7S1. Demostrar eficiencia y eficacia en las estrategias de indagación para obtener la información relevante del paciente/ cliente.

D7S2. Demostrar eficiencia y eficacia en el uso de las habilidades de escucha activa durante la relación fisioterapeuta – paciente/ cliente.

D7S3. Demostrar la capacidad para explicar al paciente/ cliente su diagnóstico, su pronóstico y las opciones de manejo relacionadas con su problema de salud.

D7S4. Demostrar la capacidad para implicar al paciente/ cliente en el manejo de su problema de salud.

D7S5. Demostrar la capacidad para educar al paciente/cliente, a la familia y a los cuidadores en el manejo de la situación relacionada con el problema del paciente, utilizando las estrategias adecuadas.

D7S6. Demostrar la capacidad para obtener el consentimiento informado del paciente de forma adecuada.

D7S7. Demostrar la capacidad para registrar, documentar y preservar la información médica del paciente para su posible uso en el caso de requerimiento legal.

D7S8. Demostrar la capacidad para documentar la respuesta al tratamiento y la evolución del problema del paciente/ cliente.

D7A1. Demostrar grado de conciencia suficiente respecto al hecho de considerar que la comunicación centrada en el paciente es crucial para desarrollar una práctica clínica eficaz.

---

Después de referirnos a las competencias que debe adquirir el alumno dedicaremos nuestra atención a la entrevista clínica de Fisioterapia.

## 5. La entrevista clínica de fisioterapia

Desarrollaremos a continuación los aspectos relacionados con el *concepto y la finalidad* de la ECF, su relación con el *razonamiento clínico*, la *estructura y las fases* de la entrevista clínica así como la identificación de las *HC* necesarias para su realización.

### 5.1. Concepto y finalidad

La entrevista clínica de Fisioterapia es el proceso mediante el cual el fisioterapeuta **obtiene la información** relevante del paciente, que tiene que ver con la influencia de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales sobre su problema de salud, con el objetivo de definir el **diagnóstico de Fisioterapia** y el **plan de tratamiento** a seguir para restablecer su capacidad funcional. Para desarrollar cada una de las fases de la entrevista el fisioterapeuta necesita haber adquirido, además de otras habilidades, la competencia suficiente en habilidades de comunicación interpersonal. Una de las habilidades que forman parte de este proceso, además de las mencionadas, tienen que ver con la capacidad para elaborar el proceso de razonamiento clínico, aspecto al que dedicaremos nuestra atención más adelante.

Queremos destacar que la elaboración y la aplicación del *diagnóstico de Fisioterapia* en el ámbito de la entrevista clínica, están sujetos en nuestro país a determinados matices que pueden ayudarnos a comprender la complejidad del problema. Mientras que a nivel competencial está claro que, dentro del Método de Intervención en Fisioterapia, el fisioterapeuta inicia la relación con el paciente mediante la entrevista clínica y con la exploración, que le permitirán obtener el diagnóstico de fisioterapia, existen aspectos ligados a la evolución histórica de la profesión que en algunas ocasiones, dificultan la realización de este proceso a los que nos referiremos a continuación. Tradicionalmente las actividades que llevan a la realización del diagnóstico del problema de salud del paciente (y a la utilización del término “diagnóstico”) se han ejecutado durante mucho tiempo, de forma exclusiva, por el médico. Sin embargo, primero las enfermeras y después los

## II. Marco teórico

---

fisioterapeutas incluyeron, entre sus competencias profesionales, los conceptos y las tareas asociadas a la definición de los diagnósticos de enfermería y de fisioterapia respectivamente<sup>6</sup>. En la actualidad el Fisioterapeuta tiene en España, las competencias profesionales para decidir qué tratamiento aplicar, cómo aplicarlo y cuándo (BOE de 19 de Julio de 2008. Nº 174; Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación, 2004). Bajo el punto de vista de este nuevo paradigma, el fisioterapeuta utiliza métodos de evaluación y se apoya en la entrevista clínica para obtener el diagnóstico de Fisioterapia (Guccione, 1991; Delitto & Snyder-Mackler, 1995; Sahrman, 1988; Viel, Plas, & Trudelle, 1999; Hendriks et al., 2000; Boissonault, 2010; Hengeveld, Banks, & Wells, 2006; Onks & Wawrzyniak, 2014) y aplicar el tratamiento oportuno. Con relación al cambio de paradigma de la profesión, y siguiendo con las consecuencias de determinados hábitos adquiridos en la organización de las tareas del ámbito hospitalario, ligadas a la concepción del fisioterapeuta como el profesional que se dedica, únicamente, a aplicar las prescripciones médicas basadas en el diagnóstico médico, no se contempla de forma explícita que el Fisioterapeuta necesite dedicar un tiempo y un espacio para llevar a cabo la entrevista clínica con el paciente. Sin embargo, en el ámbito del ejercicio libre, el fisioterapeuta aplica las habilidades de comunicación interpersonales en la entrevista clínica, como una parte imprescindible del Método de intervención en Fisioterapia, pues en la mayoría de las ocasiones el paciente acude a la consulta sin un diagnóstico médico, y aunque lo hubiera, el Fisioterapeuta deberá definir su diagnóstico de Fisioterapia. Ello no impide que se remita al paciente al médico para obtener un diagnóstico médico si se considerase necesario.

Si tenemos en cuenta que una proporción importante de Fisioterapeutas, que han finalizado sus estudios universitarios, tendrán más oportunidades de acceder al mundo

---

<sup>6</sup> Durante las dos últimas décadas las enfermeras incluyeron el concepto "Diagnóstico de Enfermería" como una parte del Proceso de Atención y Cuidados de Enfermería dirigidos al paciente, con unas competencias y con unas directrices claras que determinaban cuál era su cometido, hecho que contribuyó a aumentar la calidad de los cuidados de atención a los pacientes. Siguiendo un proceso similar, en el ámbito de Fisioterapia, se creó un nuevo paradigma en la relación Fisioterapeuta – paciente, a partir del cual el fisioterapeuta no se dedicaba únicamente a aplicar las prescripciones médicas basadas en tratamientos físicos, sino que además identificaba los problemas de salud del paciente con relación al análisis efectuado por el fisioterapeuta. Dicha intervención recibe el nombre de diagnóstico de Fisioterapia.

laboral en el ámbito del ejercicio libre de la profesión, la formación en habilidades de comunicación empezó a incluirse en el currículo de las titulaciones de Grado en Fisioterapia de nuestro país.

## 5.2. Entrevista clínica y razonamiento clínico

El **razonamiento clínico** (ver en la **Fig. 3**) es el proceso mediante el cual el terapeuta interacciona con el paciente, le ayuda a estructurar el significado del problema de salud, a definir los objetivos de tratamiento así como las estrategias de manejo en base a los datos clínicos, a las alternativas del paciente, al juicio profesional y al conocimiento (Higgs y Jones, 2008).

Durante el primer encuentro realizado entre el fisioterapeuta y el paciente, el fisioterapeuta trata de indagar acerca del posible origen del problema mediante la entrevista clínica. Para ello realiza preguntas concretas y aplica determinadas pruebas de evaluación, hasta obtener, mediante un proceso de razonamiento clínico, el **diagnóstico de fisioterapia** (Petty, Moore, & Maitland, 2003; Jones & Rivett, 2004; Hengeveld, Banks & Wells, 2006; Smith, Higgs, & Ellis, 2008).

El **razonamiento clínico**, en el ámbito de la Fisioterapia, ha adquirido una especial relevancia debido a la necesidad de obtener mejores resultados terapéuticos (con relación a la toma de decisiones) y al hecho de que muchos profesionales se dediquen al ejercicio libre de la profesión (Edwards, 2004).

## II. Marco teórico

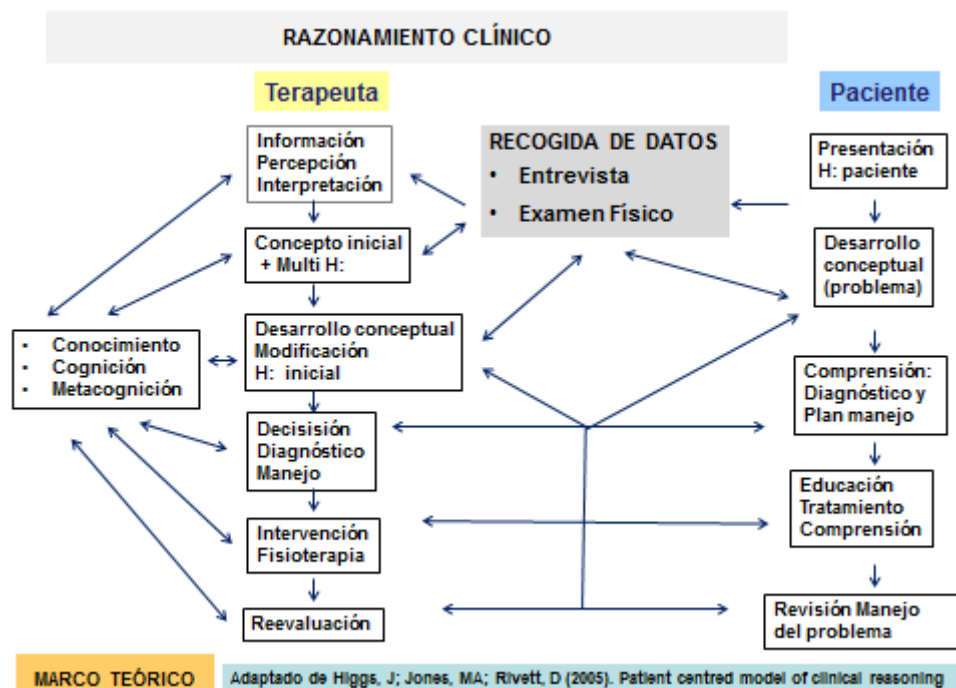


Fig. 3. Modelo de razonamiento clínico centrado en el paciente (Edwards, 1996). Tomado de Jones y Rivett (2004)

Según Jones y Rivett (2004) este modelo de razonamiento está centrado en el paciente (Edwards, 1996) y se desarrolla en un marco colaborativo, donde el proceso de reflexión incluye tres elementos (*metacognitivo, cognitivo* y el *conocimiento*) en el que participan: **los atributos del terapeuta** (la organización y la profundidad de sus conocimientos, la familiaridad y la experiencia con relación al problema planteado, la competencia para el razonamiento, las habilidades de comunicación y las habilidades para desempeñar su profesión); **los atributos del paciente** (necesidades, creencias, actitudes, las circunstancias físicas y psicosociales, la capacidad y la voluntad para participar en el manejo y la toma de decisiones compartidas); **los atributos del ambiente** (los recursos y el tiempo disponibles, la organización del sistema proveedor de la atención para la salud). Diferentes autores proponen, para atender los problemas de salud de nuestros pacientes, tener en cuenta no solo a la enfermedad (posibles estructuras implicadas en la disfunción –la patobiología–) sino al enfermo (los efectos que la limitación funcional o la disfunción producen sobre esa persona y el significado particular de su problema).

En el esquema puede seguirse el proceso de elaboración del razonamiento clínico, desde que el paciente tiene un problema de salud y acude al Fisioterapeuta. Éste **recoge la**

**información** relevante (mediante la entrevista y el examen físico), la **interpreta**, realiza una **conceptualización inicial** y elabora una o más hipótesis hasta alcanzar la **hipótesis modificada** que le llevará a tomar decisiones relacionadas con la **definición del diagnóstico y del plan de manejo del paciente** (que comparte con el paciente), con la **intervención** (tratamiento) explicada al paciente y compartida por ambos. Finalmente se lleva a cabo la **reevaluación del paciente** para verificar la eficacia del plan de tratamiento.

La **conceptualización del razonamiento clínico** ha seguido **tres fases** que han transcurrido paralelamente a las investigaciones realizadas y que han sido definidas por Hendrick (2009) del siguiente modo:

- **Fase centrada en la psicometría** (1950-1970). El foco de atención se dirige a la búsqueda de herramientas de medición para *evaluar las habilidades de razonamiento clínico* tras su enseñanza. Los instrumentos evalúan distintos aspectos del razonamiento clínico tales como la hipótesis del diagnóstico, las acciones investigativas realizadas, las opciones de tratamiento, etc.).
- **Fase de aplicación del razonamiento hipotético deductivo** (RHD). Más dirigida al proceso, al *análisis cognitivo, al conocimiento de las estructuras, a la búsqueda de estrategias, al análisis del comportamiento y a la resolución de problemas*. Puede utilizar tanto el razonamiento inductivo (para generar hipótesis), como el razonamiento deductivo para probar su veracidad. Según Higgs (2008) existen, dos métodos de razonamiento clínico que parten de un paradigma analítico o científico y que son utilizados tanto en el ámbito de la Medicina como en el de las Ciencias de la Salud: el razonamiento hipotético deductivo y el método basado en la organización del conocimiento. El primero focaliza su atención en el proceso y partiendo de la generalización (con la creación de múltiples hipótesis) avanza hacia la elaboración de una conclusión específica. El segundo, presta más atención a la organización del conocimiento (y a la accesibilidad) acumulado en la memoria del clínico y permite alcanzar, a partir de observaciones específicas, una generalización. Ambos métodos pueden utilizarse en la clínica aunque en diferentes momentos (Arocha & Patel, 1995; May, Greasley, Reeve, & Withers, 2008).
- **Fase hermenéutica**. Basa su acción en el *modelo de atención centrado en el paciente* y en las experiencias vividas por los terapeutas cuando interaccionan con sus pacientes. En este caso se



## II. Marco teórico

---

interpretan los significados de aquello que expresa el paciente mediante la CV y la CNV con el objetivo de alcanzar una mayor comprensión clínica del problema. Desde la década de los 90 se han ido incorporando nuevas formas de razonamiento clínico que buscan tener en cuenta la *perspectiva del paciente* (el modo de vivir la limitación funcional o la discapacidad) y *la del terapeuta*, hecho que obliga a considerar múltiples variables difíciles de abordar y de controlar (Higgs, 2008). Un ejemplo es el uso del paradigma interpretativo que busca comprender y construir el significado del problema del paciente a partir de la experiencia vivida y expresada por éste (Mattingly, 1991; Borkan, Quirk, & Sullivan, 1991).

Si tenemos en cuenta los cambios psicosociales y políticos asociados al modo de entender el proceso de salud-enfermedad, el concepto de razonamiento clínico (y su aplicación a la generación de conocimiento, a la investigación o a la práctica clínica) puede tomar diferentes modos de presentación. Higgs y Jones (2008) describen diferentes **modelos e interpretaciones del razonamiento clínico** que agrupan en dos categorías:

- a) El razonamiento clínico como parte de un **proceso cognitivo**. En esta categoría se incluyen los modelos de razonamiento siguientes:
  - **Hipotético deductivo** (Barrows y Feltovich, 1987): la generación de la hipótesis se basa en los datos clínicos, en el conocimiento y en las pruebas para validar las hipótesis; puede ayudar a identificar los problemas funcionales del paciente y a seleccionar el plan de tratamiento a seguir; puede incluir ambos tipos de razonamiento: inductivo y deductivo.
  - El **patrón de reconocimiento** (Barrows y Feltovich, 1987): es un modelo eficaz y eficiente en los que se aplica un razonamiento inductivo. En este caso se alcanza el diagnóstico a partir de casos bien conocidos, experimentados previamente o similares a éstos, en los que a partir del análisis de los signos, de los síntomas, de las opciones de tratamiento, de los resultados y del contexto.
  - **Razonamiento anticipatorio y retroactivo** (Arocha y Patel, 1995): El razonamiento anticipatorio utiliza el razonamiento inductivo; en el razonamiento retroactivo se busca reinterpretar los datos obtenidos o las pruebas realizadas para reconstruir la hipótesis.

- **Razonamiento basado en la integración del conocimiento** (Boshuizen & Schmidt, 1992): El razonamiento clínico requiere conocimientos específicos y una organización de base de los mismos, implica la integración del conocimiento, del razonamiento y de la metacognición.
  
  - **Razonamiento intuitivo** (Pretz & Folse, 2011): No sigue un método previamente definido y es difícil establecer una relación de causalidad entre las conclusiones alcanzadas y el método seguido para su obtención. Puede tener relación con la resolución, y la vivencia, de experiencias anteriores que pueden proporcionar “pistas” para resolver determinadas situaciones, contribuyendo a la resolución de los problemas.
- b) El razonamiento clínico como parte de un **proceso interactivo**. En este caso incluye a los siguientes modelos:
- **Razonamiento multidisciplinar** (Greenhalgh, Flynn, Long, & Tyson, 2008): Son los miembros del equipo interdisciplinar los que participan en la toma de decisiones en función del estado del paciente.
  
  - **Razonamiento condicional** (Fleming, 1991): utilizado por los médicos y por otros profesionales de las Ciencias de la salud para valorar la respuesta del paciente a los tratamientos realizados y para ayudarlo a considerar y a decidir entre las diferentes opciones que puedan adaptarse mejor a su situación.
  
  - **Razonamiento narrativo** (Mattingly, 1991): La narración de la evolución de la historia clínica del paciente puede contribuir a proporcionar sentido a la experiencia vivida y a facilitar el proceso de razonamiento.
  
  - **Razonamiento colaborativo o interactivo** (Fleming, 1991; Christensen y Larson, 1993; Coulter, 2005; Smith, Higgs, & Ellis, 2008): Se produce durante la interacción terapeuta-paciente y contribuye a obtener información de la perspectiva del paciente. Al realizar una toma de decisiones compartida, respecto al problema de salud, se estimula la participación activa del paciente.

## II. Marco teórico

---

- **Razonamiento ético** (Edwards, Braunack-Mayer, & Jones, 2005): Tiene que ver con la toma de decisiones que tienen algún componente ético y que en algunas ocasiones pueden suponer un dilema.
- **Razonamiento como enseñanza** (Cooper, Smith, & Hancock, 2009): Se proporcionan consejos o recomendaciones a los pacientes para promover un cambio de conducta que de algún modo incidirá en la estabilización o en la mejora del problema de salud.

En nuestro caso, y en el de nuestra investigación, se aplicarán **modelos de razonamiento cognitivo** (razonamiento hipotético deductivo) **e interactivo** (razonamiento colaborativo y razonamiento como enseñanza) que basarán su acción en el modelo de atención centrado en el paciente (Atkins & Ersser, 2008), pues durante la entrevista clínica se tendrán en cuenta, entre otros, aspectos tales como: la perspectiva sociocultural del paciente, el acercamiento humanístico y la aplicación de estrategias, basadas en la comunicación, para obtener la información del paciente y para compartir el plan de tratamiento a seguir.

### 5.3. Estructura, fases de la entrevista clínica y habilidades de comunicación

Describiremos en este apartado las distintas **fases de la entrevista clínica** y las **habilidades** requeridas para su ejecución. Para facilitar la comprensión de la estructura de la entrevista y para contextualizar la secuencia de eventos, desde que el paciente percibe un problema de salud hasta que, de forma directa o indirecta (derivado por otros profesionales), acude al Fisioterapeuta para solucionar su problema, utilizaremos el esquema de la **Figura 4**, que es una adaptación de las propuestas de Gallego (2007) y de la “Guide to Physical Therapist Practice” (2014). Williams (1997) utiliza el término de “comunicación intencional o instrumental”, para referirse al uso de la comunicación con la finalidad de obtener información del paciente durante la entrevista clínica. En nuestro caso, como ya se comentó, tendremos en cuenta además el *modelo biopsicosocial*, el *modelo centrado en el paciente* y el *proceso de razonamiento clínico*.

Durante el desarrollo de la entrevista se necesitará aplicar una serie de habilidades que iremos comentando durante la descripción de cada una de las fases. La mayoría de autores consultados recomiendan que dichas habilidades se aprendan durante el periodo de formación de grado y se refuercen durante la formación de postgrado (Maguire, 1990; Potter, 2003; Guiton, Hodgson, Delandshere, & Wilkerson, 2004; Makoul, 2006; Moore, Gómez, Kurtz, & Vargas, 2010).

Para definir cada una de las fases de la entrevista clínica, y las tareas incluidas en cada una de ellas, tomaremos como referencia las aportaciones de diferentes autores (Aspegren, 1999; Borrell Carrió, 1989; Makoul, 2001; Borrell Carrió, 2004a; Clèries, 2006; Silverman et al., 2005 y Goodman y Snyder, 2013). Las fases comúnmente aceptadas por los autores mencionados y que pueden visualizarse en la práctica clínica habitual, son las siguientes: *fase inicial (recibimiento)*, *fase de recogida de la información*, *fase de exploración*, *fase de explicación y de planificación* y *fase de cierre de la entrevista*.

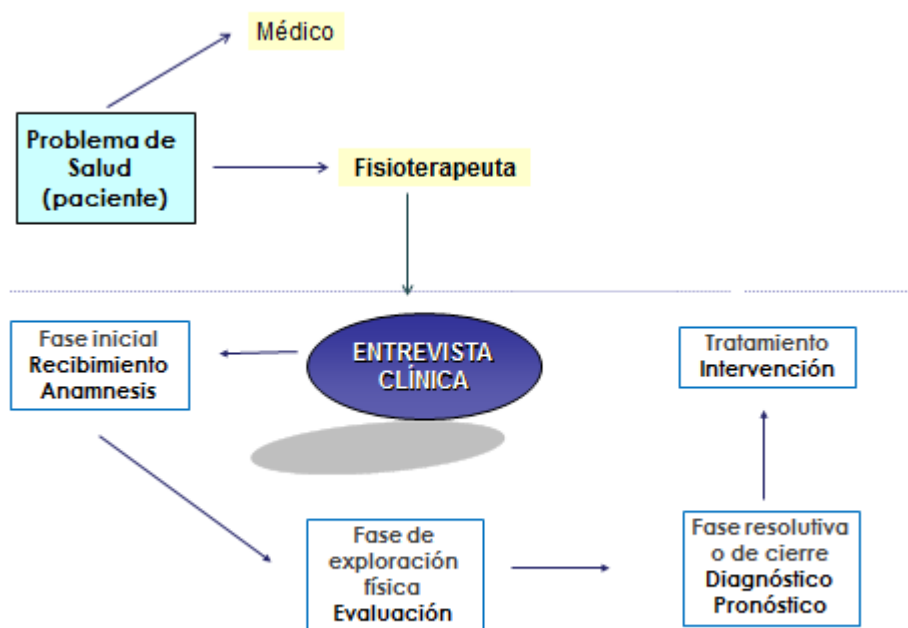


Fig.4. Secuencia de eventos relacionados con la realización de la entrevista clínica

## II. Marco teórico

En nuestro caso basaremos la secuencia de la entrevista en la propuesta de Silverman et al. (2005), que a su vez se basa en la “Calgary Cambridge Observation Guide” (Kurtz y Silverman, 1996; Kurtz, Silverman y Draper, 1998; Kurtz, 2002; Silverman, 2007) pues consideramos que ofrece una construcción razonada y coherente de la misma y contribuye a facilitar el aprendizaje, sigue un modelo de atención centrado en el paciente y su proceso de elaboración ha ido incorporando nuevos elementos que se han tenido en cuenta las investigaciones realizadas por distintos autores y, aunque el enfoque es médico, puede adaptarse a la entrevista clínica de Fisioterapia sin dificultad. Desde su publicación en la Facultad de Medicina de la Universidad de Calgary (Canadá), la Guía ha sido utilizada y adaptada por distintas organizaciones y área geográficas para la enseñanza, para la evaluación de las habilidades de comunicación y para la investigación en Canadá, EEUU, Reino Unido, Australia, Italia, Escandinavia, España, República Sudafricana, Argentina siendo traducida a diferentes idiomas (Silverman, Kurtz y Draper, 2005; Silverman, 2007), entre ellos el español. Mostramos en la **Figura 5**. la estructura adaptada de la entrevista clínica tomada de Silverman, Kurtz y Draper (2005).

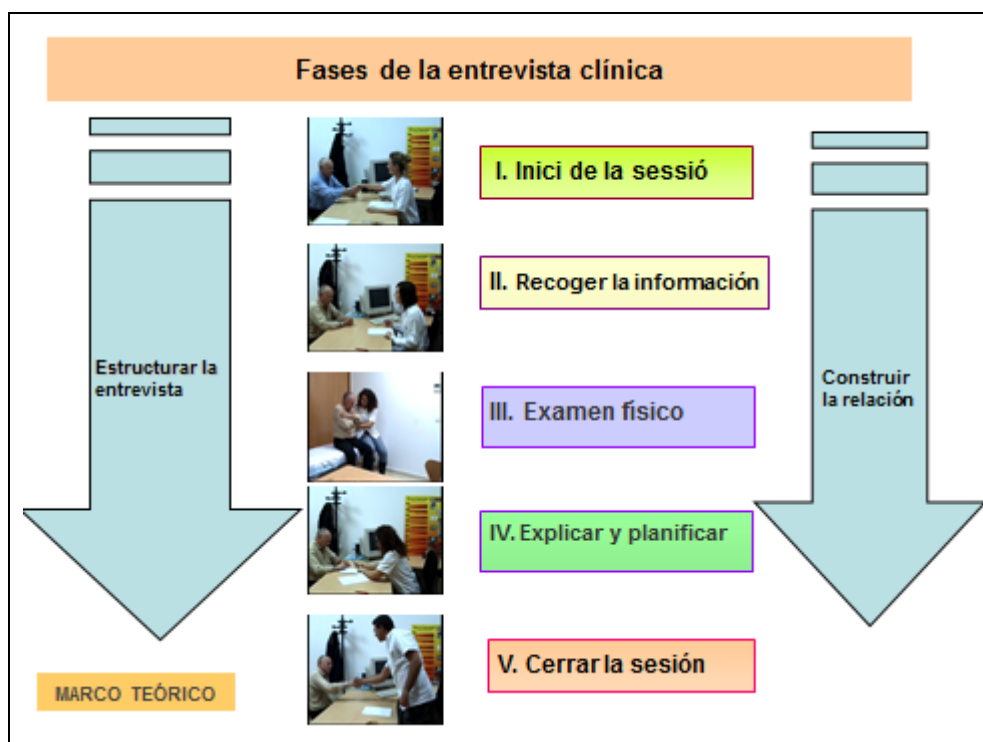


Fig. 5. Fases de la entrevista clínica (Adaptado de Kurtz, Silverman y Draper, 2005)

### 5.3.1. Fase inicial

Durante esta fase se produce el encuentro entre el paciente y el fisioterapeuta (establecimiento de la relación inicial) y se identifica el motivo de la consulta. Si hubiera diferentes motivos de consulta es preciso negociar y priorizar a cuál le prestamos más atención antes de abordar problemas específicos. Mostramos en la **Tabla 8** las habilidades y las subhabilidades más importantes. Para su elaboración hemos tenido en cuenta las aportaciones de los autores mencionados.

Durante esta fase se ponen de manifiesto las **calidades de superficie** del entrevistador (que se manifiestan como *calidez, respeto y cordialidad*) y las **calidades profundas**, tales como la *empatía, la contención emocional, y la asertividad*. El tono de voz, el lenguaje verbal y no verbal y la capacidad de escucha serán importantes a la hora de transmitir dichas calidades.

TABLA 8			HABILIDADES: FASE INICIAL DE LA ENTREVISTA CLÍNICA		
TAREAS	HABILIDADES	SUBHABILIDADES	TAREAS	HABILIDADES	SUBHABILIDADES
PREPARACIÓN	*Dejar la última actividad *Preparar el encuentro	Repasar la lista de problemas si la hay (antes del encuentro)			
ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN INICIAL	*Saludar al paciente *Dirigirse por su nombre *Presentarse *Mostrar interés y respeto *Buscar su confort	Mostrar cordialidad, presentarse, clarificar nuestra identidad, dirigirse al paciente por su nombre, dar la mano, mantener un contacto ocular y ofrecer confort			
IDENTIFICACIÓN DEL MOTIVO DE LA CONSULTA	*Comenzar con una pregunta abierta *Escuchar sin interrumpir *Confirmar la lista de problemas *Negociar las prioridades	Facilitar el vaciamiento de aspectos relevantes (mediante la empatía, el silencio funcional, los facilitadores, las frases por repetición, la clarificación, etc.), escuchar de forma activa			

### 5.3.2. Fase de recogida de la información

Esta fase es esencial para la elaboración del proceso de razonamiento clínico, pues la información obtenida del paciente y nuestros conocimientos previos permitirán construir una hipótesis inicial relacionada con el posible origen del problema. Resumimos en la **Tabla**

## II. Marco teórico

9 las habilidades más relevantes descritas por Borrell Carrió, 2004a; Clèries, 2006 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005.

TABLA 9		HABILIDADES: FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN
ASPECTOS A TENER EN CUENTA (OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN)		HABILIDADES
<b>PERSPECTIVA (ENFERMEDAD)</b>	<b>BIOMÉDICA</b>	*Estimular al paciente a que explique su problema y los aspectos relevantes del mismo *Utilizar correctamente preguntas abiertas/cerradas *Captar el mensaje del lenguaje verbal y no verbal del paciente e interpretarlo
	<b>PERSPECTIVA PACIENTE (ENFERMO)</b>	*Escuchar de forma activa sin interrumpir *Utilizar facilitadores (silencio, repetición, paráfrasis, etc.) *Clarificar la información obtenida *Resumir la información
	<b>ANTECEDENTES (CONTEXTO)</b>	*Utilizar un lenguaje comprensible y conciso *Establecer la secuencia de datos y de eventos *Utilizar una secuencia ordenada de preguntas

El objetivo de esta fase es obtener la información relacionada con el problema del paciente para valorar la importancia y la relación de los distintos factores que forman parte del problema, es decir la *perspectiva biomédica* (secuencia de los eventos relevantes, análisis de los síntomas, revisión de los diferentes aparatos y sistemas que pudieran interaccionar con el problema) la *perspectiva del paciente* (ideas y creencias, preocupaciones, metas y expectativas, influencia del problema en su vida cotidiana, sentimientos) y los *antecedentes de interés* (antecedentes médicos, tratamientos realizados, antecedentes familiares, antecedente sociales, con relación a los diferentes aparatos y sistemas).

### 5.3.3. Fase de examen físico

Para la realización del examen físico utilizamos diferentes técnicas: la *observación*, la *palpación* y la *realización de pruebas específicas*, con la finalidad de valorar el estado del paciente, determinar el grado irritabilidad de los síntomas y de corroborar o descartar la hipótesis inicial (Jones y Rivett, 2004; Hengeveld et al., 2006; Higgs, 2008 y Smith et al., 2008). Describimos en la **Tabla 10** las habilidades de comunicación más relevantes de esta fase.

<b>TABLA 10</b>		<b>HABILIDADES: FASE DE EXPLORACIÓN</b>
<b>ASPECTOS A TENER EN CUENTA</b>	<b>HABILIDADES</b>	
<b>VALORAR EL ESTADO DEL PACIENTE (GRADO DE MOVILIDAD, GRADO DE AUTONOMÍA, LOCALIZACIÓN DE LOS SÍNTOMAS, ETC.)</b>	*Explicar qué pretendemos hacer, cómo lo vamos a hacer y por qué en un lenguaje comprensible *Solicitar el permiso y la colaboración del paciente *Buscar el confort del paciente	
<b>PRUEBAS DE REPRODUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE</b>	*Aplicar las pruebas de forma respetuosa y preservando la intimidad del paciente *Prestar atención al lenguaje verbal y no verbal durante la exploración	
<b>PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>	*Aceptar la opinión del paciente y mostrarse receptivo	

La exploración se inicia desde que el paciente aparece por la puerta de la consulta, pues nos permite observar cuál es el tono de voz, el lenguaje no verbal (por ejemplo, el paciente puede mostrar muecas de dolor al sentarse, al caminar o cambiar de postura, etc.) o cualquier otro aspecto mostrado por el paciente de forma espontánea antes de iniciar la entrevista clínica. Si bien la primera intención del terapeuta inexperto es la de delimitar esta fase a un orden preestablecido, primero la anamnesis y después la exploración, la mayoría de autores coinciden en señalar que durante esta fase podemos volver de nuevo a la anamnesis (Petty, Moore, & Maitland, 2003; Hengeveld et al., 2006) pues los nuevos hallazgos, crearán la necesidad de realizar nuevas preguntas y es posible que pueda modificarse nuestra hipótesis inicial. Para Borrell Carrió, (1989), el mejor rendimiento de una exploración clínica se obtiene cuando se combina la exploración física básica con la exploración orientada a los problemas.

#### 5.3.4. Fase de explicación y planificación

Los objetivos de esta fase tienen que ver con el hecho de: informar, educar, negociar y motivar al paciente. Resumimos en la **Tabla 11** las habilidades más relevantes (Borrell-Carrió, 2004a; Clèries, 2006 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005; Kurtz, Silverman y Draper, 2005).



## II. Marco teórico

TABLA 11	HABILIDADES: FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN
ASPECTOS A TENER EN CUENTA	HABILIDADES
<b>PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL PROBLEMA</b>	*Explicar el diagnóstico de Fisioterapia y el plan de manejo en un lenguaje comprensible y conciso *Categorizar y resumir la información que se va a proporcionar
<b>VALORAR LA CALIDAD Y LA CANTIDAD DE INFORMACIÓN QUE SE VA A PROPORCIONAR</b>	*Proporcionar la información por escrito si fuese necesario (tipo y número de ejercicios, pautas a seguir, etc.) *Prestar atención al lenguaje verbal y no verbal del paciente.
<b>COMPROBAR QUE LA EXPLICACIÓN Y EL PLAN DE MANEJO HAN SIDO COMPRENDIDOS</b>	*Comprobar que la información ha sido comprendida (repetir, clarificar, realizar preguntas) *Mantener una actitud de compartir la información *Involucrar al paciente en su proceso de recuperación

Durante esta fase se pretende explicar, de forma comprensible, cual es el posible origen del problema y cuál será la estrategia a seguir a partir de ese momento (plan de manejo) en una actitud de compartir la información con el paciente y si fuere el caso con la familia o con las personas cercanas. En ese momento deben resolverse las dudas que pudiera plantear el paciente.

### 5.3.5. Fase de cierre de la entrevista

Los objetivos de esta fase tienen que ver con el hecho de: establecer los pasos a seguir a partir de ese momento, asegurarse de que la entrevista se ha cerrado correctamente (preguntar por las posibles dudas, verificar que la información ha sido comprendida correctamente) y despedirse del paciente. Durante esta fase se incluyen la mayoría de habilidades de comunicación descritas hasta el momento. Resumimos las habilidades descritas por Borrell-Carrió, 2004a; Clèries, 2006; Kurtz, Silverman y Draper, 2005 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005 en la **Tabla 12**.

<b>TABLA 12</b>		<b>HABILIDADES: FASE DE CIERRE</b>
<b>ASPECTOS A TENER EN CUENTA</b>		<b>HABILIDADES</b>
<b>DEFINIR LOS PASOS A SEGUIR</b>		*Organizar y categorizar la información que se desea proporcionar *Proporcionar mensajes concisos y comprensibles *Comprobar el grado de comprensión del mensaje si fuera necesario
<b>ASEGURAR QUE LA ENTREVISTA SE CERRÓ CORRECTAMENTE</b>		*Corroborar si existen dudas *Prestar atención al lenguaje verbal y no verbal del paciente. *Comprobar que la información ha sido comprendida (repetir, clarificar, realizar preguntas)
<b>DESPEDIRSE DEL PACIENTE</b>		*Despedirse del paciente dirigiéndose por su nombre

Kurtz, Silverman y Draper, 2005 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005 complementan cada una de las fases de la entrevista descritas hasta el momento, con dos aspectos que transcurren a lo largo de la misma y que de algún modo refuerzan la interacción y la confianza entre el entrevistador y el paciente, que son: la *construcción de la relación con el paciente* y el hecho de *proporcionar una estructura a la entrevista*.

### 5.3.6. Construir la relación con el paciente

Durante toda la entrevista el fisioterapeuta trata de “construir” esta relación. Resumimos en la **Tabla 13** Las habilidades de comunicación más relevantes.

<b>TABLA 13</b>		<b>HABILIDADES: CONSTRUYENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE</b>
<b>ASPECTOS A TENER EN CUENTA</b>		<b>HABILIDADES</b>
<b>USAR LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DE FORMA ADECUADA</b>		*Prestar atención al contacto ocular, a la expresión facial, a la postura, a la posición, al movimiento y al tono, al volumen de voz, etc. *Al realizar anotaciones o al leer (documentos de interés) hacerlo de modo que no interfieran el diálogo creado o en el entendimiento entre terapeuta y paciente. *Proporcionar y mostrar confianza.
<b>FACILITANDO EL ENTENDIMIENTO ENTRE AMBOS</b>		*Aceptar, sin prejuizar, el punto de vista y los sentimientos del paciente.

## II. Marco teórico

---

	<ul style="list-style-type: none"><li>*Utilizar la empatía para transmitir comprensión y reconocimiento hacia el punto de vista y los sentimientos expresados por el paciente.</li><li>*Proporcionar apoyo: expresar la preocupación y la comprensión, la voluntad de ayudar, el reconocimiento hacia los esfuerzos realizados y el hecho de trabajar juntos por un mismo objetivo.</li><li>*Tratar de forma sensible los aspectos relacionados con la vivencia del dolor.</li></ul>
<b>IMPLICANDO AL PACIENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>*Compartir los pensamientos (y el punto de vista) con el paciente para facilitar su implicación.</li><li>*Explicar de un modo razonable y comprensible las preguntas que pudiera plantear el paciente.</li><li>*Durante la exploración física explicar qué vamos a hacer y solicitar su colaboración.</li><li>*Explicar el plan de tratamiento intentando buscar la máxima implicación del paciente, comentando los posibles beneficios, corroborando que las actividades a realizar han sido comprendidas.</li></ul>

---

Este hecho facilitará el entendimiento entre ambos, se crearán alianzas y será más probable que mejoren la implicación del paciente en la resolución de su problema de salud (Kurtz, Silverman y Draper, 2005 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005) y su adherencia al tratamiento (DiMatteo et al., 2007). Según McLeod (2009), la **veracidad, la autenticidad y la voluntad del asesor** determinan el enfoque humanista centrado en la persona, diferente de otros enfoques, centrados por ejemplo en el paciente o en la enfermedad. Por otra parte, la **aceptación y la confianza** durante la relación terapeuta-paciente implica el hecho de admitir que la otra persona tiene un punto de vista, se esté o no de acuerdo, válido y digno de ser escuchado. Según Rogers (1973), en la aceptación, se respeta a la otra persona como un individuo independiente sin ninguna relación de dominancia. La confianza engendra, según Northouse y Northouse (1998), una sensación de seguridad y ayuda a los individuos a sentir que no están solos a la hora de afrontar sus problemas.

### 5.3.7. Proporcionar una estructura a la entrevista

Del mismo modo, el fisioterapeuta transmite durante toda la entrevista una sensación de orden que de algún modo proporciona un mayor grado de seguridad al paciente. En este

sentido el orden y el modo cómo éste se lleva a cabo fortalece la relación terapeuta paciente (Kurtz, Silverman y Draper, 2005 y Silverman, Kurtz y Draper, 2005). Resumimos en la **Tabla 14** los aspectos a tener en cuenta y las habilidades necesarias.

TABLA 14		HABILIDADES: PROPORCIONANDO UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA
ASPECTOS A TENER EN CUENTA	HABILIDADES	
LA ORGANIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	*Resumir al final de una línea de indagación y confirmar que la información fue entendida correctamente antes de pasar a nuevas preguntas o a otras fases *Progresar de una fase a otra (de la entrevista) utilizando señales	
FLUJO DE LA ENTREVISTA	*Estructurar la entrevista en una secuencia lógica *Gestionar el tiempo disponible de forma adecuada	

Una vez explicadas las fases de la entrevista clínica se explicarán los métodos utilizados para el aprendizaje de habilidades de comunicación durante su realización.

## 6. Modelos y metodología docente para el aprendizaje de habilidades de comunicación aplicada a la entrevista clínica de fisioterapia

*“Oigo y olvido, veo y recuerdo, hago y entiendo”*

*(Proverbio Chino)*

El **modelo** nos permite definir el marco en el que se desarrollarán los distintos métodos y según Richards y Rodgers (1998) consta de tres ejes: **el enfoque** (teoría sobre la que se fundamenta el método), **el diseño** (se definen los objetivos generales y específicos, las actividades a realizar, el rol de los profesores, de los alumnos y el de los materiales de apoyo para el alumno) y los **procedimientos o la metodología** (en este apartado se define: el programa, los objetivos, los contenidos, las técnicas y actividades utilizadas así como el papel desempeñado por los profesores, por los alumnos y por el modo en el que se utilizaran los materiales de apoyo propuestos).

## II. Marco teórico

---

### 6.1. Modelos para el aprendizaje de habilidades de comunicación

Según Gisbert (2013, 57) los nuevos escenarios relacionados con los procesos de enseñanza – aprendizaje en el marco universitario, deben tomar en consideración diferentes **retos educativos** que se relacionan con el *cambio del perfil del alumnado* (“aprendices digitales”) y con las *necesidades de adaptación de las instituciones y del profesorado*. Entre otros aspectos, menciona la necesidad de articular el proceso de aprendizaje alrededor de: “La sincronía y la asincronía, la formación en nuevas competencias y capacidades, la necesidad de alfabetizaciones diferentes y los cambios en los espacios educativos y en las estructuras organizativas”. Con el objeto de tener en cuenta las adaptaciones relacionadas con las necesidades actuales, y nuestro contexto, la propuesta formativa para trabajar las HC utilizará el modelo B - Learning.

#### 6.1.1. Modelo combinado o “Blended learning”

El modelo B-Learning ha sido definido como el modo de aprender que combina la enseñanza presencial con la tecnología no presencial o virtual (Coaten, 2003; Marsh et al., 2003). Dicho método ha tomado diferentes acepciones como por ejemplo: “Educación flexible” (Salinas, 2002), “Enseñanza semipresencial” (Bartolomé, 2001), “Modelo híbrido” (Marsh, 2003) o “Formación mixta” (Pascual, 2003).

En sus orígenes este modelo surgió en unos casos para paliar el déficit presupuestario asociado al coste del profesorado (docencia presencial) y reemplazarlos por el uso de la tecnología (Bartolomé, 2004a) y en otros, para que el profesorado resistente a la introducción de las NNTT en el aula, las incorporara progresivamente como métodos alternativos de aprendizaje (Pincas, 2003). Para Brennan (2004) el modelo B-learning puede contribuir a la resolución de problemas específicos mediante la combinación de diferentes medios de aprendizaje.

Si bien la introducción del modelo B-learning puede suponer un reto para aquellos docentes que se habían manejado principalmente con modelos de enseñanza tradicionales, se abre un amplio abanico de posibilidades si tenemos en cuenta **las distintas opciones**

**metodológicas** que pueden aplicarse a partir de este modelo. Los programas que contemplan el modelo B-learning pueden incluir las siguientes **metodologías** (Allan, 2007, 8):

- La combinación de métodos de aprendizaje presencial y/o relacionados con el uso de actividades e-learning.
- El uso de diferentes medios de comunicación (texto, audio, video, podcasts).
- El uso de estrategias alternativas de aprendizaje tales como: la elección de materiales de lectura, de distintos medios de comunicación, de actividades presenciales y de actividades on line.
- El uso de diferentes estrategias de evaluación, como por ejemplo: las tareas o pruebas escritas, las actividades realizadas en grupo o las pruebas tipo test.
- El uso de estrategias alternativas para contactar y trabajar con los profesores y que puedan incluir: las sesiones presenciales, sistemas de intercambio de información (e-mail, chats), discusiones de grupo online, etc.

Sharpe et al. (2006) realiza una revisión de la implementación de este modelo en diferentes universidades del Reino Unido e identifica diferentes aspectos que deben tenerse en cuenta en el caso de aplicarlo a la docencia (**ver Fig. 6**). Cada uno de los aspectos mencionados puede utilizarse de diferentes modos en función del contexto, de los objetivos del programa, de la elección de los métodos disponibles y de las habilidades para su manejo. Así, las actividades de aprendizaje podrán desarrollarse de forma sincrónica o asincrónica, el *lugar de aplicación* podrá situarse en el aula, en el campus o en el domicilio y en cuanto a las *tecnologías utilizadas*, pueden abarcar desde las tecnologías de primera generación, las redes sociales, la Web 2.0. o a las tecnologías más avanzadas. En cuanto a las *relaciones entre los participantes* durante el proceso de aprendizaje, podrán realizarse de forma individual, en grupo o en la comunidad. Bajo un punto de vista *pedagógico*, podrá escogerse entre un modelo centrado en el profesor, en el alumno, conductista o constructivista. Respecto al *tipo de aprendizaje*, podrá estar dirigido a los alumnos, a los profesionales o a alumnos o a profesionales que se desenvuelven en un ámbito multidisciplinar. Los objetivos de aprendizaje (*foco*) podrán ser definidos por el profesor, por una institución, o negociados y acordados por los participantes.

## II. Marco teórico

---

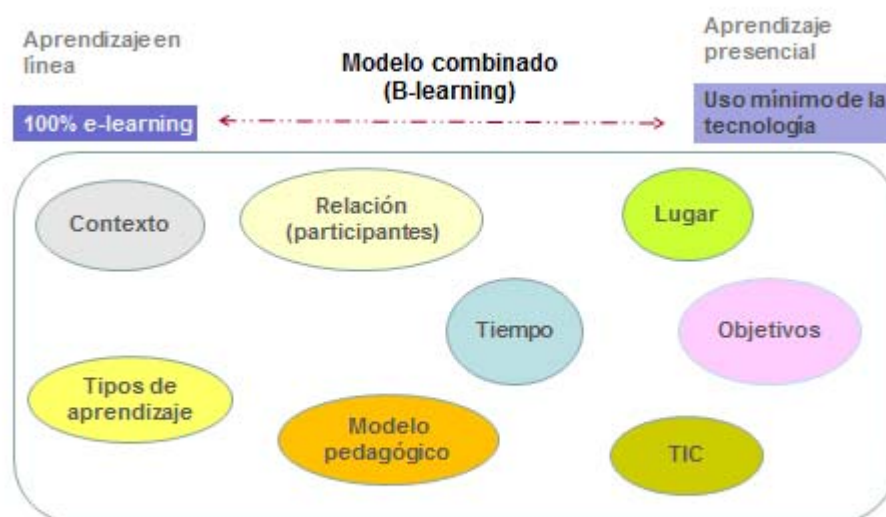


Fig. 6. The landscape of Blended Learning (Adaptado de Sharpe, R. et al., 2006).

Por otra parte las ventajas asociadas a su uso tienen que ver con la flexibilidad espacio-temporal, con la posibilidad de proporcionar a los alumnos diversas oportunidades de aprendizaje y con una mayor motivación e interés por parte de los alumnos (Garrison & Vaughan, 2008). Sin embargo no debemos menospreciar las posibles limitaciones asociadas por una parte, a la creencia de que el medio por sí mismo influirá en el aprendizaje y el rendimiento de los alumnos y de algún modo lo determinará (Cabero, 1998; Cabero 2000) y, por otra al efecto novedad del medio (Cabero, 2003), donde el estudiante centra su atención, el interés y el esfuerzo en el uso de los “nuevos medios” siendo los resultados obtenidos, no tanto la consecuencia del método de instrucción escogido sino de otras variables movilizadas por la persona debido a la novedad del método.

Se exponen en la **Tabla 15** las herramientas de comunicación virtual utilizadas en nuestra intervención.

TABLA. 15		HERRAMIENTAS DE COMUNICACIÓN VIRTUAL UTILIZADAS	
HERRAMIENTA	INTERACCIÓN	SINCRÓNICA (S) ASINCRÓNICA (A)	POSIBLES APLICACIONES
<b>E-mail</b>	1 a 1 o más	A	Intercambio de información  Construcción del conocimiento
<b>Moodle</b>	1 a 1 o más	A	Foro de comunicación bidireccional y multidireccional  Consulta de material de apoyo para el alumno
		S	Chat
			Cuestionario y Realización de e-actividades (casos problema, vídeo clips)
		A	Foros de discusión: Debate acerca de aspectos planteados por el profesor en el que se estimula la construcción del conocimiento

En nuestro caso el alumno participará en actividades realizadas de forma presencial (no virtuales) y de forma virtual (sincrónicas y asincrónicas). En cuanto a las actividades presenciales participará en: los seminarios (en grupos reducidos: debates de contenido, análisis de video clips, role-play), las entrevistas con los PSE (1 paciente – 1 alumno) y en las sesiones de retroacción realizadas con el PSE (1 paciente – 1 alumno) y con el profesor, tras el visionado del video de sus entrevistas, (1 grupo de alumnos – 1 profesor). En cuanto a las actividades virtuales, el alumno participará en actividades realizadas en los espacios de comunicación virtual sincrónicos (mismo tiempo, mismo lugar) y asincrónicos (en cualquier momento y en cualquier lugar).

Allan, (2007,72) propone, a la hora de planificar un modelo de aprendizaje B-learning tener en cuenta los aspectos que aparecen en la **Figura 7** y que en nuestra caso, adquieren una especial relevancia pues nuestra intervención, sigue una planificación similar a la propuesta por el mismo autor ya que se basa en el método de investigación-acción.



## II. Marco teórico

---

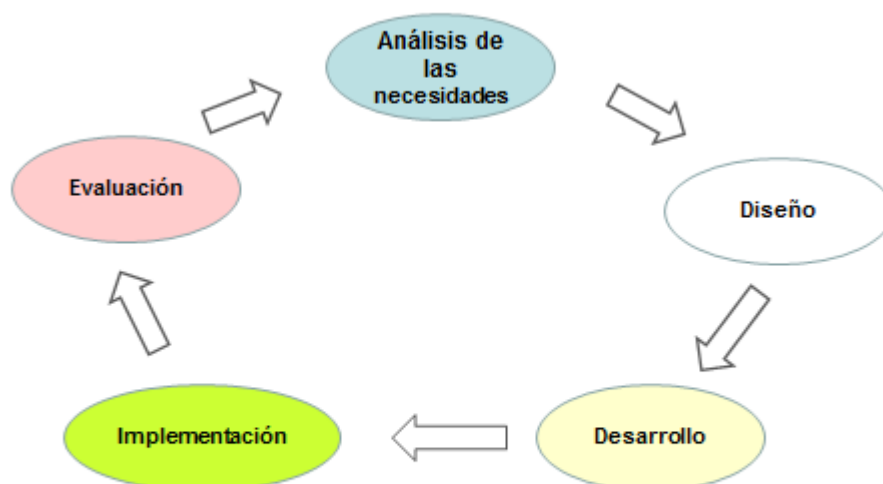


Fig. 7. Stages of the design and development process. Tomado de Allan, B. (2007)

La implementación de un programa de aprendizaje basado en el modelo B-learning implicará estar receptivo a los diferentes estilos de aprendizaje de los alumnos (Honey, 1992; Dunn y Dunn, 1999), si bien debemos tener en cuenta las opiniones de diferentes autores que difieren del modo de entender y de construir la enseñanza a partir de los estilos de aprendizaje. En este sentido, algunos autores consideran que los estilos de aprendizaje no pueden ceñirse a un concepto estanco ya que al existir diferentes estilos, puede haber una gran variabilidad y éstos, pueden interaccionar (Allan, 2007), otros opinan que este concepto se ha mitificado (Dembo & Howard, 2006; Riener & Willingham, 2010) y otros que se necesita investigar y desarrollar sistemas de aprendizaje, adaptados a cada situación, basados en los estilos de aprendizaje (Hwang et al, 2013).

### 6.2. Métodos de enseñanza-aprendizaje de habilidades de comunicación

Expondremos a continuación los métodos utilizados habitualmente para la enseñanza-aprendizaje de habilidades de comunicación. En este sentido dedicaremos nuestra atención, en primer lugar, a los métodos basados en las NNTT y en segundo lugar, a otros métodos que podrán apoyarse o no en el uso de las mismas.

### 6.2.1. Posibilidades de las TIC

Cabero y Gisbert (2005) describen las características de la formación basada en la red y sus diferencias respecto a la enseñanza tradicional presencial y a su vez Cabero y Roman (2006), describen las ventajas e inconvenientes de su utilización, además de las recomendaciones que podrían garantizar el éxito de las acciones formativas apoyadas en la red y que tienen que ver con las “*variables críticas de la formación en red*” (ver **Fig.8**) y las E-actividades que pueden llevarse a cabo en la red.

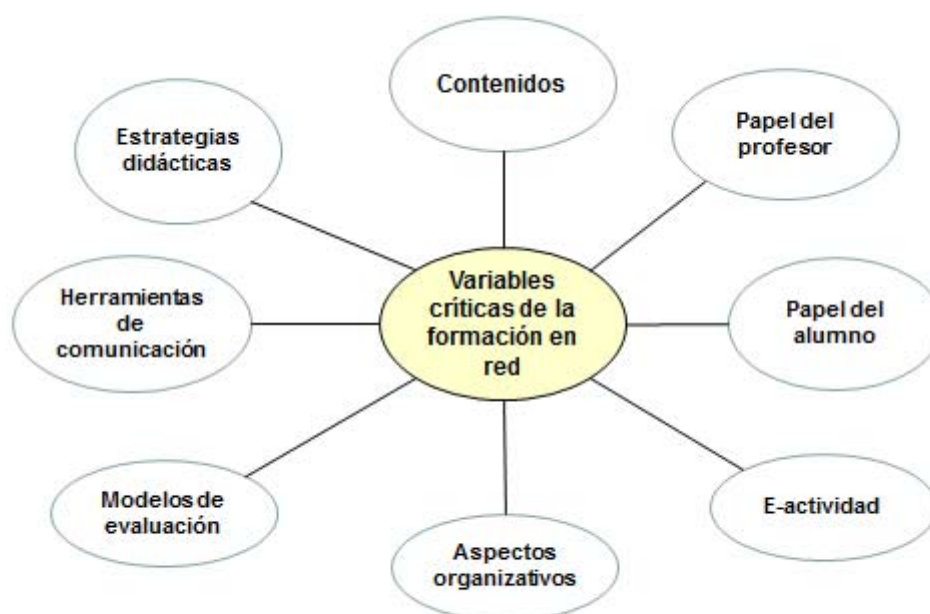


Fig. 8. Variables críticas de la formación en red (Tomado de Cabero y Román, 2006)

Las posibilidades de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) proporcionan las herramientas y los espacios para que aquellas personas o grupos con intereses comunes puedan interactuar e intercambiar información, comunicarse, compartir información y participar en un proyecto formativo y educativo (Gisbert et al. 1997-1998; Marqués, 2008). A continuación nos referiremos a los niveles de influencia de las TIC y a los métodos de E-A que utilicen las NNTT para la formación de los alumnos o de los profesionales en habilidades de comunicación.

## II. Marco teórico

---

### ▮ Niveles de influencia de las TIC

Valcke y De Wever, (2006), sugieren dos ámbitos o niveles de influencia, un “micro nivel” y un “meso nivel”. Esta clasificación puede ayudarnos a tener en cuenta sus posibilidades en la introducción de nuevas metodologías docentes dirigidas a favorecer los procesos de E-A de las HCI. Actúa a bajo un punto de vista conceptual. En este caso las TIC tendrían por objetivo reforzar los aspectos que resumimos en la **Tabla 16**.

#### ▶ MICRONIVEL

**TABLA 16**

#### NIVELES DE INFLUENCIA DE LAS TIC: MICRONIVEL

- Las dimensiones asociadas al proceso de *elaboración* de la información.
- La *presentación* de la información.
- La *organización* de la información.
- La *integración* de la información
- Los instrumentos de *valoración y de evaluación*
- Metodologías de aprendizaje basadas en la simulación mediada por el ordenador (“computer simulations”).
- Las diferentes dimensiones de la comunicación en el proceso de E-A
  - Comunicación con profesores y expertos
  - Comunicación entre estudiantes en el marco del aprendizaje colaborativo.

#### ▶ MESONIVEL

En este apartado se incluyen los aspectos que tienen que ver con:

- **La Flexibilidad.** Diferentes autores han puesto de relieve la importancia de la formación flexible y del papel que las TIC pueden jugar en los procesos de enseñanza-aprendizaje (Cabero, 2002; Salinas, 2003; Marqués, 2008).

- **Las TIC y el currículo.** En este caso se enfatiza la importancia del conocimiento y del manejo de las TIC por el conjunto de profesionales que se incluyen en el ámbito de las Ciencias de la salud. De hecho, la incorporación de las TIC implica diversos cambios que afectarán a los profesores, a los alumnos, a las metodologías utilizadas y a la implicación de las instituciones educativas, (Cabero, 2002, Salinas, 2004), sea cual sea el contexto de su aplicación. Se describen a continuación diferentes métodos que podrán aplicarse de forma aislada o de forma combinada en función de los objetivos de aprendizaje y de los medios disponibles.

## └ MÉTODOS

Nos referiremos en primer lugar a los **métodos de aprendizaje basados en las NNTT** y puesto que nuestro modelo de aprendizaje se acerca a la concepción de un modelo B-learning, describiremos el resto de actividades (presenciales) más adelante cuando expliquemos las metodologías utilizadas para realizar nuestra intervención.

### ❖ Las E-actividades

Cabero y Roman (2006, 30) y Cabero y Gisbert (2005,9) proponen múltiples posibilidades de aplicación de las E-actividades, y que en nuestro caso particular podrían tenerse en cuenta a la hora de diseñar metodologías docentes relacionadas con la educación en HCI, tales como: los debates, el aprendizaje cognitivo, el análisis y la reflexión de la información presentada, el análisis de vídeos, el estudio de casos, la resolución de problemas, el aprendizaje colaborativo, la participación en foros de discusión, la grabación de los aspectos clave para ser usados por otros, la lectura y la búsqueda adicional del método de proyectos de trabajo, las visitas a sitios web, el estudio de casos, los sistemas wikis, etc.

## II. Marco teórico

---

### ❖ Las TIC y la simulación

Bradley (2006), describe las posibilidades y las ventajas de la simulación aplicadas a la educación médica y a la de los alumnos o profesionales de las Ciencias de la Salud que enumeraremos a continuación.

### ✚ Sistemas basado en el aprendizaje mediado por el ordenador

Con relación a la formación en HCI, destacamos los siguientes:

**Los programas multimedia** permiten utilizar diferentes metodologías, similares a las que se han comentado, para el aprendizaje integrado de determinados contenidos ya bien sea en un marco de aprendizaje colaborativo (Abuseileek, 2012), utilizando la simulación (Realdon et al., 2006) o mediante sistemas de aprendizaje **interactivos** (Chiniara et al., 2013). En este caso el alumno puede modificar y manipular ciertas variables con la finalidad de construir elementos para el aprendizaje o para la evaluación (Hulsman et al., 2004).

### ✚ La simulación de pacientes y de escenarios

Permiten recrear un ambiente de simulación (hospital, ambulatorio, consulta privada, etc.) y diferentes situaciones (vividas por el paciente, asociadas a una determinada enfermedad) donde el alumno tiene que tomar decisiones con relación a los entornos de simulación diseñados previamente (Bradley, 2006). Según (Woolridge, 1995), la utilización de escenarios simulados dirigidos a la formación de los alumnos de las Ciencias de la Salud puede adoptar diferentes formatos, como por ejemplo: los programas informáticos interactivos, actividades con paciente virtuales estandarizados o la realización de casos en un entorno de trabajo colaborativo. Stevens et al. (2006) utilizan escenarios virtuales interactivos para enseñar y para evaluar, entre otros aspectos, las habilidades de comunicación de los alumnos de Medicina.

Se han descrito como ventajas, asociadas al uso de escenarios y de pacientes virtuales, el hecho de realizar el aprendizaje a través de un medio controlado y seguro, con la posibilidad de realizar tantas repeticiones como sea necesario y con la obtención de feedback por parte del instructor virtual; su menor coste económico y su capacidad para recrear múltiples escenarios de aprendizaje que son difíciles de reproducir en la vida real (niños, adultos, perfiles de vivencias de la enfermedad diferente, etc.). Por otra parte permite realizar un seguimiento registrado del aprendizaje del alumno y que éste vaya progresando según sus posibilidades” (Bradley, 2006). Entre los inconvenientes, asociados a su uso, destacaremos la dificultad para incorporar y para valorar aspectos de la comunicación más sutiles tales como el lenguaje no verbal, la empatía, la capacidad de negociación o la capacidad para dar malas noticias” (Stevens et al., 2006).

Nos centraremos a continuación en el análisis de dos medios, el video y el paciente simulado virtual, por estar más relacionados con este proyecto.

#### ❖ EL VÍDEO

Diferentes autores han puesto énfasis en el **uso del video en el marco de la educación superior con una finalidad didáctica** (Shepard, 2001; Shepard, 2003). En España, Salinas (1989, 1993, 1995), Cabero (1990, 1995), Cabero y Román (2006), Cabero y Alonso (2007a) y (Bartolomé (2002, 2003, 2004a, 2004b), han presentado una cantidad importante de publicaciones en las que se analizan sus posibilidades y se propone como un medio útil para **facilitar los procesos de enseñanza - aprendizaje**. Otros autores (Hulsman et al., 2006; Mazor et al, 2007; Zick, Granieri y Makoul, 2007; Karabilgin et al., 2012) han centrado su atención en la utilización del video **como instrumento de apoyo para desarrollar metodologías destinadas a favorecer el aprendizaje y la evaluación de la competencia clínica** tales como el PSE y la ECOE (Evaluación clínica objetiva y estructurada de la práctica clínica). Ladyshevsky y Gotjamanos (1997) utilizan el video y el PSE **para elaborar casos y trabajar las HCI**; Wiecha et al., (2003), proponen intervenciones educativas basadas en el **aprendizaje colaborativo** on line a través del “Streaming video”, en un formato asincrónico, como instrumento de enseñanza-aprendizaje dirigido a favorecer la adquisición de habilidades de comunicación.

## II. Marco teórico

---

Resumimos a continuación las **posibilidades del video**, entre las que se incluyen el apoyo a la educación de las habilidades de comunicación en el ámbito de la Fisioterapia.

### a) Fomentar la capacidad de observación

Permite identificar, y corregir, los aspectos más relevantes de la interacción terapeuta – paciente dentro del marco de la entrevista clínica. A partir de la **observación de la interacción entre el PSE y el alumno**, éste puede identificar y corregir comportamientos, actitudes, expresiones, aspectos relacionados con el lenguaje no verbal, etc. que son complejos de visualizar, en las prácticas clínicas (Caris-Verhallen et al., 2000; Kluge y Glick, 2006; Mazor et al., 2007).

### b) Crear diferentes escenarios de aprendizaje de las habilidades de comunicación

El video permite **crear y reproducir distintos escenarios sin la necesidad de interferir ni de molestar a los pacientes reales**. A partir de los escenarios creados se pueden diseñar actividades para los alumnos. Esta intervención permite que el alumno pueda “interaccionar” con diferentes perfiles de pacientes diagnosticados de diferentes problemas que serían imposibles de abordar en la práctica real (Kurtz, Silverman y Draper , 2005; Nilsen & Baerheim, 2005).

### c) Facilitar la integración entre la teoría y la práctica

El uso del video permitirá **consolidar los conocimientos (teórico-prácticos) previamente aprendidos e integrarlos**, en base a la metodología basada en el construccionismo, donde el aprendizaje es construido a través de las experiencias significativas (Papert, 1995). En el caso de la aplicación del video a las HCI, los escenarios de aprendizaje, y de evaluación formativa, virtuales favorecen dicha integración (Humphris y Kaney, 2000). A pesar de la amplia variedad de métodos, basados en el uso de las TIC, la importancia para la formación no se encuentra en la dimensión técnica, sino más bien en el control y en la significación de determinadas variables que jugarán un papel relevante en los procesos de enseñanza-aprendizaje (Salinas, 2006; Cabero, 2006; Cabero 2007a).

### 6.2.2. Métodos aplicados en nuestra investigación

Existe un amplio abanico de metodologías docentes utilizadas para facilitar los procesos de enseñanza -aprendizaje de las habilidades de comunicación. Expondremos a continuación los métodos de aprendizaje de las habilidades de comunicación documentados que han sido aplicados en los ámbitos de la educación médica, la educación en enfermería y en fisioterapia.

Diversos profesionales del ámbito de la salud (Fallowfield y Jenkins, 1999; Maguire y Pitceathly, 2002; Reynolds, 2005) han trabajado en la búsqueda de **métodos para facilitar el aprendizaje de HCI**. En este sentido, la mayoría de métodos de aprendizaje incorporan *componentes cognitivos, afectivos y conductuales*, y se centran en el sujeto que está aprendiendo con el objetivo general de promover una mayor autoconcienciación en el profesional de la salud<sup>7</sup>. Otros autores, han puesto de relieve la necesidad de *contextualizar los aprendizajes de Fisioterapia en la clínica*, para integrar los conceptos teóricos en la práctica clínica. Según Strohschein, Hagler y May (2002) **el aprendizaje basado en la experiencia es esencial para el estudiante de Fisioterapia**, pues requiere además de incorporar conocimientos, habilidades y actitudes, su aplicación en la práctica clínica.

Algunos autores sugieren que **el aprendizaje de habilidades de comunicación esté más basado en la experiencia** y esté menos centrado en el profesor, donde los alumnos pasen más tiempo practicando, observando, proporcionando y recibiendo feedback en un entorno en el que se facilite la construcción del conocimiento (Kurtz, Silverman y Draper, 1998). En algún momento de este proceso se fomentará el **aprendizaje colaborativo** donde, según Kurtz, Silverman y Draper (2005), cada miembro del grupo preste su apoyo y

---

<sup>7</sup> Según (Bateson & Ruesch, 1984), los métodos de enseñanza deben: destinarse a cubrir las deficiencias actuales en habilidades de comunicación, definir qué habilidades deben trabajarse para superar dichas deficiencias, permitir practicar las habilidades de comunicación bajo control y en condiciones seguras y proporcionar un feedback que incremente el significado de los aprendizajes relacionados con las habilidades de comunicación.



## II. Marco teórico

---

esté dispuesto a elaborar, a sugerir y a proporcionar alternativas dirigidas a la construcción del conocimiento basadas en el respeto y la sensibilidad hacia los miembros del grupo.

La metodología que utilizaremos para el aprendizaje de HC orientado a la realización de la ECF se basa en el **modelo B-learning**, es decir se combinarán actividades basadas en el método E-learning con otro tipo de métodos. Se buscará en todo momento la **participación activa del alumno y los procesos de aprendizaje se basarán en la observación, en el análisis y en la reflexión**. Con el objetivo de centrarnos en aquellos métodos que hemos considerado de utilidad para el proceso de enseñanza-aprendizaje de nuestra propuesta formativa, revisaremos los métodos siguientes: los *seminarios* (role play, análisis de vídeos y sesiones de Feedback), las *E-actividades* y el *paciente simulado estandarizado* (PSE).

### 6.2.2.1. Los seminarios

Los seminarios permiten trabajar con grupos de alumnos más reducidos y crear un clima en el que el alumno pase a jugar un papel más activo. En nuestro caso la metodología de trabajo seguida durante su impartición se apoyará en la utilización de diferentes técnicas que comentaremos a continuación.

#### a) Exposición de contenidos y resolución de preguntas y de problemas en el aula.

Durante la exposición de los contenidos se busca **“construir” el conocimiento mediante las aportaciones de los alumnos a partir de las preguntas y de los problemas planteados por el profesor y del debate** que se pudiera generar a partir de la dinámica creada por el grupo y modulada por el profesor. De este modo, durante las sesiones los alumnos deben responder a cuestiones, que primero se presentan como preguntas abiertas y que progresivamente se van acotando, tales como:

- ¿Qué esperas del médico cuando te atiende en la consulta médica?

- Piensa en las herramientas o alternativas que tienes para “conectar” con tus amigos. ¿De éstas, cuáles podrían ayudar a construir la relación con los pacientes y cuales consideras que son más importantes y por qué?
- ¿Cómo esperas que los pacientes “te vean” a ti?
- Intenta definir cada uno de estos términos y de qué modo pueden influir en la relación terapeuta paciente: escucha activa, empatía, simpatía, asertividad, habilidades de refuerzo, redireccionar la conversación, facilitadores, comunicación verbal y no verbal, ruidos, disfunción psicoemocional, conducta reactiva, sobreactuación, modelo asistencial, manejo del estrés, toma de decisiones, manejo de emociones y sentimientos, ... etc.
- ¿Qué relación existe entre el manejo de las habilidades de comunicación y la obtención del diagnóstico de Fisioterapia?
- Enumera la secuencia de las fases de la entrevista clínica, los contenidos que incluirías en cada fase y las habilidades de comunicación más relevantes.
- ¿Qué es lo que más te preocupa a la hora de entrevistar a un paciente (primer encuentro)?
- Resume qué aspectos son para ti los más importantes que se han tratado en el seminario y por qué.

#### **b) Análisis de situaciones y de casos (cine y video)**

Existen diversos antecedentes y fuentes bibliográficas donde se utiliza **el cine con finalidades didácticas en el ámbito de las Ciencias de la Salud**. El visionado de películas o de secuencias, previamente seleccionadas, permite consolidar los conocimientos adquiridos, construirlos (a partir de la definición de un problema) y reflexionar acerca de las habilidades y de las actitudes observadas en un marco colaborativo (Lumlertgul et al., 2009; Klemenc-Ketis y Kersnik, 2011). En este sentido se considera que el cine, junto a metodologías que promuevan la participación y la reflexión, puede contribuir a incrementar la motivación de los estudiantes para aprender (Farré, Bosch, Roset y

## II. Marco teórico

---

Baños, 2004). En la **Tabla 17** destacamos a modo de ejemplo, las películas utilizadas en la asignatura optativa “Prácticas de Medicina Familiar y comunitaria” impartida en la Universidad de Sevilla.

TABLA 17		EL VIDEO Y EL CINE COMO INSTRUMENTOS DE APOYO PARA TRABAJAR LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	
FUENTE	CONTENIDOS	URL	
U. de Sevilla	Reflexiones sobre las películas:	<a href="http://habilidadescomunicacionmedicina.blogspot.com">http://habilidadescomunicacionmedicina.blogspot.com</a>	
(Prácticas de la asignatura "Medicina Familiar y Comunitaria")	El Doctor (R. Haines, 1991)	<a href="http://m.es/">m.es/</a>	
	Las confesiones del Dr. Sachs (M. Deville, 1997).		
	Mi vida sin mí (I. Coixet, 2003).		
	Las alas de la vida (A. Canet, 2006)		

Icart Isern y Donaghy (2012), exponen en su obra “Film in Health Sciences. Learning through moving images” un *método de aprendizaje para trabajar contenidos y procesos de reflexión*, con relación a distintos temas relacionados con las Ciencias de la Salud tales como: la identificación de las fases de determinadas enfermedades, los principios éticos, el consentimiento informado, la gestión de las emociones, etc. Baker (2012) realiza una revisión bibliográfica que recoge las diferentes experiencias docentes relacionadas con el uso del cine para trabajar diferentes tópicos relacionados con las Ciencias de la Salud y con otras áreas. En base a los antecedentes comentados y a nuestra experiencia, uno de los métodos de aprendizaje que hemos incorporado tiene que ver con el visionado de secuencias de películas seleccionadas para trabajar las habilidades de comunicación y la entrevista clínica.

Además de las películas pueden utilizarse **las secuencias de las videograbaciones** de entrevistas realizadas por actores (tomadas de la filmoteca de youtube o de DVD's de la biblioteca de la universidad o de páginas web) o por los alumnos (previo consentimiento informado), con pacientes simulados o con pacientes reales, donde el alumno pueda trabajar diferentes aspectos: por una parte la identificación de los aspectos de la comunicación ya comentados durante los seminarios, la capacidad de observación (el alumno solo debe definir aquello que ve sin introducir juicios de valor), la visión

subjetiva (puede introducir juicios de valor, aunque debe justificarlos) y por otra, debe definir qué modificaría, de qué modo lo modificaría y por qué. Este método de trabajo será similar al que en nuestro caso, utilizará el alumno para analizar (durante las E-actividades y durante el visionado del video de su entrevista y el de sus compañeros) las entrevistas y generar aprendizaje.

### c) Realización de entrevistas clínicas (Role play)

Mediante el método **Role Play**, pueden entrenarse las habilidades de comunicación, en base a la reproducción de determinadas actitudes o situaciones por parte de los alumnos o de pacientes simulados, donde a partir de una representación guiada, cercana a la práctica real, puede obtenerse un aprendizaje (Joyner y Young, 2006; Bokken et al., 2010; Liénard et al., 2010). La realización del método Role play (realizado por los alumnos o por compañeros de éstos) es una modelo más económico que el método basado en el PSE, si bien cuando se compara el rendimiento obtenido entre los dos instrumentos, en cuanto a aprendizajes obtenidos, la balanza de decanta, aunque débilmente, hacia la metodología basada en el PSE (Lane & Rollnick, 2007). Uno de los inconvenientes del método role-play, realizado por los mismos alumnos, o por alumnos entrenados para llevar a cabo esta metodología se basa en la dificultad para recrear determinados escenarios o para obtener escenarios creíbles ( Kurtz, Silverman y Draper, 2005; Koponen, Pyörälä, y Isotalus, 2012). A pesar de esta reflexión, algunos autores recomiendan que los alumnos participen en este tipo de metodologías para acercarse a los sentimientos o al estado de los pacientes (Gordon, 2003; Middleton, 2005).

Para (McManus, Vincent, Thom y Kidd, 1993) el método Role Play tiene como **ventaja** el hecho de que todos los alumnos están implicados en el proceso: los estudiantes en grupos de tres juegan diferentes roles, uno hace de terapeuta, otro de paciente (a partir de un caso clínico) y un tercero de observador y todos participarán de forma rotatoria, realizando los roles descritos. El profesor, actúa moderando las intervenciones y reconduciéndolas si lo considera oportuno.

## II. Marco teórico

---

### d) Visualización de los vídeos de las entrevistas y obtención de feedback

Mediante el **visionado de vídeos** (de las entrevistas realizadas por los alumnos a pacientes simulados o a pacientes reales) se puede generar aprendizaje a partir de la *observación, de la reflexión y de la provisión de feedback* (Kurtz, Silverman y Draper., 2005). La estrategia metodológica utilizada para facilitar el aprendizaje de las HCI se basa en la observación a través de la identificación de determinadas conductas, a lo largo de la interacción, o en determinados momentos de ésta (Ruiz Moral, 2009). En este sentido, el video puede jugar un papel relevante como elemento **facilitador de la capacidad de observación**, y el paciente o un observador externo experto son los proveedores de **feedback** (Liu, 1997; Carvalho et al., 2011; Henriksen & Ringsted, 2011).

El **feedback** es un instrumento útil y relevante para la enseñanza, para el aprendizaje y para la evaluación en diferentes contextos que puede contribuir al aprendizaje activo (Gordon, 2003). Suele ocurrir como resultado de un proceso de aprendizaje orientado hacia la acción y puede aplicarse durante el evento o después de éste (Race, 2001). El mismo autor define, entre otros aspectos, las cualidades y atributos relacionados con el mejor modo de proporcionar feedback (ver **Tabla 18**) Más recientemente Motola et al. (2013) definen que escenarios de simulación muestra una mayor evidencia para el aprendizaje de distintas habilidades en el ámbito de las Ciencias de la Salud y cómo debe gestionarse el feedback para generar aprendizaje en los alumnos.

TABLA 18		CUALIDADES Y ATRIBUTOS DEL FEEDBACK
CUALIDADES		ATRIBUTOS
<b>Puntual</b>		Cuanto más rápido se produzca mayor será su efecto, tanto si se produce en escenarios presenciales como virtuales.
<b>Personal</b>		Necesita llegar a cada estudiante atendiendo a sus peculiaridades.
<b>Empoderamiento</b>		Debe tenerse en cuenta la capacidad para generar confianza en el alumno respecto a sus potencialidades
<b>Abrir puertas y no cerrarlas</b>		Debe prestarse atención a las palabras utilizadas para que el alumno, a pesar de las dificultades, siga confiando en sí mismo y en quienes facilitan su aprendizaje
<b>Manejable</b>		Debe tenerse en cuenta la extensión de la retroacción, el tamaño del grupo, la idoneidad de utilizar este método en diferentes circunstancias, etc.

Además de los atributos mencionados, Quilligan (2007) hace referencia a las **dificultades asociadas** al hecho proporcionar una retroacción eficaz, siendo las más importantes la dificultad para: adaptarla a las necesidades, a la cantidad y al tipo de información que necesita cada alumno, a la elección del momento y a la dificultad para formar a los pacientes simulados respecto a cómo proporcionar feedback. El mismo autor propone otras **recomendaciones**, que pueden añadirse a las de Race (2001), tales como: establecer un clima de relación apropiado, proporcionar feedback de acuerdo a las necesidades del alumno (y no solamente a aquello que el profesor considere más relevante), prestar atención a los pensamientos y a los sentimientos del alumno, facilitar la reflexión a partir de las conductas observadas, no juzgar, ofrecer al alumno (o al grupo) sugerencias para mejorar y dar la oportunidad para que puedan llevarse a cabo nuevas oportunidades de mejora, debe estar basado en el equilibrio y en la construcción del conocimiento, debe estar solicitado y no impuesto.

El feedback puede ser proporcionado *por el profesor, por los estudiantes o por los pacientes (simulados o reales)*, cuando éstos forman parte activa del proceso de enseñanza en determinados programas de formación médica o de las Ciencias de la salud. Henriksen y Ringsted (2011) recogen en su investigación las percepciones de los alumnos de Fisioterapia y de Terapia ocupacional respecto al modo de aprender cuando el feedback procede del profesorado o de los pacientes en un entorno clínico. Para los autores, **el aprendizaje proporcionado por los pacientes instructores** (aunque tengan una dilatada experiencia) puede jugar un papel complementario al de las intervenciones de los profesores si bien no deben substituir el papel de éstos.

#### 6.2.2.2. E-actividades: resolución de casos y análisis de vídeos

Son múltiples las posibilidades que nos ofrece el uso de **E-actividades** para trabajar las habilidades de comunicación. Como ya se comentó, su elección deberá guardar relación con el modelo de aprendizaje utilizado y a partir de su concreción, la realización de las mismas tendrá unas finalidades u otras en función de los objetivos planteados por el docente en el programa formativo. Si tenemos en cuenta que nuestra intervención se basa

## II. Marco teórico

---

en el modelo B-learning, podremos apoyarnos en el uso de E-actividades para facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje de habilidades de comunicación.

Podrán plantearse por tanto, actividades realizadas de forma individual o en grupo o dirigidas a favorecer el aprendizaje colaborativo, pero en un entorno virtual que nos permita aprovechar sus ventajas. En nuestro caso se realizarán tres tipos de actividades: la *resolución de preguntas conceptuales* relacionados con los contenidos de cada una de las fases de la entrevista clínica y con las habilidades de comunicación necesarias, la *resolución de casos problema* relacionados con el análisis de situaciones reales adaptadas a los conocimientos de los alumnos, y el *análisis de videos de entrevistas* para identificar los aspectos realizados correctamente, incorrectamente y las propuestas o sugerencias de mejora. A su vez el espacio del chat y del fórum será utilizado para la resolución de dudas, para la consulta de materiales y para la discusión. Por otra parte el seguimiento de las actividades realizadas permitirá la evaluación de los alumnos y la evaluación documentada, de una parte, del proceso seguido.

Cabero (2000) enumera los **principios** que deben tenerse en cuenta para poner en funcionamiento las actividades de tipo colaborativo en un marco de aprendizaje virtual. Todas estas recomendaciones pueden actuar como guía para desarrollar distintas E-actividades, donde el profesor jugará el papel de moderador y de dinamizador.

DeClute y Ladyshefsky (1993) evaluaron la competencia clínica de los alumnos de Fisioterapia de la Universidad de Toronto, comparando los resultados entre los alumnos que participaron en un entorno de aprendizaje colaborativo y en un entorno normal. Las conclusiones del estudio sugieren que el grupo de alumnos que participaron en el modelo de **aprendizaje colaborativo** obtuvieron *mejores puntuaciones* que los que participaron en el método normal en todos los aspectos que valoraba el instrumento “Evaluation Clinical Competence” (ECC): evaluación del paciente, planificación e implementación del programa de tratamiento, habilidades de comunicación, conducta profesional y documentación. Ballantine y McCourt (2009) compararon las percepciones de los alumnos que aprendieron

habilidades de comunicación mediante el método tradicional y mediante el aprendizaje colaborativo. Para los autores existe la evidencia de que el modelo de aprendizaje colaborativo es más efectivo para aprender habilidades de comunicación que el método tradicional y permite una mayor aproximación entre la formación académica y el entrenamiento necesario para ser utilizado en el ámbito profesional. Rindfleisch et al. (2009) obtuvieron resultados similares cuando realizaron un estudio para comparar ambos métodos aplicado a los alumnos de Fisioterapia y de Terapia ocupacional de la Clínica Mayo. Van Dalen (2013) **recomienda este modelo para aprender habilidades de comunicación**. Según su punto de vista los contenidos (teórico-prácticos) deben integrarse progresivamente en el currículo y los contextos de aprendizaje también deben ser distintos. La intención es hacer una progresión dese situaciones simuladas a situaciones reales en un marco de construcción del aprendizaje.

### 6.2.2.3. El paciente simulado estandarizado

El **paciente estandarizado** se define como *aquella persona, paciente real o no, entrenada para representar y repetir una amplia variedad de situaciones clínicas, o su propio proceso, de forma estandarizada con objetivos evaluativos o docentes*, hasta el punto que su simulación es difícil de detectar por un profesional (Pedregal et al., 2004; Becker et al., 2006) o por un alumno (Ladyshevsky et al., 2000). La incorporación del paciente simulado estandarizado (PSE) a las metodologías que hacen posible el aprendizaje, entre otros aspectos, de habilidades de comunicación interpersonal, puede ayudar a proporcionar un rango de señales y de respuestas durante la comunicación y una oportunidad para que los estudiantes o el personal sanitario practique conductas de comunicación sin perturbar a los pacientes (Lurie et al., 2008). El marco de actuación del PSE se define y se entrena previamente, y tanto el paciente como un observador externo pueden evaluar al alumno.

Los antecedentes en los que se basa esta metodología tienen su origen en **Howard Barrows**, médico que intuyó la posibilidad de integrar al paciente estandarizado en el proceso de educación médica en 1963, concretamente en el New York Neurological



## II. Marco teórico

---

Institute. Para ello utilizó a un actor al que instruyó para que simulara una enfermedad neurológica (una paraplejia), con su historia y con sus antecedentes médicos, además de los signos y síntomas (Barrows y Bennett, 1972). A su vez, desarrolló un sistema para que el paciente evaluara al alumno mediante un **listado de actividades o “checklist”**, método similar al que se utiliza en la actualidad. Más adelante introdujo el concepto y la práctica del razonamiento clínico (Barrows & Feltovich, 1987) que integró al manejo del paciente simulado. Exponemos a continuación algunas experiencias:

- Diferentes autores han utilizado métodos de aprendizaje relacionados con el uso del PSE para **enseñar y evaluar de un modo válido y fiable** (Barrows, 1993; Stroud et al., 1999; O'Connor et al., 1999; Baumann y Rideout, 2001; Wind et al., 2004; Hauer et al., 2005; Ryan et al., 2010). Esta metodología permite desarrollar las habilidades clínicas del alumno en un escenario puntual y **puede combinarse con el uso del vídeo** (Fertleman, Gibbs y Eisen, 2005), pudiendo realizarse una evaluación formativa o sumativa.
- En el campo de la Fisioterapia podemos encontrar diversas **experiencias documentadas en las que el PSE ha formado parte de la metodología utilizada para trabajar las HCI** (Hayward, Blackmer y Markowsky, 2006), de la Universidad de Boston, proponen un modelo pedagógico dirigido a fomentar aspectos competenciales relacionados con las HCI de los alumnos de Fisioterapia y de los fisioterapeutas titulados. Dicho modelo combina la formación básica integrada en una asignatura, el trabajo cooperativo entre los diferentes integrantes del proceso (virtual), la capacidad de observación (con el apoyo del video) y la evaluación realizada a distintos niveles (autoevaluación, evaluación del experto, la evaluación entre los alumnos y la evaluación proporcionada por el PSE). Hale, Lewis, Eckert y Wilson (2006) proponen un método, basado en el uso del PSE, en un aula multidisciplinar para mejorar las habilidades de comunicación de los alumnos de Fisioterapia con relación a los pacientes diabéticos. Para Slavin (2004), la inclusión del PSE, como un instrumento de enseñanza-aprendizaje para los alumnos de Fisioterapia, puede facilitar la integración y la adquisición de contenidos y de habilidades, basados en la evidencia, en un entorno similar a la práctica clínica.

**Resumiendo** las *posibilidades* de la metodología relacionada con el uso del PSE, podemos afirmar que dicho instrumento permite formar y evaluar a los alumnos en habilidades de

comunicación aplicadas a la realización de la entrevista clínica. En cuanto a los *inconvenientes* relacionados con su utilización destacaremos los siguientes: la complejidad en la preparación de los escenarios, la dedicación necesaria para realizar las videograbaciones y digitalizarlas y el elevado coste del paciente simulado (PS) (Becker et al., 2006), en este sentido (Hauer et al., 2005) proponen crear un consorcio interuniversitario para abaratar los costes de la aplicación de esta metodología.

En nuestro caso se utilizará al paciente simulado como un instrumento de apoyo para el aprendizaje de habilidades de comunicación aplicadas a la ECF. En unos momentos jugará el papel de paciente, en otros de evaluador (proporcionando una evaluación formativa) y en otros, proporcionará retroacción al alumno.

#### 6.2.2.4. Otros métodos

**Foros de discusión y seminarios.** Se basa en la exposición por parte del profesor de contenidos teóricos y en la elaboración, por parte de los alumnos, de materiales relacionados con las habilidades de comunicación. El profesor puede apoyarse en diferentes métodos y técnicas, tales como la realización de foros de discusión, que podrán ser presenciales o virtuales (Chen & Looi, 2007), y en la resolución de casos (Aspegren, 1999). La evaluación se lleva a cabo mediante preguntas cortas, la entrega de informes, la realización de pruebas de elección múltiple, etc. o mediante la realización de distintos métodos integrados (Kurtz, Silverman y Draper, 2005).

**Subject Based Learning (SBL) o aprendizaje basado en los contenidos.** En este caso el profesor enseña unos conocimientos que deben ser asimilados por el alumno y que se ponen en práctica mediante ejercicios o casos, apoyados en simulaciones, en videos, etc. Para Borrell, (2004a) éste método pone más énfasis en el conocimiento, aunque según el tipo de alumnos o en determinadas partes del proceso de aprendizaje puede ser un método útil y complementarse con el método ABP o con métodos virtuales (Donnelly, 2006).

**Aprendizaje basado en problemas (ABP).** A partir de un problema, relacionado con un caso clínico, se identifican los conocimientos que necesitamos para resolverlo, se elaboran y se intentan aplicar a la resolución del problema, (Fowell et al, 2000; Ustün, 2006; Gude et al., 2007; Anvik et al., 2007) en nuestro caso relacionado con las HCI. Este método, según Borrell (2004a), se acerca más a la realidad, y la fijación de los conocimientos es más importante debido, entre otras causas, a que se

## II. Marco teórico

---

movilizan aspectos emocionales del alumno (Le Doux, 1999; Damasio, 2001). En el caso de la Fisioterapia este método puede ser muy enriquecedor, pues se presta a crear una gran variedad de situaciones en función del nivel de aprendizaje del alumno. Liu (1997) y Reynolds (2003) y utilizan este método para formar a los alumnos de fisioterapia y de terapia ocupacional en habilidades de comunicación interpersonal.

**Aprendizaje cooperativo en equipo.** En este caso los alumnos de Fisioterapia, trabajan de forma cooperativa con otros alumnos de áreas diferentes (Enfermería, Terapia Ocupacional, Medicina, Nutricionistas, etc.) para identificar problemas y para plantear posibles soluciones relacionadas con las HCI (Kurtz, Silverman y Draper, 2005; Cavanaugh & Konrad, 2012).

**Método basado en la práctica clínica.** En este caso el alumno realiza una entrevista a un paciente, junto al tutor de prácticas clínicas (o solo) y posteriormente recibe un Feedback, por parte del profesor de su intervención. Dicha entrevista puede ser grabada, con el consentimiento del paciente (Kurtz, Silverman y Draper, 2005).

**Aprendizaje independiente.** A partir de un espacio virtual de aprendizaje colaborativo, apoyado en una web, el alumno resuelve situaciones y participa en la solución de casos o problemas (Realdon et al., 2006).

### 6.3. Métodos de evaluación de las habilidades de comunicación

Si consideramos que las habilidades de comunicación se evalúan en el marco de las competencias profesionales que debe adquirir el estudiante, necesitamos plantearnos cómo evaluar el aprendizaje y que aspectos debemos tener en cuenta antes de diseñar el método de evaluación. Según Norcini et al., (2011) **la evaluación** (en el ámbito de la medicina y de las Ciencias de la Salud) **contribuye a estimular el aprendizaje, a proporcionar información acerca de la eficacia de los programas, de los profesores y de las instituciones y de algún modo, a proteger a los pacientes.**

Brailowski (2001) recomienda reflexionar acerca de las cuestiones que los docentes debemos hacernos antes o durante la implementación de un programa educativo. Entre las cuestiones planteadas destaca las siguientes: *“¿Por qué evaluar?, ¿Qué evaluar?, ¿Quién evalúa?, ¿Cómo se evalúa?, ¿Cuándo se evalúa?, ¿Para quién se evalúa?”*. La respuesta a

cada una de estas cuestiones puede ayudarnos a verificar si existe una correlación adecuada entre las competencias trabajadas, los contenidos de los programas, la metodología docente y los instrumentos utilizados para la evaluación. El mismo autor hace referencia a otras variables que deben tenerse en cuenta al escoger los diferentes instrumentos de evaluación, a las que también hace mención Ruiz Moral (2009), y que aportan información acerca de su grado de utilidad, tales como: la *validez* (el proceso de evaluación evalúa aquello que dice evaluar), la *fiabilidad* (la medición es consistente, reproducible y justa; es decir el instrumento produce el mismo resultado en el caso de repetirse la evaluación), el *impacto educativo* (teniendo en cuenta que el aprendizaje está influido por el tipo de evaluación, de qué modo influyen los instrumentos de medida sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje), la *aceptabilidad* (grado de apoyo o de consenso entre las partes implicadas en el proceso de evaluación) y *los costes de implementación o la factibilidad* (hasta qué punto el proceso de evaluación escogido es realizable bajo un punto de vista organizativo o económico). Más adelante Norcini et al., (2011) añaden como criterios para una buena evaluación (Congreso de Ottawa, 2010), la *consistencia o la reproducibilidad* (los resultados de la evaluación deben ser similares si se repiten en circunstancias similares), la *equivalencia* (la interpretación de la evaluación debe ser equivalente independientemente de quien aplique la prueba), el *efecto educacional* (concepto similar al impacto educativo) y el *efecto catalítico* (es decir, si la evaluación realizada es capaz de proporcionar, además de los resultados, la retroalimentación para crear y obtener mejoras en sus diferentes campos de actuación).

Según Kane (1992) la competencia tiene que ver con "... el grado de conocimientos, de habilidades y de buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se puedan confrontar en el ejercicio de la práctica profesional". Según Epstein y Hundert (2002) la competencia profesional se corresponde con el uso habitual de conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y de la reflexión en la práctica diaria que repercutirá en un beneficio para el individuo y para la comunidad. Evaluar la competencia clínica supone "observar y medir la actuación clínica de un profesional con el fin de juzgar y tomar decisiones" (Pueyo, 2006).

## II. Marco teórico

Miller, (1990) propone un **modelo para evaluar las competencias** de los estudiantes de medicina y de los médicos, aplicable a su vez al ámbito de las Ciencias de la Salud. Para representar dicho modelo utiliza una pirámide con distintos niveles de valoración de la competencia: saber, saber cómo, mostrar, hacer (**Figura 9**) que a su vez ayudará a definir la metodología docente utilizada y los métodos de evaluación.



Fig. 9. Niveles y métodos de valoración de la competencia clínica en habilidades de comunicación

Describimos a continuación los distintos niveles de valoración de la competencia médica y de otras profesiones del ámbito de la salud, propuestos por (Miller, 1990), donde se describen a modo de ejemplo, algunos métodos de aprendizaje para cada uno de los niveles descritos. Existen diferentes autores (Miller, 1990; Wass, Van Der Vleuten, Shatzer, y Jones, 2001; Kurtz, Silverman y Draper, 2005) del ámbito de la medicina y de las Ciencias de la Salud, que consideran que existe una estrecha **relación entre los métodos de evaluación, el método de aprendizaje y las posibilidades de generar aprendizaje, nombrando a ésta relación con el término “Assessment drives learning”**.

- El nivel **“saber”** mide principalmente la memorización de los hechos y cuánto se sabe. Es complicado predecir, en este nivel de evaluación, cómo actuará el profesional en la práctica clínica (Brailowski, 2001; Norcini, 2003; Martín Zurro, 2006; Kurtz, Silverman y Draper,

2005). Las metodologías que habitualmente se utilizan para evaluar este nivel de la competencia son: las *preguntas de elección múltiple (PEM)*, las *preguntas con dos opciones de respuesta* (verdadero o falso), el *examen escrito* y el *examen oral* (Wass et al., 2001; Epstein & Hundert, 2002; Epstein, 2007; Ruiz Moral, 2009).

- El nivel **“saber cómo”**, permite partir de una situación clínica simple pero el entorno de aplicación es todavía teórico (Brailowski, 2001; Kurtz, Silverman y Draper et al., 2005; Martín Zurro, 2006,). Los instrumentos de evaluación más utilizados tienen que ver con la realización de preguntas *contextualizadas*, y que podrán adoptar el formato de preguntas abiertas, scripts, viñetas, así como las evaluaciones realizadas a partir de simulaciones realizadas por el ordenador, etc. (Wass et al., 2001; Epstein & Hundert, 2002; Epstein, 2007; Ruiz Moral, 2009).
- El nivel **“mostrar”**, implica describir cómo y mostrar cómo a partir de situaciones que imitan lo que sucede en la vida real (Brailowski, 2001; Kurtz, Silverman et al, 2005; Martín Zurro, 2006) e incluye la utilización de maniqués, pacientes simulados (actores), simulaciones basadas en las TIC, el examen clínico objetivo estructurado (ECO) (Goroll et al., 2004; Epstein, 2007). En el caso de las ECO los alumnos rotan por una serie de estaciones, en las que éstos deberán demostrar diferentes habilidades clínicas aplicadas a diferentes contextos. Se han destacado como puntos fuertes de éstos métodos: la estandarización, la fiabilidad, la equidad, la adaptabilidad, su capacidad para integrar contenidos (descontextualizados), su objetividad, la facilidad para evaluar la competencia clínica y su influencia sobre la autorreflexión (Ruiz Moral, 2009). Como inconvenientes destacan los relacionados con el coste elevado y con la complejidad de su diseño si su aplicación se lleva a cabo a gran escala (Wass et al., 2001; Epstein & Hundert, 2002; Epstein, 2007).
- El nivel de la competencia **“hacer”** supone, puesto que estamos en el nivel más alto de la pirámide de Miller, la interacción del alumno (o del profesional que requiere acreditarse) con una situación real (Brailowski, 2001; Kurtz; Silverman y Draper, 2005; Martín Zurro, 2006). Los métodos de enseñanza-aprendizaje utilizados habitualmente en este nivel tienen que ver con la realización de prácticas clínicas aunque con relación a la evaluación (ya sea ésta formativa o sumativa) pueden utilizarse, entre otros, los siguientes métodos: el paciente simulado anónimo (aparece en una consulta junto a otros pacientes no simulados sin que el terapeuta sepa quién es), la observación estructurada de la práctica clínica

## II. Marco teórico

---

(OEPC) o método mini – CEX y el portafolio (Goroll et al., 2004; Schuwirth y van der Vleuten, 2005; Epstein, 2007), además del “feedback multifuente” o la “evaluación 360º”, la discusión basada en casos o la observación directa de habilidades (Ruiz Moral, 2009). Son puntos fuertes de estas metodologías su potencial de feedback formativo, la promoción de la autorreflexión, sus posibilidades de aplicación a gran escala, etc. Como puntos débiles destacamos respecto a la evaluación: su aleatoriedad, la subjetividad, la baja fiabilidad, el consumo de tiempo del profesional, las limitaciones éticas, la complejidad de la puntuación y de su diseño; (Kraan et al, 1995; Wass et al., 2001).

Antes de definir los métodos de evaluación utilizados en nuestra intervención, definiremos los **posibles criterios de evaluación** al realizar una acción formativa para trabajar, como en nuestro caso, las habilidades de comunicación. Para ello tomaremos como referencia el punto de vista de diferentes autores tales como: Brailovsky, 2001; Wass et al. (2001), Gordon (2003), Kurtz, Silverman y Draper (2005), Ruiz Moral (2009) y Norcini et al. (2011).

- **Evaluación formativa:** “Se caracteriza por su capacidad para guiar el proceso de aprendizaje, aportar seguridad y confianza al aprendiz, promover la reflexión y moldear los valores requeridos” (Ruiz Moral, 2009). Es un tipo de evaluación que no tiene un peso determinante en la evaluación final. A menudo se produce de forma informal y está destinada a estimular el aprendizaje. En realidad busca un efecto “catalítico”. Su aplicación es adecuada cuando está incluida en el proceso instruccional y la retroalimentación y el modelaje forman parte del proceso de aprendizaje, se produce de forma regular y de forma puntual (en el momento). La importancia de determinados criterios tales como la fiabilidad, la reproducibilidad y la validez es menor. Sin embargo el grado de importancia de la aceptabilidad, de la factibilidad y del impacto educativo son mayores.
- **Evaluación sumativa:** En este caso el peso de la evaluación es superior y por tanto puede ser determinante para acreditar, de forma oficial, la adquisición de un determinado nivel de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) al final de un periodo de aprendizaje (Brailovsky, 2001; Kurtz, Silverman y Draper, 2005; Ruiz Moral, 2009). Requiere ser aplicada con criterios de coherencia, las pruebas realizadas deben poseer la calidad suficiente, los contenidos evaluados deben ser significativos y el proceso de aplicación debe ser estandarizado y seguro. Por tanto, los criterios de

validez, de fiabilidad y de aceptabilidad serán muy relevantes, aunque no lo será tanto el grado el impacto educativo. Si bien el efecto catalítico es deseable, es menos importante que en la evaluación formativa.

### 6.3.1. Métodos utilizados en nuestra investigación

La evaluación utilizada en nuestro caso, durante la impartición del Módulo de habilidades de comunicación para la entrevista clínica de Fisioterapia, fue *formativa y sumativa*, teniendo una ponderación superior la evaluación formativa. La intervención se contextualizó en el marco de una asignatura troncal (Estancias clínicas) y el peso de la nota del Módulo supuso un 25% de la nota final de la asignatura. Expondremos los métodos de evaluación utilizados de acuerdo a los niveles de la competencia que ya describimos en la Pirámide de Miller.

#### a) Nivel Saber

Preguntas cortas relacionadas con la resolución de aspectos conceptuales, no contextualizadas e incluidas en las E-actividades, relacionadas con las habilidades de comunicación, su manejo y su aplicación a la entrevista clínica de Fisioterapia. En este caso la evaluación fue *sumativa*.

#### b) Nivel “Saber cómo”

Resolución individual de **preguntas cortas**, relacionadas con el análisis de casos problema contextualizados en entornos donde se analiza la relación fisioterapeuta-paciente, incluidas en las E-actividades. La evaluación utilizada fue *sumativa*.

**Análisis de vídeos** (filmoteca), en los que el alumno debía definir y valorar, a partir de su análisis, diferentes aspectos relacionados con la aplicación de las habilidades de comunicación. Esta actividad se realizó en el aula, en seminarios de grupos reducidos de alumnos. La evaluación fue *formativa*. En el apartado dedicado a la explicación de esta metodología ya se mencionaron los autores de referencia.

**Sesiones de roleplay**, donde los alumnos analizaron las entrevistas representadas mediante este método en el aula (seminarios de grupos reducidos). Son autores de referencia: Lane y Rollnick (2007), Nestel y Tierney (2007) y Lane, (2008). En este caso la evaluación fue *formativa* y consistía en



## II. Marco teórico

---

proporcionar **feedback** (tanto por parte del profesor como de los alumnos) a los que representaron el rol de paciente y de fisioterapeuta. El feedback ha sido utilizado por distintos autores en el ámbito de la formación en habilidades de comunicación (Quilligan, 2007; Edgar y Lamb, 2010).

Análisis individual de **videograbaciones** (videoclips), tomadas de las entrevistas realizadas por otros alumnos distintos a los que se aplicó la acción formativa, incluido en la realización de tareas (E-actividades). En este caso el alumno debía identificar los aspectos realizados de forma correcta y de forma incorrecta, justificar su respuesta y proponer alternativas. En este caso la evaluación fue *sumativa y formativa* (pues el profesor proporcionó feedback a cada alumno y al grupo).

Análisis de **videograbaciones y obtención de feedback** en el aula (seminarios en grupos reducidos) en relación a las entrevistas realizadas por los mismos alumnos que participaban en las sesiones. Cada alumno debía cumplimentar un check list, basado en la Guía Calgary Cambridge (Kurtz & Silverman, 1996; Draper, Benson, Silverman, & Kurtz, 2003; Kurtz, Silverman y Draper, 2005; Silverman, 2007) al finalizar el visionado del vídeo que después utilizaba para analizar las entrevistas. El alumno obtenía Feedback de los compañeros del grupo y del profesor y por tanto, la evaluación fue *formativa*.

### c) Nivel “Mostrar”

Realización de entrevistas clínicas a **Pacientes simulados estandarizados** (PSE). El alumno fue evaluado por el **PSE** mediante la Escala MAPE 2 (Clèries, 2004) y al finalizar la entrevista éste proporcionó **Feedback** al alumno (puntos fuerte, puntos débiles y propuestas de mejora). El alumno fue evaluado a posteriori, mediante la observación de la videograbación, por dos **observadores externos** mediante la escala validada CICAA (Ruiz-Moral y Perula de Torres, 2006). Independientemente de los instrumentos utilizados para evaluar las habilidades, la evaluación (con relación al uso de la retroacción) fue considerada *formativa*.

### d) Nivel “Hacer”

En nuestro caso los alumnos no realizaron este nivel de evaluación a la espera de obtener los recursos suficientes y de organizar la evaluación en el marco de una asignatura troncal en el nuevo Plan de estudios.

Nuestra intención es implementar el modelo de evaluación de la competencia basado en la ECOE y utilizar otros métodos cercanos a la práctica clínica real en un futuro. Dicho método es utilizado en el

ámbito de evaluación de la competencia médica y de los estudiantes y/o profesionales de las Ciencias de la Salud (Nayer, 1993; Grand'Maison et al., 1997; Pedregal Gonzalez et al., 2004; Collins, Schrimmer, Diamond, y Burke, 2011; Khan, et al., 2013).

## II. Marco teórico

---

## CAPÍTULO III. Diseño de la investigación

El presente capítulo está dedicado a definir el método de la investigación, el paradigma y la secuencia de los ciclos de investigación-acción realizados.

### 1. Metodología

La metodología utilizada para acercarse al análisis de la realidad del problema estudiado, se basa en la elección de un **paradigma cualitativo** y en el método **de investigación-acción**. Explicaremos a continuación los aspectos que nos han llevado a escoger esta metodología.

### 2. Paradigma

El acercamiento a la realidad y a la interpretación de la misma se inscribe, bajo el punto de vista de la metodología de investigación utilizada, en un **paradigma cualitativo** que se basará en los siguientes aspectos:

- Se buscará una *interpretación holística del proceso educativo*, relacionado con la formación en HCB básicas para la realización de la ECF. Para ello se tendrán en cuenta las interpretaciones subjetivas y los significados que le adjudican las personas que protagonizan la realidad educativa. La información que se recoge es por tanto global, contextualizada y de carácter eminentemente cualitativo. Si bien se utilizarán métodos que permiten obtener datos cuantitativos a partir de diferentes instrumentos.
- No buscamos afirmar ni refutar ninguna hipótesis, ni establecer generalizaciones de la realidad pues la muestra estudiada no es suficiente. Por otra parte el paradigma de este estudio adquiere una *dimensión sociocrítica* pues no se limita únicamente a describir una realidad, sino que a su vez se proponen cambios a partir del análisis de la misma. Dichos cambios se concretan en una *propuesta futura de investigación – acción*, en la que se busca la implicación de los diferentes protagonistas, para transformar la realidad relacionada con el aprendizaje de las HCI en el contexto en el que se desarrolla esta investigación.

### III. Diseño de la investigación

---

La actividad investigadora se ha centrado en los **alumnos de Fisioterapia de tercer y último curso de la Diplomatura de Fisioterapia**. De este modo podemos contrastar y recoger información que hubiera sido más difícil de obtener, a partir de los alumnos, de los cursos precedentes. El hecho que nos ha llevado a optar por este enfoque paradigmático se basa en:

- La **escasez de información** publicada en nuestro país, relacionada con el análisis de las habilidades de comunicación interpersonal de los alumnos de Fisioterapia, y que incluye aspectos tales como la evaluación y la influencia del currículum en el aprendizaje de dichas habilidades.
- La **dificultad para extrapolar** otras investigaciones, relacionadas con el aprendizaje de las HCI aplicadas a la ECF, realizadas en otros países distintos a nuestro contexto educativo.
- La **complejidad para abordar el impacto de las HCI** en sus diferentes ámbitos (comunicación terapeuta-paciente, comunicación terapeuta – con el resto del equipo interdisciplinar, etc.).

#### 2.1. Método de investigación-acción con estudio de caso

La metodología utilizada con carácter general se basa por tanto en el **método de investigación-acción** (I-A). Durante los dos ciclos (Ciclo I, Propuesta formativa I y Ciclo II, Propuesta Formativa II), se han utilizado además *métodos descriptivos y de comparación entre grupos* (Grupo de intervención y Grupo control), con la finalidad de refinar la propuesta formativa final. Hemos optado por utilizar un instrumento basado en el **estudio de un caso**. En este sentido se busca obtener información del nivel de HCI mediante el análisis del encuentro, entre el alumno y un paciente simulado estandarizado, que simula una enfermedad, registrándose dicha interacción mediante el vídeo.

El hecho de buscar este método para analizar el problema planteado permitirá:

- Llevar a cabo una **evaluación diagnóstica, relacionada con el nivel de HCI, de los alumnos** del último curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV.
- Obtener **inferencias** relacionadas con la adquisición de las HCI **en el marco del currículo actual**, de la Diplomatura de Fisioterapia, para emprender en un futuro **estrategias educativas** encaminadas a favorecer el aprendizaje de las HCI, y que se concretarán en el **diseño de diferentes propuestas formativas**, aplicadas durante los sucesivos ciclos de investigación – acción, para trabajar las habilidades de comunicación en la ECF.

### 2.1.1. Introducción

Con la finalidad de realizar una propuesta formativa, para facilitar el aprendizaje de HC aplicadas a la ECF, se decide aplicar el método de I-A. Para estructurar las distintas fases de cada uno de los ciclos de I-A, nos hemos basado en los modelos de Elliot (1993), Kemmis (1988), Latorre (2003), Bisquerra (2004) y de Boggino y Rosekrans (2007).

Se diseña un **caso problema** para que los alumnos participen activamente en la resolución del mismo mientras transcurre el proceso de I-A en cada uno de los ciclos descritos.

### 2.1.2. Secuencia de los ciclos de investigación-acción desarrollados

El **Ciclo I** se realiza durante los cursos académicos 2007-08, 2008-2009 y 2009-2010 (ver Fig.10). Durante el **curso 2007-08** se inicia el **Plan de acción (1ª Fase o Fase diagnóstica)**, en esta fase se procede a *identificar* y a *definir el problema*, a efectuar un *diagnóstico* preliminar de la situación, a realizar una *revisión documental*, relacionada con el tema objeto de estudio y a definir una *hipótesis de acción* que permita buscar soluciones al problema planteado. En el curso **2008-09** se definen las características de la **Acción (2ª Fase)**, el cronograma general y la especificación de las tareas. En el **curso 2009-10** se implementa la Acción que se concretará en la aplicación de la **Propuesta formativa I**, que

### III. Diseño de la investigación

estará acompañada en todo momento por los procesos de **Observación** de la acción (**3ª Fase**) y de **Reflexión** (**4ª Fase**). Por último se lleva a cabo la **Redacción del informe** de investigación, donde se obtendrán los significados, las conclusiones y las recomendaciones, relacionados con la acción realizada que servirán para construir las bases del **Ciclo II**. En el **Ciclo II** (curso 2010-11) se ejecuta la **Propuesta formativa II**, a partir de las evidencias obtenidas durante el Ciclo I y del rediseño de la *Propuesta formativa I*. Después de ser aplicada, se efectúa un proceso de observación, reflexión y análisis que concluye con la redacción del informe final de este ciclo. Durante el curso 2011-12, hasta el año 2013 se define la **Propuesta Formativa final**, a partir de las evidencias obtenidas tras la aplicación del segundo ciclo de investigación – acción y del rediseño de la *Propuesta formativa final*.

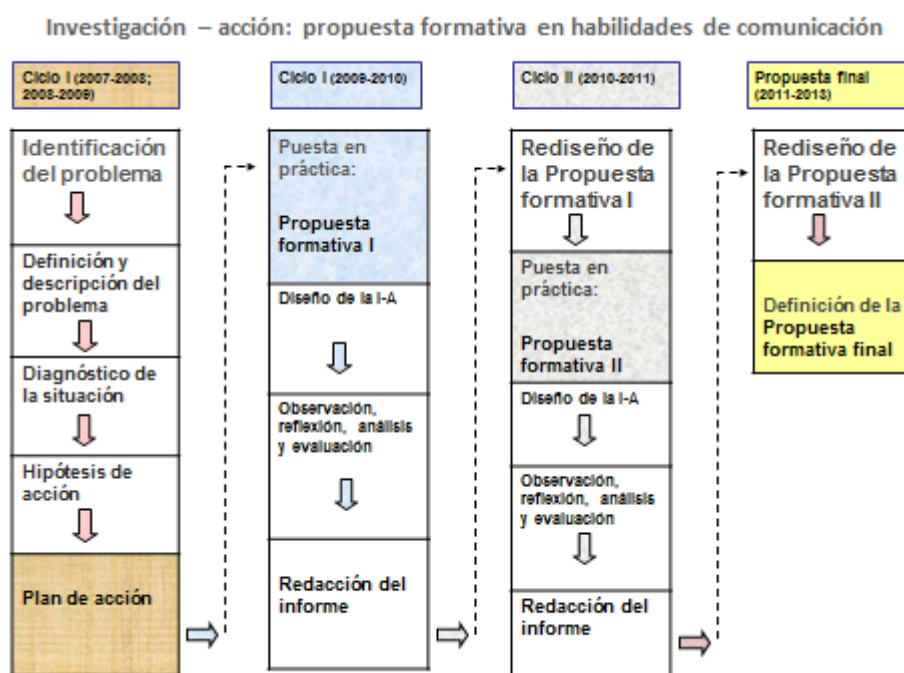


Fig. 10. Secuencia de los ciclos de I-A desarrollados

## CAPÍTULO IV. Ciclo I (2007-2010)

Explicamos a continuación cada una de las **fases del Ciclo I** desarrolladas durante los cursos académicos 2007-08 y 2009-10 y que tienen que ver con: el **Plan de acción** (1ª Fase), la **Acción** (2ª Fase), la **Observación** de la acción (3ª Fase), la **Reflexión** y la **Redacción del informe** donde el lector podrá visualizar el resumen del Ciclo I.

### 1. Plan de acción (Fase diagnóstica)

En este apartado se desarrollan los siguientes aspectos: la *identificación* y la *definición del problema* objeto de estudio, el *diagnóstico* de la situación – problema y su análisis, la *revisión documental*, la *hipótesis de acción* o acción estratégica y la *formulación* de la misma.

#### 1.1. Identificación y definición del problema

**Los alumnos muestran dificultades, en el manejo de las habilidades comunicativas, durante el establecimiento de la relación fisioterapeuta – paciente.**

Nuestra experiencia en el ámbito asistencial y docente nos ha permitido observar, a lo largo de estos últimos años, las dificultades mostradas por el alumno durante el proceso de atención de Fisioterapia en la práctica clínica tal y como ya explicamos en el Cap. I.

**Diferentes autores sostienen que la aplicación correcta de las habilidades comunicativas durante el encuentro terapeuta - paciente cuenta con un número importante de ventajas que influirán en el buen resultado de la intervención realizada.**

En el Cap. II se hizo mención a este aspecto y por este motivo la adquisición de **HCI** forma parte de las competencias que debe adquirir el Fisioterapeuta durante la formación de Grado.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**El currículum en el momento actual muestra limitaciones a la hora de trabajar las habilidades comunicativas en general y aquellas que son necesarias para realizar la entrevista clínica de Fisioterapia (ECF) en particular.**

Nuestra percepción como docentes, basada en nuestra experiencia, en el conocimiento del currículum y en la comunicación con los profesores implicados en la práctica clínica de los alumnos de Fisioterapia, es que los alumnos tienen dificultades para aplicar las **HCB** a la hora de establecer la relación con los pacientes y al realizar la recogida de la información para la obtención del diagnóstico de Fisioterapia. Consideramos que *las habilidades de comunicación interpersonal no se trabajan suficientemente en los contenidos curriculares de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV y se requiere, bajo nuestro punto de vista, un nivel de atención educativa suplementario.* Del conjunto de habilidades de comunicación, merece una atención prioritaria, las utilizadas para la realización de la anamnesis del paciente pues supone el primer nivel de contacto entre el paciente y el fisioterapeuta y uno de los aspectos más relevantes que influirán en el buen resultado del tratamiento realizado.

**Es en el ámbito del ejercicio libre de la Fisioterapia donde los alumnos egresados tienen, en el momento actual, más oportunidades de acceder al mundo laboral.** La adquisición de habilidades comunicativas es en este ámbito especialmente relevante, pues en muchos casos el fisioterapeuta es el único profesional de referencia.

*En este entorno, necesitarán aplicar correctamente las habilidades comunicativas, relacionadas con la entrevista clínica, mientras reciben al paciente, indagan acerca de su problema, le exploran, obtienen el diagnóstico de Fisioterapia, le explican la estrategia a seguir y finalmente, le aplican un tratamiento. Dichos aspectos se desarrollaron en el Cap. II.*

**El establecimiento de un diagnóstico del problema contribuiría a definir con mayor claridad la hipótesis de acción, para buscar las posibles soluciones al problema descrito.**

Antes de definir el plan de acción se buscarán las evidencias que nos lleven a definir el problema con una mayor claridad.

## 1.2. Diagnóstico de la situación y análisis del problema

Siguiendo las orientaciones de Latorre (2003), mediante el *diagnostico* describiremos el problema con mayor profundidad, nos aproximaremos al contexto en el que tiene lugar, se recogerá y se analizará la información relacionada con el mismo, para proponer más adelante una hipótesis o un plan de acción que nos pueda ayudar a buscar soluciones. En este apartado realizaremos un **diagnóstico de la situación**, a partir de la obtención de **evidencias**, que nos ayuden a definir un plan de acción dirigido a trabajar las habilidades comunicativas aplicadas a la realización de la **ECF**. En esta aproximación, al conocimiento de la realidad, hemos tenido en cuenta la opinión de los *alumnos*, de los *profesores* y la de un *experto* en habilidades de comunicación, además de la intervención del *investigador*.

### 1.2.1. Contexto en el que el problema tiene lugar

Con la finalidad de conocer las circunstancias relacionadas con el problema, ya definido, describiremos el contexto en el que tiene lugar.

#### ► CONTEXTO INSTITUCIONAL

El problema detectado, y la propuesta formativa que se pretende aplicar, tienen que ver con los alumnos de la Diplomatura de Fisioterapia. La titulación se imparte en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (**FMCS**) de Reus (Tarragona), perteneciente a la Universidad Rovira i Virgili (**URV**). Durante la realización del proceso de investigación-acción (I-A), los alumnos participantes inician y finalizan sus estudios dentro del Plan de estudios de la Diplomatura de Fisioterapia.

El profesorado implicado en el proceso de investigación-acción (**I-A**) pertenece a dos departamentos: al Departamento de Medicina y Cirugía (ubicado en la FMCS) y al Departamento de Pedagogía (ubicado en la Facultad de Ciencias de la Educación y de Psicología). Mientras se realiza esta investigación han participado 4 profesores de la Unidad de Fisioterapia, un profesor del Departamento de Pedagogía (que ha tutorizado esta investigación) y un profesor del Departamento

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

de Medicina y Cirugía experto en habilidades comunicativas. Por otra parte se solicita el soporte económico al Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) de la URV, a partir de la presentación, y la posterior aprobación, de dos proyectos consecutivos de innovación docente, para llevar a cabo este proyecto.

#### ► CONTEXTO CURRICULAR

En el momento en el que se inicia este proceso de I-A (curso 2007-08), el Plan de estudios de la Diplomatura en Fisioterapia no se había adaptado al **EEES**. El Plan de estudios, correspondiente a esa época, puede visualizarse en la página web: [http://www.urv.cat/estudis/1er\\_i\\_2n\\_cicle/fisioterapia.html](http://www.urv.cat/estudis/1er_i_2n_cicle/fisioterapia.html). La titulación de Grado en Fisioterapia empieza a implementarse en el curso académico 2010-2011, momento en el que finaliza la recogida de datos, y aunque nuestra propuesta formativa está destinada en un principio a los alumnos de la Diplomatura en Fisioterapia, los resultados de la investigación pueden utilizarse, y esta es nuestra intención explícita, a mejorar la formación en HC de los alumnos de Grado.

El problema que hemos definido y nuestra intervención se contextualizan en los alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia, desde el curso académico 2007-2008 hasta el curso 2010-11. La media del número de alumnos matriculados en tercer curso y que habitualmente asisten a las clases teóricas, es de 65 alumnos y la ratio profesor/alumno, de las prácticas asistenciales reguladas por convenios específicos con la universidad, es de 1:2.

**No todos los alumnos pueden matricularse en aquellas asignaturas cuyos contenidos trabajan las habilidades de comunicación. Aunque dichas habilidades se necesitan para realizar las prácticas clínicas, no se evalúan y en la mayoría de centros no se realizan entrevistas clínicas de Fisioterapia. Por ese motivo consideramos que es prioritario implementar un plan de acción.**

En nuestro caso, los alumnos reciben formación en **HC** y son evaluados, en dos asignaturas presenciales realizadas en el centro. Una de las asignaturas es optativa (“Técnicas de masoterapia”) y la otra es de libre configuración (“Bases de comunicación y ética”). Al estar acotado el número de alumnos, que pueden matricularse en ambas asignaturas, no todos los alumnos pueden participar de dicha formación. Durante los periodos de realización de las prácticas clínicas los alumnos de la

Diplomatura deben poner en práctica sus habilidades comunicativas (con los pacientes, con sus familias y con los distintos profesionales de cada uno de los centros) aunque éstas no son evaluadas de una forma explícita. Por otra parte, pocos alumnos tienen la oportunidad de realizar entrevistas clínicas ya que los modelos de Atención de Fisioterapia que se desarrollan en el sistema público de salud tan apenas permiten que se lleven a cabo con cierta normalidad.

### ► CONTEXTO PROFESIONAL

**La relación que el fisioterapeuta establece con el paciente está basada en la comunicación.**

En la práctica profesional diaria se producen encuentros con pacientes, a los que se les proporciona atención de Fisioterapia relacionada con su limitación funcional o con su discapacidad. Durante los encuentros, el proceso de comunicación es imprescindible para elaborar la anamnesis, la evaluación y la exploración del paciente que conducirá a la concreción de un diagnóstico de fisioterapia, tal y como ya se explicó en el Cap. II.

**La formación previa, a la interacción con pacientes reales, en habilidades comunicativas debe ser tomada en cuenta si se quieren ampliar las oportunidades laborales en el ámbito del ejercicio libre y si se quieren aprovechar las ventajas de su correcta utilización.**

A pesar de que en nuestro país los fisioterapeutas no realizan, de forma habitual, entrevistas clínicas a los pacientes remitidos a los servicios de Atención de Fisioterapia en los centros hospitalarios, es más habitual que sí las realicen en el ámbito del ejercicio libre de la profesión, donde ya comentamos que existían mayores posibilidades de inserción laboral.

**Las habilidades de comunicación (HC) son importantes para** intercambiar información entre los profesionales de un mismo equipo de trabajo, entre los profesionales de otros equipos o especialidades y con las familias de los pacientes. **Además el fisioterapeuta necesitará haber trabajado las habilidades comunicativas para** realizar actividades, incluidas en sus competencias profesionales, tales como la docencia, la gestión y la promoción de la salud.

El aprendizaje de **HCI** adquiere una dimensión de transversalidad, pues las habilidades son

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

necesarias para intercambiar y compartir información con el resto del equipo asistencial y con las familias de los pacientes. El fisioterapeuta participa además en actividades relacionadas con la gestión, la docencia, la investigación y con actividades de prevención y de promoción de la salud donde la comunicación juega a su vez un papel relevante.

### ► CONTEXTO PERSONAL (ALUMNOS)

Con relación a los alumnos, la mayoría escogieron la carrera de Fisioterapia como primera opción, hecho que nos lleva a deducir que el nivel de motivación para implicarse en la realización de sus estudios es medio-alto. La gran mayoría de alumnos no combina trabajo y estudios, bien sea por la dificultad de alternar el horario de asistencia a la universidad con el del trabajo hipotético, o por que las prácticas clínicas se realizan por las mañanas y las clases teóricas y las prácticas de centro se realizan en la franja horaria de tarde, o por otros motivos que desconocemos. Habitualmente finalizan los estudios dentro del periodo establecido para realizar la titulación, es decir a los 3 años y la media de edad está entre los 20-21 años. Los alumnos que han llegado a tercer curso han realizado prácticas de atención en Fisioterapia en distintos centros hospitalarios, en centros de atención primaria y de atención de fisioterapia en psiquiatría durante 1º y 2º curso. Durante el último curso realizan prácticas en centros geriátricos, en centros sociosanitarios, en centros de atención en pediatría, en centros hospitalarios y en centros de parálisis cerebral infantil y del adulto. En las prácticas de la asignatura Estancias clínicas, algunos alumnos realizan prácticas en centros de atención de Fisioterapia que se enmarcan en ejercicio libre de la profesión.

#### 1.2.2. Preguntas y objetivos de la investigación preliminar

Con la intención de obtener un **diagnóstico** de la situación, relacionado con el problema planteado, nos proponemos dar respuesta a las **preguntas** y a los objetivos que se desprenden de las mismas y que definiremos a continuación:

**Pregunta 1:** ¿Cuál es el **nivel de HCI** de los alumnos de Fisioterapia de la URV?

**Objetivo:** *Describir el nivel de habilidades de comunicación básicas (HCB), aplicadas a la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia, de los alumnos.*

**El conocimiento del nivel de HC previas**, a la aplicación de un programa formativo específico, **nos permitirá obtener la información necesaria para adaptar el programa**, que se implementará más adelante, a las necesidades formativas de los alumnos.

**Pregunta 2:** ¿Cuál es el impacto de las **asignaturas del currículum**, incluidas en la tipología de asignaturas, sobre la formación en HCB?

**Objetivo:** *Analizar el impacto de determinadas asignaturas del currículum, como promotoras de la formación en HCB.*

Partiendo de la hipótesis de que algunas **asignaturas del Plan de estudios** actual, que se especificarán más adelante, podrían tener un impacto en la promoción de las HCI, queremos conocer **de qué modo influyen en la adquisición de HCI** en el caso de los alumnos de Fisioterapia.

### 1.2.3. Diseño de la investigación preliminar

Se explicará, con relación a la investigación preliminar, la metodología y los métodos de recogida, de análisis e interpretación de los datos.

#### 1.2.3.1. Metodología

Como ya se explicó en el Cap. III, la **metodología** que se utilizará será **mixta**, cualitativa y cuantitativa. El método se corresponde con un **estudio observacional de tipo descriptivo**, pues busca describir cuál es el estado de la situación respecto a la formación en **HCI** en un contexto determinado, a través de la observación.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

Bajo el **punto de vista de la metodología cuantitativa** nos apoyaremos en un análisis basado en la estadística descriptiva e inferencial y se tendrán en cuenta los criterios de validez, fiabilidad y objetividad. En este sentido se calcularán los porcentajes, las frecuencias y las medidas de tendencia central. Se tendrán en cuenta además la fiabilidad de los cuestionarios utilizados.

En cuanto a la **metodología cualitativa**, nos apoyaremos en el análisis del contenido, en la inducción analítica y en la triangulación. En este caso se tendrán en cuenta las limitaciones relacionadas con la subjetividad del investigador, la de los alumnos y la de los profesores.

**El diseño** de este estudio contribuye a dar respuesta a las preguntas planteadas con relación al método de investigación que se ha propuesto. Teniendo en cuenta esta apreciación, se han tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- El investigador participa y se implica en la realidad analizada.
- Se diseña un caso problema que el alumno deberá resolver para analizar las HCI de los alumnos de Fisioterapia.
- Una vez diseñado el caso el alumno interacciona con un **PSE**, que dice padecer un problema concreto relacionado con el caso.
- La interacción es registrada mediante el vídeo y el alumno obtiene retroacción mediante su visionado.
- Paralelamente se indaga acerca de la percepción de los alumnos y del profesorado, respecto a la formación curricular relacionada con las HCI.
- El procedimiento para la recogida de datos se basa en la utilización de instrumentos estructurados, semiestructurados y no estructurados tales como cuestionarios, entrevistas y video grabaciones.

#### 1.2.3.2. Recogida de datos

##### ► PARTICIPANTES

Los sujetos que se tomaron como referencia fueron los alumnos de *tercer y último curso de la Diplomatura de Fisioterapia* (65 alumnos) de la URV. El estudio se realizó en la **FMCS**, durante el curso académico 2007-2008 (ver **Fig. 11**).

Del total de alumnos matriculados en el itinerario curricular del tercer curso de la Diplomatura decidieron participar, y cumplieron los criterios de inclusión, un total de **25 alumnos**. De éstos, 5 alumnos participaron en la *prueba piloto* siendo la **muestra al final del proceso de 20 alumnos**.

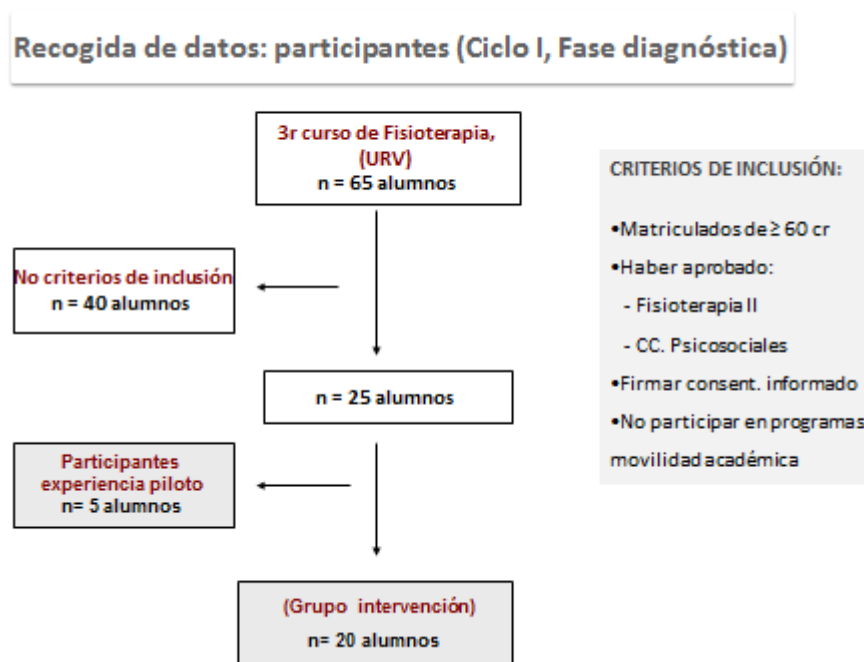


Fig. 11. Descripción de la muestra Ciclo I (Fase diagnóstica)

## ► PROCEDIMIENTO

Dentro de este apartado se expondrá el procedimiento seguido para la recogida de datos y que consta de los subapartados que mostramos a continuación.

### └ PLANIFICACIÓN PARA LA RECOGIDA DE DATOS

En la **Tabla 19** se muestra el cronograma de la actuación. Pueden verse más detalles (**Anexo 1 y 2**), con relación al procedimiento seguido para la selección de los sujetos de la muestra y para la recogida de datos.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

TABLA 19	Cronograma y especificación de las tareas del Ciclo I (Diagnóstico e Hipótesis de acción)													
CRONOGRAMA	2007-08 (Ciclo I, Fase diagnóstica)											2008-09 (Ciclo I, Hipótesis de acción)		
Tareas/ mes	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Análisis del problema														
Revisión bibliográfica														
Diseño del encuentro PSE – alumno														
Diseño de las encuestas														
Presentación de la propuesta														
Prueba piloto y propuesta de modificaciones														
Ejecución de la Fase diagnóstica														
Captura y digitalización encuentro alumno-PSE														
Entrevista: investigador-alumno														
Evaluación: análisis de datos														
Diagnóstico: obtención de evidencias														

#### ┌ CUMPLIMENTACIÓN DE LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DE LOS ALUMNOS

El investigador propuso una **fecha y un lugar de reunión** a los alumnos de tercer curso, mediante el envío de un correo electrónico personalizado y adjuntando un mensaje en el entorno Moodle, para informar de los aspectos relacionados con la investigación que se pretendía llevar a cabo y para solicitar su participación en el estudio (ver **Anexo 1 y 2**).

En la fecha propuesta se realizó una **sesión informativa presencial** donde se explicaron los objetivos de la investigación y la importancia de participar en la actividad propuesta. Además de dar respuesta a las cuestiones planteadas, se les recordó que la participación era voluntaria y que el hecho de no participar no tendría ninguna consecuencia bajo el punto de vista académico.

Al final de la sesión se les entregó la **hoja de consentimiento informado** (ver Anexo 2), se dio un tiempo prudencial para permitir su lectura y se contestó de nuevo a las posibles dudas. Por último se concretó una fecha límite en la cual debería entregarse la hoja de consentimiento informado cumplimentada por parte de todos y cada uno los alumnos interesados en participar.

#### ▮ **OBTENCIÓN DEL LISTADO DE ALUMNOS DE LA MUESTRA: CONSTITUCIÓN DE LOS GRUPOS (PRUEBA PILOTO Y PRUEBA DEFINITIVA)**

Tras la recogida de la hoja de consentimiento informado, se verificó si los alumnos cumplían los **criterios de inclusión**. Más adelante se realizó el listado definitivo de los alumnos participantes y se les distribuyó de forma aleatoria en dos grupos, A y B, mediante la función Excel = ALEATORIO aplicada a la lista de alumnos ordenada por orden alfabético.

El primer grupo (A), formado por 5 alumnos, fue el que participó en la prueba piloto y el segundo grupo (B), formado por 20 alumnos, constituyó el grupo definitivo de la muestra de nuestro estudio.

#### ▮ **REALIZACIÓN DE LA PRUEBA PILOTO**

Durante el 2º cuatrimestre del curso 2007-08, se realizó una prueba piloto, con 5 alumnos. Describimos a continuación las fases de elaboración y de ejecución de la misma.

- **ELABORACIÓN DEL CASO PROBLEMA**

Previamente a la realización de la prueba piloto, el investigador diseñó un **caso problema** relacionado con un paciente (simulado) que padecía dolor lumbar y que el alumno debía

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

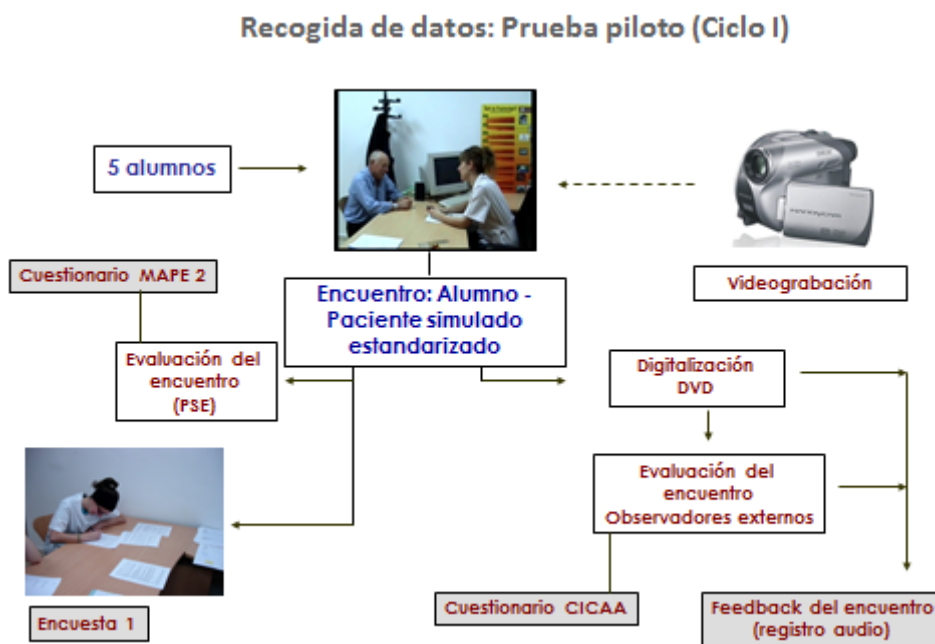
entrevistar y explorar. El caso fue elaborado con el apoyo de un experto en evaluación de habilidades clínicas de la FMCS (ver **Anexo 1**).

Una vez elaborado el caso se procedió a entrenar al Paciente simulado estandarizado (PSE), durante 6 horas remarcando los aspectos más relevantes relacionados con la interpretación de la historia del problema y con el análisis de las **HCB** de los alumnos. EL PSE ya había escenificado casos similares para los alumnos de la titulación de Medicina.

- **ENCUENTRO DE LOS ALUMNOS CON EL PACIENTE SIMULADO**

Tras ser citados, los 5 alumnos que participaron en la prueba piloto, debían llevar consigo el material necesario para realizar la exploración (*goniómetro, bolígrafo y cinta métrica*). Antes de acceder al encuentro con el PSE pudieron leer, en una hoja que estaba colgada en la puerta de la consulta, el resumen del caso y las normas que debían seguir el alumno durante el encuentro (ver **Anexo 1**). A cada alumno se le proporcionó un *cronómetro digital* que emitía una vibración cuando se alcanzaba el tiempo máximo de interacción con el PSE. El encuentro de cada uno de los alumnos con el PSE tuvo una duración máxima de 20 minutos. A los 20 minutos el alumno recibía un aviso mediante el cronómetro digital. Si a los 20 minutos no había finalizado la sesión se producía un aviso verbal, por parte del investigador, para que el alumno cerrara la sesión.

Durante el encuentro con el paciente el alumno tenía que realizar una **entrevista clínica** en la que se le pedía: elaborar una *historia clínica*, realizar una *exploración física*, rellenar la *ficha de exploración* e informar al paciente del posible *diagnóstico de Fisioterapia* y del *plan de tratamiento a seguir*. La sesión fue grabada con dos cámaras de video digitales (cámara digital Handy cam de Sony) dispuestas de modo que permitieran registrar, con la máxima fidelidad, los aspectos comunicativos de la interacción alumno – paciente (ver **Fig. 12**).



**Figura 12.** Prueba piloto (encuentro: Alumno – PSE)

Una vez finalizada la sesión, el **PSE** valoró la calidad del encuentro con el **Cuestionario MAPE 2**. En nuestro caso fue el investigador quien proporcionó **feedback** a cada alumno, mediante la visualización conjunta de la videograbación, para evitar el posible sesgo relacionado con el intercambio de información del encuentro con el resto de los alumnos.

- **CUMPLIMENTACIÓN DE LA ENCUESTA 1 (ALUMNOS)**

En un espacio anexo, al del encuentro con el paciente, se habilitó una sala para que cada alumno cumplimentara, una vez finalizada la sesión con el PSE, una encuesta semiestructurada (**Encuesta 1-FD**), para recoger la información relacionada con la percepción de la formación en HCI durante la carrera (ver en **Anexo 1**).

- **DIGITALIZACIÓN Y OBTENCIÓN DE FEEDBACK**

Una vez digitalizadas todas las videograbaciones, mediante el programa Movie Maker, los alumnos

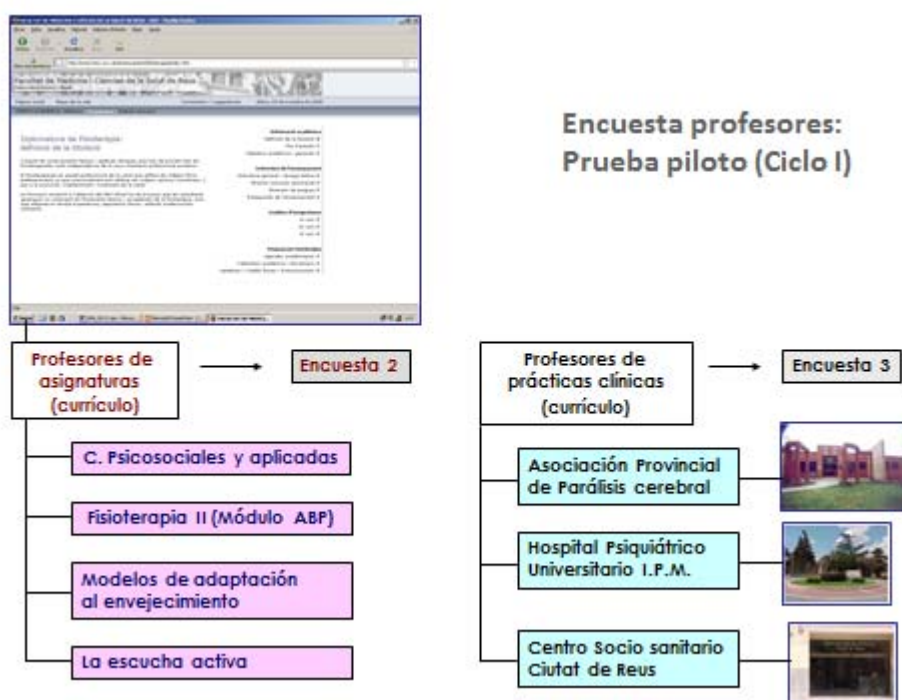
#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

mantuvieron una entrevista con el investigador principal para visualizar su entrevista. En dicha sesión **se le proporcionó retroacción a cada alumno** con relación a su entrevista durante 30 a 45 minutos. La sesión fue registrada mediante una grabadora y se transcribió para ser analizada posteriormente (ver **Anexo 1**).

#### • CUMPLIMENTACIÓN DE LAS ENCUESTAS 2 Y 3

De forma paralela, a la realización de este proceso, se procedió a enviar una encuesta, mediante correo electrónico, a los profesores responsables de las asignaturas (**Encuesta 2-FD**) y a los profesores de los centros de prácticas clínicas (**Encuesta 3-FD**) que se incluyeron en el estudio y que pueden consultarse en el **Anexo 1**. Pueden verse las asignaturas y los centros de prácticas en la **Fig. 13**.



**Figura 13.** Prueba piloto (participación de los profesores: de asignaturas y de prácticas clínicas)

- **PROPUESTA DE MODIFICACIONES**

- ❖ **En relación a la dinámica del proceso**

- Una vez evaluada la interacción entre el PSE y el alumno detectamos alguna **incoherencia con relación al relato de los síntomas**, realizado por el PSE, que fue modificada.
- Observamos una **pérdida considerable de tiempo** asociada a la deficiente preparación del material necesario, por parte del alumno, para llevar a cabo la entrevista. Para evitar este problema se decidió informar a los alumnos, en el espacio Moodle, del material requerido para realizar la exploración del PSE.
- Puesto que durante la prueba piloto algunos alumnos no acudieron puntualmente a la cita se consideró oportuno **ampliar el número de alumnos citados** en cada hora. Durante la prueba piloto se convocó a un alumno cada 20 minutos. Decidimos que para llevar a cabo el experimento definitivo, se citarían a 4 alumnos por hora para dar un mayor dinamismo a la realización de las entrevistas y para evitar espacios “en blanco”.
- Decidimos utilizar **2 cronómetros digitales**, en lugar de uno, para que la secuencia de la sesiones entre el PSE y cada uno de los alumnos fuera más fluida.

- ❖ **En relación a los instrumentos de medida y de recogida de datos**

- Se decidió **ajustar la orientación de las cámaras de video** y se solucionaron problemas técnicos, relacionados con las conexiones a la red eléctrica, ya que fueron la causa de los problemas observados durante la digitalización de 3 encuentros con el PSE.
- Se optó por *añadir* al **Cuestionario MAPE 2**, una *pregunta relacionada con la percepción subjetiva del PSE* en cuanto a su predisposición, positiva o negativa, *para recibir tratamiento de Fisioterapia* por parte del alumno con el que estableció la interacción.
- **Cuestionario CICA**: Cuando se llevó a cabo la puntuación, por dos observadores externos expertos, la interpretación del ítem “Np” (no procede) fue valorada de distinto modo por

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

cada uno de los dos observadores externos. El investigador recomendó revisar el manual de instrucciones de dicho cuestionario y consensuar como debía puntuarse en un futuro para evitar posibles sesgos.

- **Encuesta 1-FD:** Se decidió introducir algunas **modificaciones** respecto al cuestionario inicial y se añadieron las preguntas nº 7 y nº 9, en las que se especificaba que el alumno concretara si hubo otras asignaturas u otros centros de prácticas, distintos a los descritos en la encuesta, pudieran incidir en la adquisición de HCI.
- **Encuestas 2-FD y 3-FD:** Se introdujeron **2 nuevas cuestiones** con relación a si se realizaba alguna intervención específica para favorecer el aprendizaje de las HCI y si se evaluaban dichas habilidades. En ambas preguntas se solicitaba que describieran qué métodos utilizaban.

#### ▮ REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEFINITIVA

Una vez realizadas todas las adaptaciones, como consecuencia de la aplicación de la prueba piloto, se procedió a realizar el **experimento definitivo**. Participaron un total de **20 alumnos** que realizaron el mismo proceso, pero de forma individual. Se citó a los alumnos (Moodle) participantes en el estudio para realizar una entrevista con un PSE diagnosticado de *lumbalgia mecánica*. Se diseñó un caso que fuera lo suficientemente abierto como para que el alumno tuviera que indagar y hacer un esfuerzo de concreción para obtener toda la información por parte del PSE en un tiempo limitado. La secuencia fue idéntica a la que hemos explicado para la realización de la prueba piloto, aunque se introdujeron las modificaciones comentadas.

#### • INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS

A continuación definiremos los instrumentos y las técnicas utilizadas para facilitar el proceso de recogida de datos (**Fig. 14**) que a su vez pueden consultarse en el Anexo.

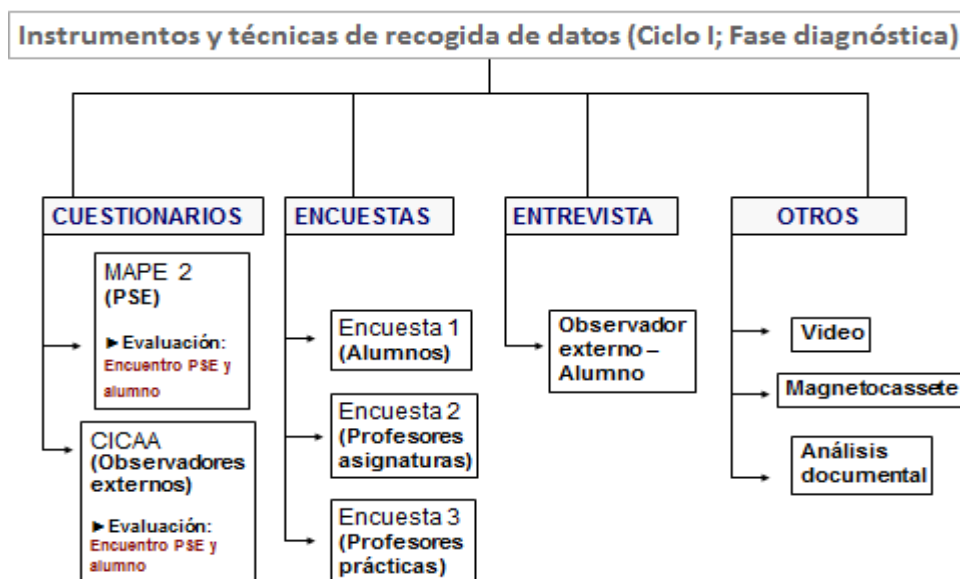


Fig. 14. Instrumentos para la recogida de datos

Con la intención de **obtener la información** del proceso realizado desde **diferentes perspectivas**, resumimos a continuación quiénes fueron los diferentes protagonistas y las técnicas utilizadas durante su desarrollo (ver **Tabla 20**).

ORIGEN DE LA INFORMACIÓN (DE QUIÉN O DE QUÉ)	TÉCNICAS UTILIZADAS (CÓMO)
Perspectiva del <b>alumnado</b>	Entrevista (vídeo) Encuesta 1-FD
Perspectiva del <b>profesorado</b>	Encuesta 2-FD Encuesta 3-FD
Perspectiva del <b>investigador, de los colaboradores y consultores y del PS</b> (introspectiva)	Entrevista 1-FD (vídeo) Cuaderno del investigador
Perspectiva del <b>investigador</b> de lo que ocurre	Cuestionario MAPE 2 Cuestionario CICA (vídeo)
<b>Documentos</b> (oficial y personal)	Análisis de documentos y de materiales Cuaderno del investigador

Tabla 20. Procedencia de la información y técnicas de recogida de datos



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

##### a) ESCALAS Y CUESTIONARIOS

Para evaluar las habilidades comunicativas de los alumnos se utilizó la Escala MAPE 2 y el Cuestionario CICAA que explicamos a continuación.

- **ESCALA MAPE 2**

La Escala **MAPE 2** (Mapa de frases clave para pacientes estandarizados) es un instrumento que permite evaluar las HC por parte de un PSE o de un paciente real suficientemente entrenado (ver Tabla 21), en el marco de una interacción con un profesional o un alumno (Clèries et al., 2003, 2004).

TABLA 21	Escala MAPE 2 (formato reducido)			
FASES DE LA ENTREVISTA	ITEMS EVALUADOS	ASPECTOS QUE SE EVALÚAN	PUNTUACIÓN DE CADA ITEM	
INICIO	CORDIALIDAD	Cómo realiza el profesional el recibimiento, si se presenta, si da la mano, si sonríe, cuál es su apariencia personal. Cuál es la primera impresión que da el profesional	1 – 2	Deficiente
			3 – 4	Insuficiente
EXPLORACIÓN	ESCUCHA ACTIVA	Aspectos relacionados con la capacidad de escuchar del profesional	5 – 6	Suficiente
	EMPATÍA	Capacidad para conectar con el paciente y sus problemas		
	CONTACTO FÍSICO	Cómo se llevan a cabo las exploraciones físicas		
RESOLUCIÓN	ASERTIVIDAD	Cómo responde el profesional a las preguntas o ante la situación planteada	7 – 8	Notable
FINAL	DESPEDIDA	Cierre de la entrevista, explicación del diagnóstico y explicaciones relacionadas con la continuidad del proceso terapéutico	9 - 10	Excelente

Su **estructura** permite obtener una evaluación **cuantitativa y cualitativa** (ver **Anexo 1**). Consta de 4

apartados (*Inicio, Exploración, Resolución, Final*) que permiten evaluar la secuencia de la entrevista en base a ítems predeterminados, que pueden ser evaluados de 1 a 10 puntos, de forma cuantitativa, o con una puntuación que va desde deficiente a excelente de una forma cualitativa.

• **CUESTIONARIO CICAA**

El cuestionario **CICAA** es un instrumento **validado y fiable** para evaluar las habilidades de comunicación clínica de diferentes profesionales sanitarios. Es una escala multidimensional basada en un modelo de entrevista definido por tareas. Los valores de validez, consistencia interna y de fiabilidad interobservador fueron óptimos cuando el proceso de validación se aplicó a diferentes ámbitos sanitarios (Ruíz del Moral y Perula de Torres, 2006). Reproducimos el Cuestionario CICAA en formato resumido en la **Tabla 22 (ver en Anexo 1)**.

<b>TABLA 22</b>	<b>Cuestionario CICAA (formato resumido)</b>		
<b>TAREAS</b>	<b>HABILIDADES</b>	<b>ITEMS RELACIONADOS CON</b>	<b>PUNTUACIÓN PARA CADA ÍTEM</b>
<b>Conectar con el paciente</b>	· Recibir	Preguntas: 1 – 6	NP No procede
<b>Identificar y comprender los problemas del paciente</b>	· Escuchar · Preguntar · Empatizar	Preguntas: 7 – 20	0 Muy escasamente o escasamente
<b>Acordar con el paciente sobre el/los problemas/las decisiones y las acciones</b>	· Negociar · Cerrar preguntas · Integrar	Preguntas: 21 – 27	1 Aceptablemente  2 Casi totalmente o totalmente
<b>Ayudar al paciente a entender, a elegir y a actuar</b>	· Informar · Comprobar · Motivar	Preguntas: 28 – 29	

## IV. Ciclo I (2007-2010)

### b) ENCUESTAS

- ENCUESTA 1-FD

Es una encuesta semiestructurada (ver **Anexo 1**) que consta de preguntas abiertas y cerradas y su aplicación nos permite indagar acerca de: *la percepción subjetiva del alumno con relación a su encuentro con el PSE, la percepción de su formación en HCI durante la carrera y la percepción, con relación a las asignaturas y los centros de prácticas clínicas incluidos en el estudio (ver **Tabla 23**).*

TABLA 23	Encuesta 1-FD (formato resumido)
<b>Información que se pretende recoger</b>	
<b>VALORACIÓN DEL ENCUENTRO CON EL PACIENTE SIMULADO</b>	
¿Qué es lo que más y lo que menos te ha gustado de la interacción con el PSE?	
<b>PERCEPCIÓN DE LA FORMACIÓN RECIBIDA EN HCI Y DE SU ENCUENTRO CON EL PSE</b>	
¿Has recibido durante la carrera formación en habilidades de comunicación interpersonal (HCI)?	
Cuantifica cuál es tu percepción respecto a la formación en HCI utilizando esta escala	
¿Recomendarías a un compañero de estudios realizar un encuentro con un PSE?	
<b>TIPOLOGÍA DE LAS ASIGNATURAS DEL PLAN DE ESTUDIOS</b>	
De las asignaturas que aparecen a continuación, marca con una cruz las que realizaste.	
Cuantifica cuál es tu percepción, respecto a la formación que recibiste en HCI en cada una de las asignaturas.	
¿Consideras que existe alguna otra asignatura, en la que hayas recibido formación en HCI y que no se ha tenido en cuenta en la pregunta 7?	
Cuantifica cuál es tu percepción respecto a la formación en HCI en dicho asignatura	
<b>TIPOLOGÍA DE CENTROS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS</b>	
¿Realizaste tu periodo de formación clínica en alguno de los siguientes centros?	
Cuantifica cuál es tu percepción respecto a la formación en HCI en dicho centro	
¿Consideras que existe algún otro centro en el que hayas recibido formación en HCI y que no se ha tenido en cuenta en la pregunta 5?	
Cuantifica cuál es tu percepción respecto a la formación en HCI en dicho centro	
<b>COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS</b>	
¿Deseas añadir algún otro comentario o sugerencia relacionada con las habilidades de comunicación?	

- **ENCUESTA 2-FD**

Es una encuesta semiestructurada (**Anexo 1**), que fue cumplimentada por los profesores responsables de asignaturas troncales. Consta de 5 preguntas relacionadas con: los aspectos que favorecen el aprendizaje de las HCI, los aspectos que lo dificultan, la realización de alguna intervención educativa específica (seminarios, módulos, etc.), la evaluación de la competencia relacionada con la adquisición de HCI y la opción de añadir comentarios o sugerencias (**Tabla 24**).

TABLA 24	Encuesta 2-FD (formato resumido)
<b>Información que se pretende recoger</b>	
<b>PERCEPCIÓN DE LA DOCENCIA EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL</b>	
¿Qué aspectos favorecen, en su asignatura, el aprendizaje de las habilidades de comunicación interpersonal durante la entrevista clínica?	
¿Qué aspectos dificultan, en su asignatura, el aprendizaje de las habilidades de comunicación interpersonal durante la entrevista clínica?	
¿Ha incluido en su asignatura algún tema específico o algún modulo dirigido a <b>favorecer el aprendizaje</b> de la competencia relacionado con la adquisición de habilidades de comunicación interpersonal?	
¿Evalúa la <b>competencia</b> relacionada con la adquisición de habilidades de comunicación interpersonal? Si contesta SI, ¿Cómo se evalúa?	
<b>COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS</b>	
¿Desea añadir algún otro comentario o sugerencia relacionada con las habilidades de comunicación interpersonal?	

- **ENCUESTA 3-FD**

Es una encuesta semiestructurada (ver **Anexo 1**) cumplimentada por los profesores responsables de los centros de prácticas clínicas y que consta de 3 preguntas relacionadas con: los *aspectos que favorecen el aprendizaje de las HCI*, los *aspectos que lo dificultan*, la *realización de alguna intervención educativa específica* y con la opción de añadir comentarios o sugerencias (**Tabla 25**).

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

<b>TABLA 25</b>	<b>Encuesta 3-FD (formato resumido)</b>
<b>Información que se pretende recoger</b>	
<b>PERCEPCIÓN DE LA DOCENCIA EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN INTERPERSONAL</b>	
¿Qué aspectos favorecen, en su centro de prácticas, el aprendizaje de las habilidades de comunicación interpersonal durante la entrevista clínica?	
¿Qué aspectos dificultan, en su centro de prácticas, el aprendizaje de las habilidades de comunicación interpersonal durante la entrevista clínica?	
¿Realizan en el centro de prácticas algún tipo de <b>intervención dirigida a favorecer el aprendizaje</b> de la competencia relacionada con la adquisición de habilidades de comunicación interpersonal?  Si realizan alguna intervención, ¿en qué consiste? ¿Evalúan dicha competencia? Si contestó afirmativamente, ¿cómo se evalúa?	
<b>COMENTARIOS Y/O SUGERENCIAS</b>	
¿Desea añadir algún otro comentario o sugerencia relacionado con las habilidades de comunicación interpersonal?	

#### c) ENTREVISTAS

Tras la visualización del video se realizó una entrevista (Entrevista 1-FD), con cada uno de los alumnos, después de haber visualizado conjuntamente (investigador y alumno) el vídeo de su entrevista con el paciente simulado.

#### d) OTROS MÉTODOS

- **LA GRABADORA**

Para registrar la entrevista, que el investigador realizó después de visualizar el video con el alumno, se utilizó una grabadora digital (HQ Digital Voice Recorder, 4GB Phone Mp3).

- **EL VIDEO**

El encuentro entre el PSE y el alumno se registró mediante dos cámaras de video (cámara digital Handy-cam de Sony), dispuestas de modo que recogieran los 3 momentos claves del encuentro: la entrevista, la exploración y la resolución y el cierre de la misma.

Para llevar a cabo esta actividad se habilitó un espacio en la **FMCS** de Reus. Para la captura de video y para su digitalización se utilizó el programa Windows Movie Maker. Tras este proceso dos observadores externos evaluaron, mediante el cuestionario CICAA, las HCI de los alumnos y el investigador pudo visualizar los videos con los alumnos que participaron en la retroacción de la entrevista, mediante un ordenador.

- **EL ANÁLISIS DOCUMENTAL**

Según Latorre (2003) y tomado de Del Rincón et al. (1995: 342), “El análisis de documentos es una fuente de gran utilidad para obtener información retrospectiva y referencial sobre una situación, un fenómeno o un programa concreto”. Es a partir de esta recomendación que en esta investigación nos hemos apoyado en el análisis documental para contrastar y validar la información obtenida mediante otros medios.

En este caso se ha tenido en cuenta el análisis documental de: los antecedentes relacionados con otras experiencias que han evaluado o que han aplicado métodos de aprendizaje de habilidades comunicativas, el currículo, el cuaderno del investigador y el material relacionado con las reuniones del grupo de trabajo.

### **1.2.3.3. Método de análisis e interpretación de los datos**

Exponemos a continuación los métodos utilizados para analizar los datos cuantitativos, cualitativos y el método de validación de los mismos.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### ■ ANÁLISIS DE LOS DATOS (FASE DIAGNÓSTICA)

#### └ ANÁLISIS CUANTITATIVO

Exponemos a continuación los métodos utilizados para analizar los datos cuantitativos, cualitativos y el método de validación de los mismos.

Para el análisis *cuantitativo* se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 19.0). Para realizar el análisis *cualitativo* se establecieron categorías jerárquicas con relación a los datos recogidos para extraer los significados más relevantes. Una vez analizados los datos se procedió a la triangulación de los mismos.

Para el análisis de los **datos descriptivos** y del **nivel de HCI**, además del **impacto de determinadas asignaturas y centros de prácticas del currículo sobre la adquisición de HCI**, de la muestra estudiada se presentan porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central. Para apoyar esta información se utilizan tablas, histogramas de frecuencia y gráficos circulares.

Puesto que el Cuestionario CICAA fue aplicado por dos observadores independientes, se han utilizado los estadísticos índice de kappa (Test de Cohen) y el nivel de concordancia simple para analizar el **nivel de fiabilidad interobservador**. Mostramos en la **Tabla 26** los aspectos analizados, bajo un punto de vista cuantitativo, y qué instrumentos se han utilizado.

TABLA 26		Métodos de análisis cuantitativo
Aspectos analizados		Métodos de análisis
Datos descriptivos de la población (variables universales)		Porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central
Nivel de HCI (variables cuantitativas medidas mediante: los cuestionarios CICAA y MAPE 2)		
Fiabilidad interobservador (nivel de concordancia entre 2 observadores distintos) de la Escala CICAA		Índice de Kappa (test de Cohen) Nivel de concordancia simple
Impacto de las asignaturas sobre la formación en HCI		Porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central
Impacto de los centros de prácticas sobre la formación en HCI		

## ▮ ANÁLISIS CUALITATIVO

Para llevar a cabo el **análisis cualitativo** nos hemos basado en la realización de categorías jerárquicas tomadas de los datos de las encuestas, cumplimentadas por alumnos y profesores (Encuestas 1, 2 y 3), y de la entrevista realizada por el investigador con los alumnos tras el visionado del video. Los datos cuantitativos se han triangulado con los datos cualitativos y con las opiniones de expertos en habilidades de comunicación. Mostramos en la **Tabla 27** los aspectos que se han analizado y el método utilizado para su análisis.

TABLA 27	Aspectos analizados y método de análisis (Ciclo I, Fase diagnóstica)	
	Aspectos analizados	Método de análisis
	Percepción global del <b>alumno</b> respecto al Nivel de HCI	Categorización jerárquica
	Percepción del <b>alumno</b> respecto a haber recibido formación en HCI con relación al currículum (asignaturas).	
	Percepción del <b>alumno</b> respecto a haber recibido formación en HCI con relación al currículum (prácticas clínicas).	
	Percepción del <b>profesorado</b> respecto a haber proporcionado formación en HCI con relación a la docencia impartida en su asignatura.	Identificación de las opiniones más frecuentes
	Percepción del <b>profesorado</b> respecto a haber proporcionado formación en HCI con relación a la docencia impartida en el centro de prácticas	

## ▮ VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La validación de la información obtenida se ha llevado a cabo, aplicando el criterio de *validación* de grupo propuesto, la *observación persistente* y la *triangulación*.

## ▣ INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS: RESULTADOS (FASE DIAGNÓSTICA)

Presentamos los resultados de la investigación que tratan de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas inicialmente. La exposición tendrá en cuenta los datos cuantitativos y cualitativos y, conforme se avance en el proceso de presentación de los resultados, se realizará la



## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

triangulación de los mismos. Se expondrán en primer lugar los datos generales basados en la descripción de la muestra.

### └ DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

#### A. DATOS GENERALES

Observamos en la **Tabla 28** los datos descriptivos de la población. La nota media ponderada del expediente académico<sup>1</sup> (teniendo en cuenta que la puntuación máxima corresponde a un valor de 4 puntos) fue de 2,18 (0,56).

<b>TABLA 28</b>	<b>Datos descriptivos de la muestra</b>
<b>Variabes</b>	<b>Grupo (n=20)</b>
Edad, media $\pm$ DE	23,05 $\pm$ 2,62
Género (%)	
Femenino	90%
Masculino	10%
Exp. académico	
Media $\pm$ DE	2,18 $\pm$ 0,56

### └ DATOS RELACIONADOS CON LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Los datos relacionados con las variables de estudio se han relacionado con los objetivos y con las preguntas de investigación. Para clarificar la información de este apartado tomaremos como referencia el esquema de la **Figura 15**, donde podemos observar como a partir de la definición del problema, se pretende obtener un diagnóstico del mismo. Para ello se han tenido en cuenta las preguntas de investigación (y sus objetivos) ya definidas anteriormente. Nuestro propósito es utilizar diferentes métodos e instrumentos para dar respuesta a dichas preguntas y

---

<sup>1</sup> La calculada conforme al R.D. 1497/1987, de 27 de noviembre, en la redacción dada por el R.D. 1267/1994, de 10 de junio, con la siguiente escala: Aprobado: 1; Notable: 2; Sobresaliente: 3; Matrícula de Honor: 4 (url: [http://www.urv.cat/futurs\\_estudiants/1er\\_i\\_2n\\_cicle/beques\\_colaboracio/preguntes\\_frequents.html#\\_mitjana](http://www.urv.cat/futurs_estudiants/1er_i_2n_cicle/beques_colaboracio/preguntes_frequents.html#_mitjana))

establecer las bases para el diseño de una propuesta formativa dirigida a trabajar las HC.

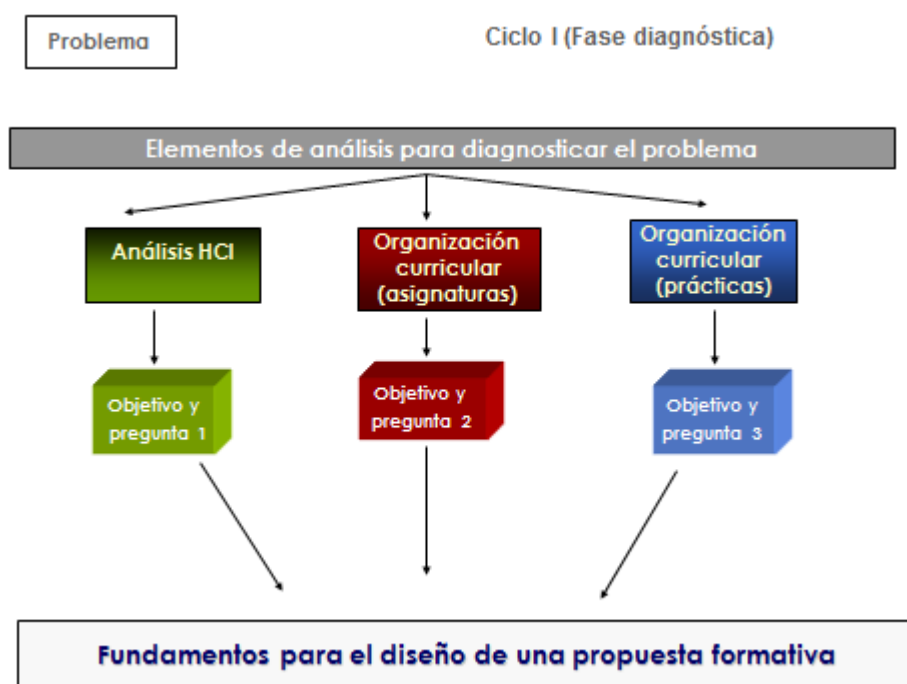


Figura 15. Elementos de análisis para el diagnóstico del problema (Ciclo I, Fase diagnóstica)

► **Pregunta de investigación 1: ¿Cuál es el nivel de HCI de los alumnos de Fisioterapia de la URV?**

Para obtener los datos, relacionados con esta pregunta, hemos utilizado los instrumentos que aparecen en la **Figura 16** y que enumeramos a continuación.

- La puntuación obtenida a partir de la *Escala MAPE 2* (cumplimentado por el PSE) y del *Cuestionario CICAA* (realizado por 2 observadores externos).
- La *Encuesta 1* cumplimentada por los alumnos de la muestra (en las preguntas 3, 4 y 10, se recogen datos relacionados con la percepción de la formación recibida en HCI).
- *La entrevista post visualización del video* donde el investigador, proporcionó feedback a los alumnos.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

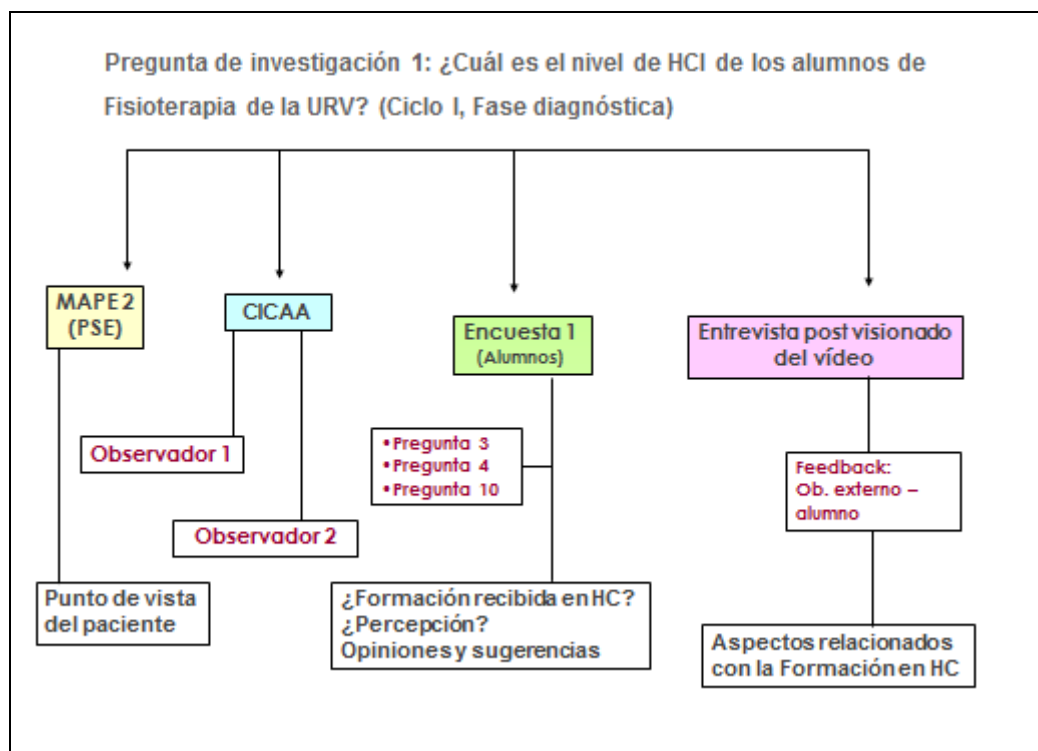


Fig. 16. P. de investigación 1 (Ciclo I, Fase diagnóstica)

#### – PUNTUACIÓN OBTENIDA: ESCALA MAPE 2 Y CUESTIONARIO CICA A

##### a) Puntuación media de la Escala MAPE 2

La **máxima puntuación** que puede obtener el alumno, con relación a la **Escala MAPE 2** es de **60 puntos**. Los alumnos de la muestra obtuvieron una **puntuación media total de 33,95 puntos (7,46)**. Tras la realización de la prueba piloto, el investigador decidió añadir una pregunta relacionada con la *predisposición del PSE a recibir tratamientos de Fisioterapia sucesivos*, por cada uno de los alumnos de la muestra. En nuestro caso el paciente simulado dijo **desear ser tratado por un 55% de los alumnos y no ser tratado por el 45% restante**. Con relación a la **puntuación media** obtenida **para cada uno de los ítems** del cuestionario (sobre un total de 10 puntos) fue la siguiente: 6,05 (1,50) para el ítem de *cordialidad*; 5,6 (1,23) para el de *escucha activa*; 5,8 (1,43) para el de *empatía*; 5,55 (1,53) para el de *contacto* y 5,25 (1,37) para los de *asertividad y despedida* (ver en **Tabla 29**).

**Escala MAPE 2:** La puntuación media total (sobre 60 puntos) durante la **Fase diagnóstica** fue de **33,95 puntos** (7,46). La puntuación más alta fue para el ítem de *cordialidad* y la más baja para los de *asertividad* y *despedida*. En todos los ítems se alcanzó una puntuación ligeramente superior al 50% del valor máximo que podía obtenerse.

### b) Puntuación media del Cuestionario CICAA

La máxima puntuación que puede obtener el alumno, con relación al Cuestionario CICAA, es de 58 puntos (mostramos los datos en la **Tabla 29**).

TABLA 29		Nivel de habilidades de comunicación (P.1): MAPE 2, CICAA (observador 1, 2)		
Variables		Valor total	Media ± DE	¿Desearía ser tratado de nuevo por este alumno? (Frecuencia)
MAPE 2		60	33,95 ± 7,46	SI: 55 % NO: 45 %
MAPE 2 (inicio)	Cordialidad	10	6,05 ± 1,50	
MAPE 2 (exploración)	Escucha activa	10	5,60 ± 1,23	
	Empatía	10	5,80 ± 1,43	
	Contacto	10	5,55 ± 1,53	
MAPE 2 (resolución)	Asertividad	10	5,25 ± 1,37	
MAPE 2 (final)	Despedida	10	5,25 ± 1,37	
CICAA (observador 1)		58	19,4 ± 10,59	
CICAA (Tarea 1: conectar)		12	5,70 ± 3,95	
CICAA (Tarea 2: identificar y comprender los problemas)		28	7,95 ± 0,45	
CICAA (Tarea 3 y 4: acordar y ayudar a actuar)		18	5,6 ± 0,19	
CICAA (observador 2)		58	20,3 ± 9,83	
CICAA (Tarea 1: conectar)		12	6,2 ± 0,16	
CICAA (Tarea 2: identificar y comprender los problemas)		28	8,3 ± 0,46	
CICAA (Tarea 3 y 4: acordar y ayudar a actuar)		18	6,0 ± 0,28	

Los alumnos de la muestra obtuvieron una **puntuación media total** de 19,40 puntos (10,59) cuando fueron evaluados por el observador 1 y de 20,3 (9,83) puntos cuando fueron evaluados por el observador 2 (ver **Tabla 29**). Cuando se analizan los datos **por tareas**, con relación a los observadores 1 y 2, la puntuación obtenida no difiere en exceso. Ninguna de las tareas analizadas

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

alcanza un resultado igual o superior al 50%, de la puntuación máxima que puede obtenerse, a excepción de la tarea 1 (conectar) cuando fue evaluada por el observador 1, siendo el resultado de 6,2 (0,16) puntos sobre 12 puntos.

**Cuestionario CICAA:** En todas las tareas evaluadas por ambos observadores se obtuvieron valores de puntuación inferiores al 50% de su valor máximo a excepción de la tarea “conectar” que alcanzó un valor ligeramente superior (cuando fue valorada por el observador 1).

Mostramos en la **Tabla 30** los valores del análisis de concordancia interobservador del Cuestionario CICAA para cuyo cálculo se utilizó el índice de Kappa (ver **Tabla 30**).

<b>Tabla 30</b>		<b>Análisis de concordancia interobservador (K): Escala CICAA (observador 1-observador 2)</b>			
<b>Tarea / pregunta</b>	<b>Índice de Kappa (<math>\kappa</math>)</b>	<b>Valor p (P&lt;0,05)</b>	<b>Tarea / pregunta</b>	<b>Índice de Kappa (<math>\kappa</math>)</b>	<b>Valor p (P&lt;0,05)</b>
<b>Tarea 1: conectar</b>			<b>Tareas 3-4 : acordar y ayudar a actuar</b>		
P. 1	0,385	,014	P. 21	0,517	,001
P. 2	0,508	,003	P. 22	0,692	,001
P. 3	0,479	,024	P. 23	0,520	,001
P. 4	0,597	,001	P. 24	0,680	,001
P. 5	0,741	,001	P. 25 (*)	90%	
P. 6	0,542	,001	P. 26	0,910	,001
<b>Tarea 2: identificar y comprender los problemas</b>			P. 27	0,558	,001
P. 7	0,745	,001	P. 28	0,785	,001
P. 8	0,633	,001	P. 29	0,718	,001
P. 9	0,350	,039			
P. 10	0,350	,039			
P. 11	0,375	,011			
P. 12	0,840	,001			
P. 13	1,000	,001			
P. 14	0,769	,001			
P. 15 (*)	80%				
P. 16	1,000	0,001			
P. 17	1,000	0,001			
P. 18	0,520	0,001			
P. 19	0,403	0,029			
P. 20	0,595	0,001			

(\*): No se puede calcular el índice de kappa, se muestra el índice de concordancia simple en porcentaje

Cuando éste último ítem no se pudo calcular, el cálculo se realizó mediante la averiguación de la concordancia simple expresada en porcentaje de acuerdo.

Los datos obtenidos muestran un **grado de concordancia**: *muy bueno* (Preguntas: 12, 13, 16, 17 y 26), *bueno*: (Preguntas: 5, 7, 8, 22, 24, 28 y 29), *moderado* (Preguntas: 2, 3, 4, 6, 18-21, 23 y 27) y *escaso* (Preguntas: 1, 9-11).

#### - DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA 1-FD

Para exponer los datos de este apartado hemos recogido la información de las preguntas 3, 4 y 10 (**Encuesta Nº1**), pudiéndose observar los resultados en las **Tablas 31, 32, y 33** respectivamente.

**Pregunta Nº. 3 (Encuesta 1-FD).** ¿Crees que durante la carrera has recibido, directa o indirectamente la formación suficiente en HC? SI  NO  ¿Por qué?

En este caso trece alumnos contestaron que **si** (65%) y 7 (35%) que **no**. **En esta pregunta se indagó acerca del porqué de la respuesta escogida**, ya bien fuera ésta positiva o negativa (ver **Tabla 31**).

<b>TABLA 31</b>			
<b>Encuesta 1. Pr. 3. Categorización jerárquica</b>			
<b>Respuesta (%)</b>	<b>Percepción de formación recibida</b>	<b>Explicación</b>	<b>Características</b>
<b>Si (65%)</b>	Insuficiente	<b>Asignaturas (40%)</b> <b>Centros de prácticas clínicas (60%)</b>	Sin formación práctica Pacientes ya diagnosticados No se realiza la anamnesis del paciente El estudiante solo aplica técnicas
<b>No (35%)</b>	Insuficiente	<b>Formación práctica</b>	Cuando se realizó: escasa y muy teórica (15%) No hubo formación práctica (20%)

Los alumnos que contestaron **afirmativamente** (65%) percibieron haber recibido formación en HCI de un modo indirecto aunque insuficiente. En este caso señalaron que en alguna asignatura o/y en algún centro (de prácticas clínicas) habían recibido formación, si bien en las asignaturas no había prácticas aplicadas a situaciones reales. En cuanto a las prácticas realizadas con pacientes en los centros asistenciales los pacientes ya llegaban en su mayoría diagnosticados y no había la posibilidad de realizar entrevistas clínicas. Si en algún momento pudieron realizarlas nunca estuvieron a solas con el paciente.

Respecto a los alumnos que contestaron **negativamente** (35%), su percepción fue que no

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

recibieron formación suficiente en HC, y cuando la recibieron, ésta se realizó bajo un punto de vista teórico, fue escasa, esporádica y muy superficial.

**Pregunta Nº. 4 (Encuesta 1-FD).** ¿Cuál es tu percepción respecto a la adquisición de HC de comunicación durante la carrera? Marca con una cruz la puntuación que consideres.

La **puntuación media** de los alumnos, en una escala numérica del 1 al 10 (ver Tabla 32) fue de de un **5/10 (1,53)**.

<b>TABLA 32 Encuesta 1. Resultados: pregunta 4</b>		
<b>Media (DE)</b>	<b>Puntuación (0-10)</b>	<b>Frecuencia</b>
5,05 (1,53)	Deficiente 1	0
	Deficiente 2	0
	Insuficiente 3	20,0
	Insuficiente 4	20,0
	Suficiente 5	20,0
	Suficiente 6	20,0
	Notable 7	15,0
	Notable 8	5,0

**Pregunta Nº. 10 (Encuesta 1-FD).** ¿Deseas añadir algún otro comentario o alguna sugerencia con relación a las HC?

Mostramos en la **Tabla 33** los datos extraídos de la categorización jerárquica.

<b>TABLA 33 Encuesta 1-FD. Pr. 10. Categorización jerárquica</b>		
<b>Aspectos a destacar (100 %)</b>	<b>Propuestas</b>	<b>Explicación</b>
Necesidad de recibir formación en HCI (100%)	<b>Enfoque más práctico (80%)</b>	Existe un déficit formativo en HC
	<b>Trabajar con PS (75%)</b>	Se aprende a recoger la información del paciente Se aprende a buscar la implicación del paciente Se aprende a transmitir confianza y seguridad Permite detectar las limitaciones (saber qué hacer y cómo hacerlo) y los errores Se dispone de un método para no improvisar Permite obtener un feedback (viendo el video) Primer paso previo al trabajo con pacientes reales y al mundo laboral
	<b>En asignaturas troncales (90%)</b>	Da la opción a que todos los alumnos participen

Los alumnos proponen, en base a las necesidades de formación expresadas: realizar un enfoque

más práctico de los contenidos, más inclusivo (que todos puedan recibir la misma formación) y que utilice metodologías facilitadoras del aprendizaje próximas a las situaciones reales, como por ejemplo mediante el paciente simulado.

**→ DATOS RELACIONADOS CON LA ENTREVISTA (1-FD) POST VISIONADO DEL VIDEO**

Acudieron a la entrevista para visualizar el vídeo y obtener retroacción un total de 12 alumnos de la muestra. Se muestran en la **Tabla 34** las opiniones extraídas de la entrevista tras su categorización.

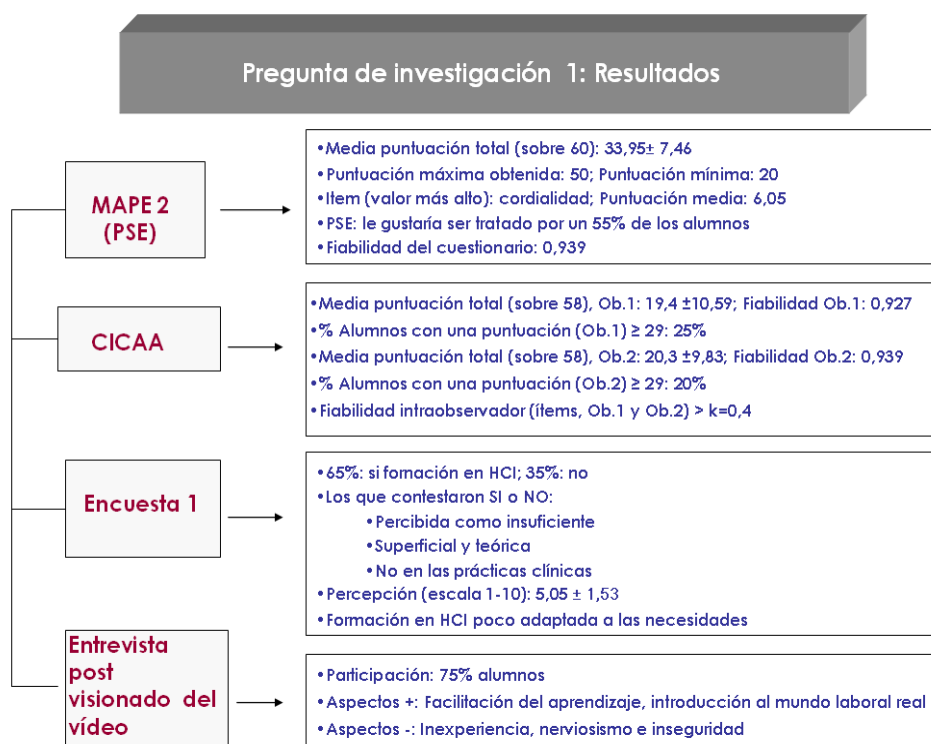
<b>TABLA 34</b>	<b>Entrevista post visualización del video de la ECF (alumno – PSE): categorización: opiniones de los alumnos</b>			
<b>Percepción (experiencia encuentro alumno-PS)</b>	<b>Calidad de la experiencia</b>	<b>Explicación</b>	<b>Concreción</b>	
<b>Aspectos positivos (95%)</b>	Facilitadora del aprendizaje de HC	Diferente de las prácticas habituales	Entrevista sin supervisión in situ (tutor de prácticas) Paciente con diagnóstico médico pero sin diagnóstico de Fisioterapia	
	Próxima o muy próxima a la realidad	Pocas diferencias con una situación real	Experiencia cercana al mundo laboral	
<b>Aspectos negativos (95%)</b>	Extraña	Dificultad para reconocermme	Nunca antes había participado en una experiencia similar Mi voz, mi movimiento, mi modo de actuar	
	Estresante	Enfrentarme a una situación nueva	Nerviosismo	Ante lo desconocido Ante el video y el PS Ante la novedad
			Inseguridad	No saber qué hacer/ decir No saber cómo hacer/decir
				Empezar “desde cero”

El 95% de los alumnos destacaron como **aspectos positivos** el hecho de participar en una experiencia próxima a la realidad y útil para el aprendizaje de HC. El mismo porcentaje (95%) identificó como aspectos negativos la percepción de estar ante una experiencia extraña y



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

estresante, asociada al hecho de estar ante una situación desconocida en la que sintieron nervios e inseguridad a la hora de interactuar con el PSE. Mostramos el resumen de los resultados más relevantes de la **Pregunta 1** relacionada con la variable “nivel de HCI” (**Fig. 17**).



**Figura 17.** P. de investigación 1: resultados (Ciclo I, Fase diagnóstica)

#### ► **Pregunta de investigación 2: ¿Cuál es el impacto de determinadas asignaturas del currículo de Fisioterapia, incluidas en la tipología “asignaturas”, como promotoras de la formación en HCI?**

Los datos relacionados con esta pregunta se obtuvieron a partir del análisis cuantitativo y cualitativo de la variable “*Impacto de las asignaturas de la tipología sobre la formación en HCI*”. Para ello se tuvo en cuenta la opinión de los profesores que impartían dichas asignaturas y la de los alumnos que las realizaron. Para la recogida de datos hemos utilizado los siguientes instrumentos (ver **Figura 18**):

- *Cumplimentación de la Encuesta 2* por los **profesores** incluidos en la tipología de asignaturas (desde la pregunta 7 a la 11). Las asignaturas analizadas, que dentro de sus contenidos incluían aspectos

comunicativos, fueron: Ciencias Psicosociales y aplicadas, Fisioterapia II (únicamente aquellos alumnos que realizaron el Módulo ABP), Modelos de adaptación al envejecimiento y Escucha activa.

- *Cumplimentación de la Encuesta 1-FD* por los **alumnos** de la muestra. En una parte de esta encuesta se recogen datos relacionados con el impacto de las asignaturas de la tipología sobre la formación en HCI, concretamente se han tenido en cuenta las preguntas 1, 2, 8 y 9 de esta encuesta.
- La *entrevista realizada por el investigador* a los alumnos y la obtención de Feedback por parte de éstos con relación al impacto de las asignaturas de la tipología sobre la formación en HCI.

### Pregunta de investigación 2. Impacto de las asignaturas sobre la formación en HC (Ciclo I, Fase diagnóstica)

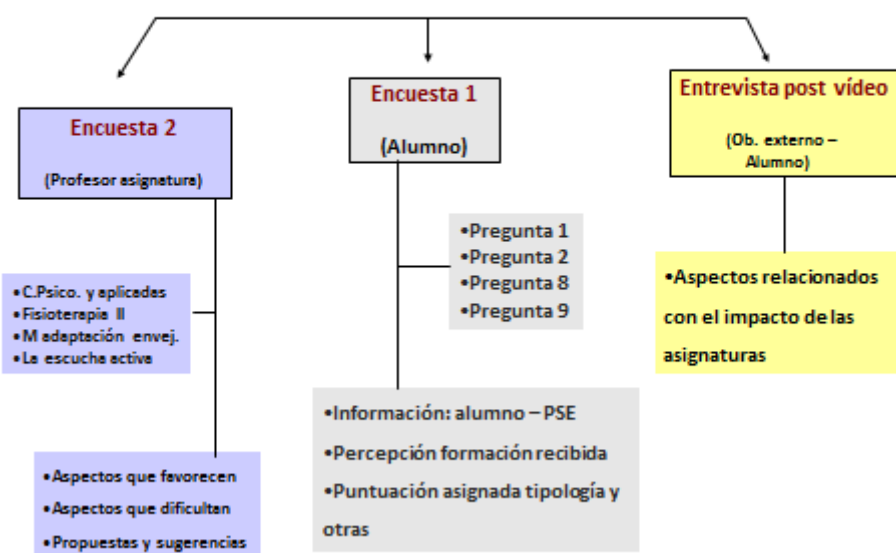


Figura 18. P de inv. 2 (Ciclo I, Fase diagnóstica): Instrumentos para la recogida de datos

#### → CUMPLIMENTACION DE LA ENCUESTA 2 –FD

Los datos presentados tienen que ver con la percepción de la docencia realizada por parte de cada uno de los profesores responsables de las 4 asignaturas que se han incluido en la tipología. Para extraer la información se ha realizado una categorización de las respuestas obtenidas en la encuesta 2. Con relación a la **encuesta 2**, cumplimentada por los profesores de las asignaturas de la tipología, se tratarán los siguientes aspectos:

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

- a) Aspectos que **favorecen** la formación HCI (Pr.7).
- b) Aspectos que **dificultan** la formación en HCI (Pr.8).
- c) **Propuestas** relacionadas con la formación en HCI, su evaluación y otras sugerencias (Preguntas 9 a la 11).

#### ▣ ASIGNATURA: Ciencias Psicosociales y aplicadas

Los aspectos que **favorecen la formación en HC** (P.7) son: la realización de modelos de intervención, el planteamiento de problemas tipo durante las intervenciones, la necesidad de profundizar en aspectos biográfico-personales y el hecho de que la valoración de los casos se lleve a cabo mediante el diálogo. Son aspectos que **dificultan la formación** (P.8): la falta de casos prácticos reales, los aspectos personales o prejuicios con relación a pacientes específicos, la extrema dificultad de los casos que podrían incluirse en la asignatura (trastornos de la personalidad o situaciones de discapacidad crónica) y el hecho de estar excesivamente pendientes de aspectos técnicos relacionados, únicamente, con la rehabilitación física. En relación a las **propuestas de mejora**, el diálogo entre los profesores para *elaborar casos compartidos*, en los que pudieran trabajarse distintos aspectos, podría constituir un buen punto de partida para trabajar las HC. La **evaluación** de la competencia relacionada con la adquisición de HCI se trabaja con un caso clínico, del que se extraen preguntas para la evaluación. Mostramos en la **Tabla 35** la información más relevante.

<b>TABLA 35 Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): Ciencias Psicosociales y aplicadas (Encuesta 2-FD)</b>					
<b>ASIGNATURA (Pregunta)</b>	<b>Favorece el aprendizaje de HC (P. 7)</b>	<b>Dificulta el aprendizaje de HC (P. 8)</b>	<b>¿Actividades específicas? (P. 9)</b>	<b>¿Se evalúa la competencia en HC? (P. 10)</b>	<b>Comentarios Sugerencias (P. 11)</b>
<b>CC. Psicosociales</b>	Modelos de intervención Problemas tipo Aspectos biográfico-personales  Valoración de casos (diálogo)	No casos prácticos reales  Prejuicios Dificultad de los casos Priorizar la rehabilitación física	Casos clínicos (teóricos)	Si	Propuesta: trabajar casos en diferentes asignaturas (integración)

▣ **ASIGNATURA: Fisioterapia II (Módulo ABP)**

Mostramos en la **Tabla 36** la información más relevante. Los **aspectos que favorecen** el aprendizaje de HCI, en esta asignatura son: la *realización de la anamnesis* del paciente dentro del módulo **ABP** (aprendizaje basado en problemas), el hecho de que el profesor asuma el *rol del paciente* (role play) y el hecho de trabajar, en una ocasión, con un *paciente real*. Los **aspectos que dificultan** el aprendizaje tiene que ver con la dificultad para trabajar con pacientes reales (solo pudo trabajarse en un ABP y hubo un paciente para todos los alumnos).

<b>TABLA 36</b>		<b>Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): Fisioterapia II. Módulo ABP (Encuesta 2-FD)</b>				
<b>ASIGNATURA (Pregunta)</b>	<b>Favorece el aprendizaje de HC (P. 7)</b>	<b>Dificulta el aprendizaje de HC (P. 8)</b>	<b>¿Actividades específicas? (P. 9)</b>	<b>¿Se evalúa la competencia en HC? (P. 10)</b>	<b>Comentarios Sugerencias (P. 11)</b>	
<b>Fisioterapia II (Módulo ABP)</b>	Anamnesis in situ  Role play  1 caso real	No casos prácticos reales (dificultad)	Trabajar con casos reales (1 ocasión)	No	Propuesta: trabajar casos en diferentes asignaturas (integración/ ABP)	

En relación a las **estrategias** dirigidas a favorecer el aprendizaje (P.9), al hecho de **evaluar** las competencias (P.10) y a las posibles **sugerencias** (P.11), la estructura metodológica del módulo ABP favorece el aprendizaje de HCI, ya se trabajan casos basados en situaciones reales. La competencia relacionada con la adquisición de HC **no se evalúa**. El profesor de esta asignatura propuso trabajar casos integrados con otras asignaturas, siguiendo la metodología ABP.

▣ **ASIGNATURA: Modelos de adaptación al envejecimiento**

**Favorecen** el trabajo de las HC, la presencia de contenidos teóricos, relacionados con las HC, dentro del temario de la asignatura y la realización de una práctica de role play, donde se trabajan las HC. Los **aspectos que dificultan** el aprendizaje de HCI, tienen que ver con el hecho de que no se realizan prácticas en las que se produzca una interacción individual alumno – persona de la 3ª edad dentro de la asignatura. Respecto a las respuestas de las **preguntas 9-11**, de la encuesta 2, las actividades específicas se basaron en la realización de role play y exposiciones orales. El profesor

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

sugirió utilizar casos reales con el apoyo del video como elemento de refuerzo para trabajar las HC. La competencia relacionada con la adquisición de HCI no se evalúa. Puede observarse la información descrita en la **Tabla 37**.

<b>Tabla 37</b>	<b>Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): Modelos de adaptación al envejecimiento (Encuesta 2-FD)</b>				
<b>ASIGNATURA (Pregunta)</b>	<b>Favorece el aprendizaje de HC (P. 7)</b>	<b>Dificulta el aprendizaje de HC (P. 8)</b>	<b>¿Actividades específicas? (P. 9)</b>	<b>¿Se evalúa la competencia en HC? (P. 10)</b>	<b>Comentarios Sugerencias (P. 11)</b>
<b>Modelos de adaptación al envejecimiento</b>	Contenidos teóricos (programa)  Role play	No casos prácticos reales (dificultad)	Role play Exposición oral	No	Propuesta: trabajar casos reales con el apoyo del video

#### ■ ASIGNATURA: La escucha activa

Resumimos en la **Tabla 38** los aspectos más relevantes.

<b>Tabla 38</b>	<b>Aspectos que influyen sobre el aprendizaje de HC (asignaturas): La escucha activa (Encuesta 2-FD)</b>				
<b>ASIGNATURA (Pregunta)</b>	<b>Favorece el aprendizaje de HC (P. 7)</b>	<b>Dificulta el aprendizaje de HC (P. 8)</b>	<b>¿Actividades específicas? (P. 9)</b>	<b>¿Se evalúa la competencia en HC? (P. 10)</b>	<b>Comentarios Sugerencias (P. 11)</b>
<b>Escucha activa</b>	Análisis entrevistas (programa)  Hablar en público	Poca experiencia personal y profesional	Exposición de casos (entrevista realizada)	Si	Propuesta: Activar asignatura troncal (dirigida a alumnos de Fisioterapia)

Son aspectos que **favorecen el aprendizaje** de HC en la ECF, el análisis que se lleva a cabo, a partir de las entrevistas realizadas con el paciente y la puesta en común con todos los compañeros de la asignatura. Los aspectos que **dificultan el proceso de aprendizaje** tienen que ver con la escasa experiencia de los alumnos, puesto que proporciona pocos elementos de referencia en cuanto a los hábitos de comunicación interpersonal. Respecto a las **propuestas de mejora**, sería necesario incorporar una asignatura troncal dirigida a favorecer el aprendizaje de las **HCI** adaptando los

contenidos a la formación del fisioterapeuta. La **evaluación de la competencia** se realiza durante la exposición de la entrevista en el aula. Bajo el punto de vista del temario existe un tema dedicado a las habilidades de comunicación, además de los seminarios dedicados al comentario de casos relacionados con la entrevista. Mostramos a continuación el resumen de **los resultados más relevantes de la Encuesta 2** con relación a la pregunta de investigación 2 (**Figura 19**).

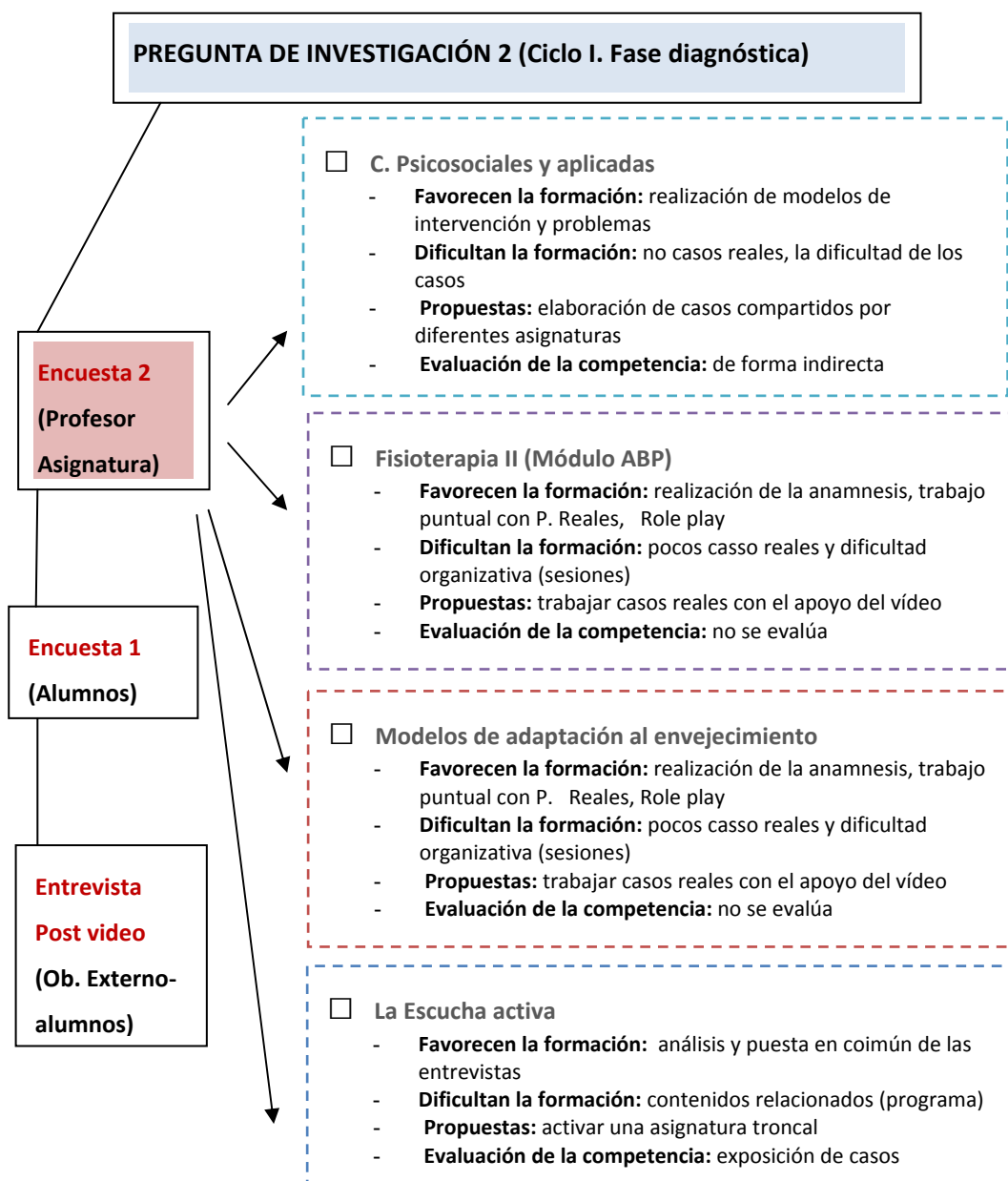


Figura 19. Resultados: Pregunta de inv. 2 (Enc. 2). Ciclo I, Fase diagnóstica

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### – CUMPLIMENTACIÓN DE LA ENCUESTA 1-FD POR PARTE DE LOS ALUMNOS

Se muestran los datos relacionados con el impacto de las asignaturas incluidas en el estudio sobre la adquisición de habilidades de comunicación. Para ello se han tenido en cuenta las respuestas y la categorización jerárquica de las preguntas 1, 2, 8 y 9 de esta encuesta y que comentamos a continuación. Se muestran en el Anexo 1 la transcripción de dichas preguntas.

##### **Pregunta Nº.1 (Encuesta 1-FD):** ¿Lo que más te ha gustado de la interacción con el PSE ha sido?

El primer aspecto de interés tiene que ver con el hecho de percibir el instrumento PSE, *como un instrumento real, diferente a la teoría proporcionada y a las prácticas de simulación realizadas* (dentro de las diferentes asignaturas) en clase.

##### **Pregunta Nº. 2 (Encuesta 1-FD):** ¿Lo que menos te ha gustado de esta experiencia ha sido?"

Algunos alumnos pusieron de relieve, el déficit de formación y la inseguridad que les ha producido el encuentro con el PSE.

**Pregunta Nº. 8 (Encuesta 1-FD):** Marca con una cruz las asignaturas que has realizado durante la carrera y que aparecen a continuación y cuál es tu percepción en cuanto al nivel de adquisición de HCI en cada una de ellas.

A continuación pueden observarse los datos relacionados con la importancia *que le atribuyen los alumnos a cada una de las asignaturas, incluidas en el estudio*, y que aparecen en la **Tabla 39**.

##### ■ ASIGNATURA: Ciencias Psicosociales y aplicadas

Un 95% de los alumnos realizó esta asignatura *troncal*. De los datos expuestos queremos destacar que el valor asignado por el 31,6% de los alumnos fue de 5 (suficiente), para un 26,3% la puntuación fue de 6 (suficiente), para un 21,1% fue de 4 (insuficiente) y para el 21% restante de 3 (insuficiente).

### ■ ASIGNATURA: Fisioterapia II (Módulo ABP)

Fisioterapia II es una asignatura *troncal* realizada por el 100% de los alumnos, si bien el módulo de ABP fue realizado únicamente por el 58% de los alumnos de la muestra. Los alumnos que realizaron este módulo puntuaron la adquisición de HCI del siguiente modo: el valor más frecuente (36,4%) fue de 6 puntos (suficiente) y de 5 puntos (suficiente) para el 36,4% seguido de la puntuación 7 (notable), realizada por un 27,2% de los alumnos.

Tabla 39		Formación adquirida en HC para cada asignatura. Percepción de los alumnos (Encuesta 1-FD, Pregunta 8)			
Asignatura: Tipo N (matriculados)	CC. Psicosociales y aplicadas (Resultado calific. en %)	FTP II (Módulo ABP) (Resultado calific. en %)	M. de adap. Al envej. (Resultado calific. en %)	Escucha activa (Resultado calific. en %)	
<b>Tipo de asignatura</b>	Troncal	Troncal	Optativa	Libre elección	
<b>Realizaron la asignatura (% de la muestra)</b>	95%	58%	20%	20%	
<b>Calificación</b>					
Deficiente 1	0	0	0	0	
Deficiente 2	5,3	0	0	0	
Insuficiente 3	0	0	0	0	
Insuficiente 4	21,1	9,1	0	0	
Suficiente 5	<b>31,6</b>	9,1	0	0	
Suficiente 6	26,3	<b>36,4</b>	25	<b>25</b>	
Notable 7	5,3	27,2	0	<b>25</b>	
Notable 8	5,3	9,1	<b>50</b>	<b>25</b>	
Excelente 9	5,3	9,1	25	<b>25</b>	
Excelente 10	0	0	0	0	

### ■ ASIGNATURA: Modelos de adaptación al envejecimiento

Esta es una asignatura *optativa*, acotada en número de alumnos, de reciente incorporación en la oferta de asignaturas optativas del Plan de estudios de Fisioterapia. El porcentaje de alumnos que realizó esta signatura es del 20%. Un 50% de los alumnos puntuó con un 8 (notable), la posible repercusión de la asignatura en la adquisición de las HCI, un 25% puntuó con un 6 (suficiente) y el 25% restante con un 9 (excelente).



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

##### ■ ASIGNATURA: La escucha activa

Corresponde a una asignatura de *libre elección*. Dentro de la muestra estudiada fue realizada por 4 alumnos (20% del total). La puntuación más frecuente asignada por los alumnos que realizaron dicha asignatura, con relación a su influencia en la adquisición de HCI, fue de 6,7, 8 y 9 puntos, con idéntica frecuencia.

**Pregunta Nº. 9 (Encuesta 1-FD):** ¿Existe alguna otra asignatura en la que tú consideres que has aprendido habilidades de comunicación interpersonal y que no se haya mencionado en la pregunta 8 del cuestionario?

Esta pregunta permitió recoger la información relacionada con el posible impacto de *otras asignaturas*, no incluidas en la encuesta, sobre la formación en HCI. En este caso, un 35% de los alumnos encuestados (7 alumnos), reconoció el posible impacto de otras asignaturas, distintas a las mencionadas, en cuanto a la formación de habilidades de comunicación. Aparecen en la **Tabla 40** las asignaturas más relevantes.

Tabla 40	Formación adquirida en HC para cada asignatura. Percepción de los alumnos (Encuesta 1-FD, Pregunta 9)					
Asignatura: Tipo N (matriculados)	FTP GER	T. Maso.	Rec. Biomed	PMQ I	Estancias Clínicas	Salud Púb. i Leg. Sanit.
Tipo de asignatura	Troncal	Troncal	Optativa	L. elección	Troncal	Troncal
Realizaron la asignatura (% de la muestra)	95%	58%	20%	20%	100%	100%
Calificación	%	%	%	%	%	%
Deficiente 1	0	0	0	0	0	0
Deficiente 2		0	0	0	0	0
Insuficiente 3	0	0	0	0	0	0
Insuficiente 4			0	0	0	0
Suficiente 5	0	0	0	0	0	0
Suficiente 6			15	0	0	0
Notable 7	15	15	0	15	0	15
Notable 8	0	0	0	0	15	0
Excelente 9	0	0	0	0	0	0
Excelente 10	0	0	0	0	0	0

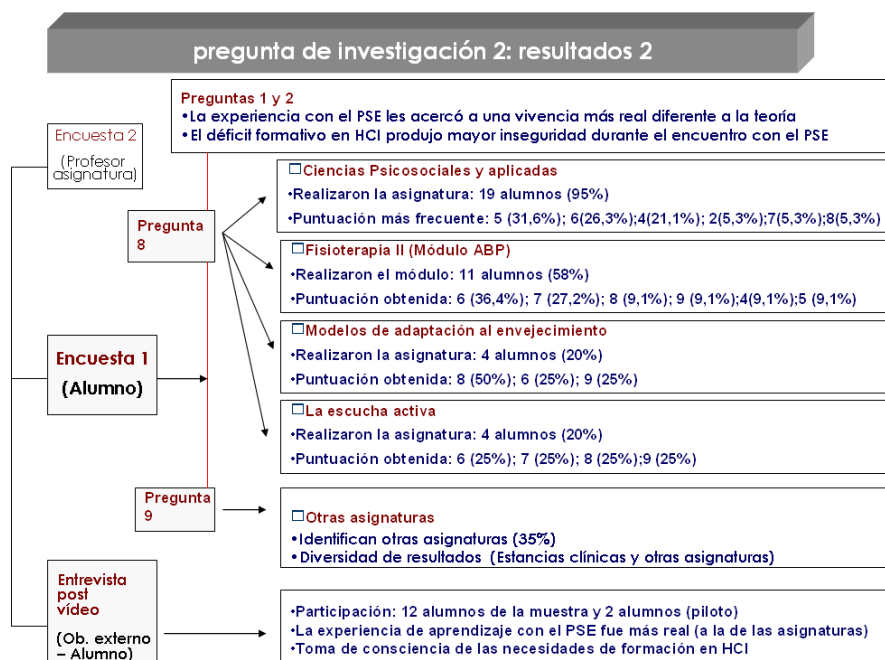
FTP GER: Fisioterapia en geriatría; T. Maso: Técnicas de masoterapia; Rec Biomed: Recerca biomèdica; PMQ I: Patología Médico Quirúrgica I; Salud Púb. i Leg Sanit.: Salud pública y legislación sanitaria

**→ ENTREVISTA 1-FD POST VISIONADO DEL VIDEO (OBSERV. EXTERNO-ALUMNO)**

Una vez observado el video de la entrevista (alumno - PSE), se realizó una entrevista entre el investigador y cada uno de los alumnos para comentar las impresiones del encuentro. La conversación fue grabada mediante una videograbadora digital, se transcribieron los datos y se extrajo la información de interés. Únicamente participaron 12 alumnos de un total de 20, y 2 alumnos que formaron parte de la fase piloto del estudio (ya que el resto no asistieron a la sesión de retroacción). Se describen a continuación los aspectos más destacados de la entrevista:

- La metodología utilizada en esta experiencia (alumno - PSE) permitió a los alumnos *ir más allá de las posibilidades de aprendizaje incluidas en las prácticas de las asignaturas*.
- Otro aspecto a destacar tiene que ver con el hecho de que *algunos alumnos reconocen la necesidad de adquirir formación, tanto teórica* (en las diferentes asignaturas del Plan de estudios) *como práctica* que les pueda preparar para su futuro laboral.

Resumimos a continuación los datos más relevantes de la Pregunta de investigación 2 (**Fig. 20**).



**Figura 20.** Resultados: Pregunta de inv. 2 (Enc. 1). Ciclo I, Fase diagnóstica

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### ► Pregunta de investigación 3: ¿Cuál es el impacto de los centros de prácticas como promotores de la Formación en HCI?

Los datos relacionados con esta pregunta se obtuvieron mediante los siguientes instrumentos (ver **Figura 21**):

- Complimentación de la **Encuesta 3-FD** (preguntas 7, 8, 9) por parte de los profesores de los centros de prácticas incluidos en el estudio.
- La **Encuesta 1-FD** (preguntas 6, 7 y 10) cumplimentada por los alumnos.
- La **Entrevista 1-FD** del observador externo con el alumno tras la observación conjunta del video.

#### Pregunta de investigación 3. Impacto de los centros de prácticas clínicas sobre la formación en HC (Ciclo I, Fase diagnóstica)

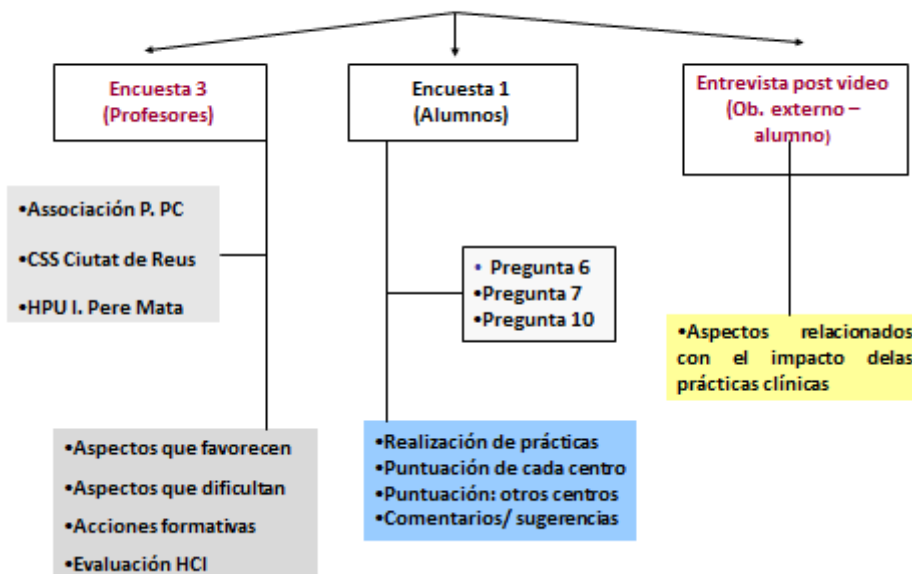


Figura 21. P. de inv. 3 (Ciclo I; Fase diagnóstica): instrumentos para la recogida de datos

#### → DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA 3-FD (PROFESORES DE PRÁCTICAS CLÍNICAS)

En cada uno de los centros de prácticas seleccionados los profesores responsables de las prácticas de los alumnos contestaron a las siguientes preguntas de la **Encuesta 3**:

**Pregunta Nº. 7 (Encuesta 3, profesores).** ¿Qué aspectos favorecen, en tu centro, el aprendizaje de las habilidades de comunicación durante la entrevista clínica?

**Pregunta Nº. 8 (Encuesta 3, profesores).** ¿Qué aspectos dificultan el aprendizaje de las habilidades de comunicación durante la entrevista clínica?

**Pregunta Nº. 9 (Encuesta 3, profesores).** Con relación a las actividades incluidas en las prácticas de los alumnos, ¿realizas alguna intervención educativa específica dirigida a **favorecer** el aprendizaje de la competencia, relacionada con la adquisición de habilidades de comunicación, en el marco de la entrevista clínica?  SI  NO

Si has contestado afirmativamente explica **cuál es la intervención** que realizas y **cómo evalúas** esta competencia.

#### ■ CENTRO DE PRÁCTICAS: Asociación Provincial de Parálisis cerebral (Tarragona)

**Favorecen el aprendizaje de HCI (P.7)** dos hechos, por una parte el poder disponer del tiempo suficiente para realizar las entrevistas y por otra, el compartir una filosofía de actuación profesional respecto al colectivo de personas que reciben atención de Fisioterapia.

**Dificultan el proceso de aprendizaje de las HCI (P.8)** las posibles interferencias con otros profesionales y el hecho de tener que asumir cargas laborales distintas, que restan tiempo de dedicación a los alumnos. Con relación a la P.9 (**intervenciones educativas y evaluación de las HC**), la respuesta fue que no se realiza ninguna acción educativa específica dirigida a favorecer el aprendizaje de las HCI, si bien la peculiaridad de la población con la que se trabaja, obliga de algún modo a elaborar continuamente los diferentes procesos implicados en la comunicación, aunque éstos no están centrados en la entrevista clínica tradicional. Las HCI **no se evalúan** de forma específica pero sí, de forma indirecta, en diferentes momentos en los que se establece una relación de retroacción entre profesor y alumno.

#### ■ CENTRO DE PRÁCTICAS: Centro Socio Sanitario “Ciutat de Reus”

Los aspectos que **favorecen la educación de las HCI (P. 7)** tienen que ver con el hecho de disponer de un espacio adecuado para que el alumno interactúe de una forma cómoda con el paciente, en el momento de realizar la entrevista, y con el hecho de dedicarle a este proceso el tiempo suficiente. Otro aspecto de

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

interés se basa en las recomendaciones proporcionadas al alumno, para que se acerque a cada paciente bajo un punto de vista holístico y no únicamente considerando su enfermedad física.

**Dificultan el aprendizaje de las HCI**, (P. 8) las cargas laborales excesivas del fisioterapeuta, pues disminuye el tiempo de dedicación potencial para realizar el seguimiento de los alumnos, y el de la atención y los cuidados de Fisioterapia para con los pacientes. Respecto a las **intervenciones educativas y a la evaluación de las HC** (P. 9), el alumno recibe instrucciones específicas con relación a las HCI y que tienen que ver con la comunicación verbal (utilizar órdenes sencillas, claras, lenguaje comprensible, etc.) y con la comunicación no verbal (utilización de gestos y de presas confortables, utilizar las cualidades del tacto, etc.). Sin embargo los cánones de la entrevista clínica no son los tradicionales y se adaptan a las características de los pacientes. No se contempla una evaluación específica de las HCI, pero sí se evalúan de forma indirecta dentro de la calificación global de las prácticas clínicas realizadas en este centro.

#### ▣ CENTRO DE PRÁCTICAS: Hospital Psiquiátrico Universitario “Institut Pere Mata” (Reus)

Se identificaron como **aspectos favorecedores del aprendizaje** de HCI (P. 7): la peculiaridad de los pacientes (presencia de deterioro cognitivo asociado a uno o más problemas agudos) ya que estimula a los alumnos a buscar métodos de comunicación alternativos durante la anamnesis, la exploración y el tratamiento, aunque la entrevista se adapta a las características de los pacientes.

Los **aspectos que dificultan el aprendizaje** de las HCI (P. 8) tienen que ver con el desconocimiento, por parte de los alumnos, de los conceptos básicos ligados al deterioro cognitivo y al manejo de las habilidades de comunicación en estas circunstancias. En este centro **se realiza una intervención educativa** (P. 9), relacionada con la educación de las HCI, que consiste en explicar a los alumnos los aspectos básicos relacionados con este tipo de pacientes, bajo el punto de vista de la comunicación. La evaluación de las HCI se realiza de un modo indirecto, dentro del proceso de evaluación de los conocimientos, habilidades y actitudes cuando finaliza el periodo de prácticas.

Resumimos en la **Fig. 22**, contestada por los profesores de los centros de prácticas clínicas, los aspectos más importantes en relación a la P. de investigación 3 (Encuesta 3).

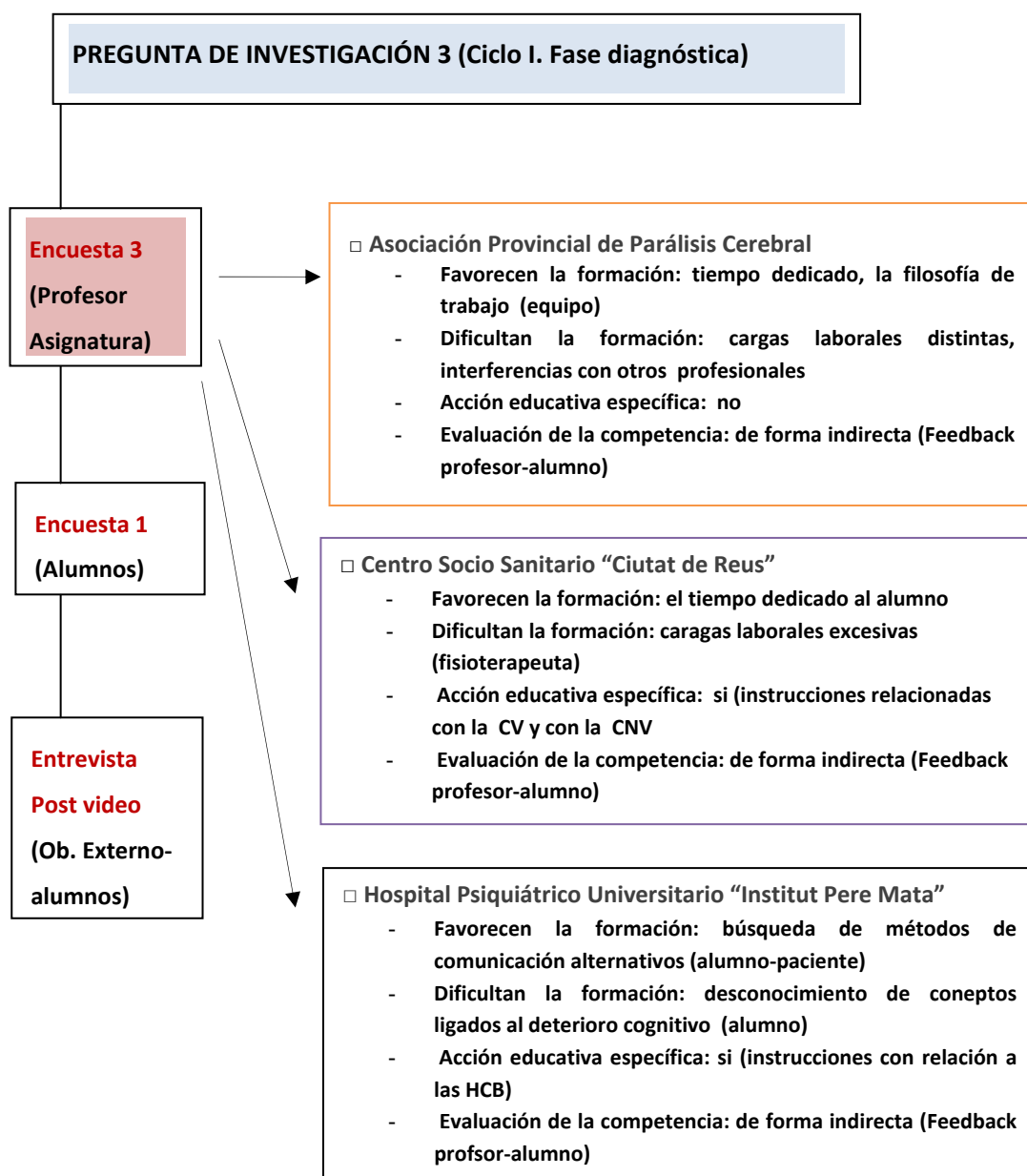


Figura 22. Resultados: Pregunta de inv. 3) (Enc. 3). Ciclo I, Fase diagnóstica

#### → DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA 1-FD (ALUMNOS DE LA MUESTRA)

Se recoge la información de la Encuesta 1 (**preguntas: 6, 7 y 10**), para extraer la información relacionada con la percepción de los alumnos, respecto a la adquisición de HC en cada uno de los centros seleccionados. Expondremos en primer lugar cual fue el enunciado de las preguntas, a continuación las respuestas de los alumnos relacionadas con cada uno de los centros de prácticas y la tabla de resultados (ver **Tabla 41**).

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**Pregunta Nº. 6 (Encuesta 1-FD, alumnos).** Marca con una cruz si has realizado las prácticas en alguno de estos centros y puntúa (del 1 al 10) cuál es tu percepción en cuanto a la adquisición de HCI en este centro.

##### ▣ CENTRO DE PRÁCTICAS: Asociación Provincial de Parálisis cerebral (Tarragona)

Realizaron las prácticas en este centro 13 alumnos, es decir un 65% del total de la muestra estudiada. El valor de la media de la puntuación respecto a la adquisición de HCI, asignada por los alumnos a este centro, fue de 6,92 (1,9).

##### ▣ CENTRO DE PRÁCTICAS: Centro Socio Sanitario “Ciutat de Reus”

Un 15% de los alumnos de la muestra estudiada (3 alumnos) realizaron las prácticas clínicas en este centro. El valor medio de la puntuación fue de 6,67 (1,52).

##### ▣ CENTRO DE PRÁCTICAS: Hospital Psiquiátrico Universitario “Institut Pere Mata” (Reus)

Realizaron las prácticas en este centro 6 alumnos que representan un 30% del total de la muestra. La puntuación media que los alumnos adjudicaron a este centro mediante una escala numérica (del 1 al 10), respecto a su impacto en la adquisición de HCI, fue de 7,5 (1,22).

**Pregunta Nº. 7.** ¿Existe algún otro centro de prácticas en el que tu consideres que has aprendido HCI y que no se haya mencionado en la pregunta 6 del cuestionario? Especifica el centro que consideres más relevante y asigna una puntuación de 0 a 10.

Esta pregunta permitió recoger la información relacionada con el **posible impacto de otros centros de prácticas**, no incluidos en el estudio, sobre la formación en HCI. En base a los datos recogidos queremos destacar los siguientes aspectos que pueden observarse en la **Tabla 41**:

TABLA 41		Formación adquirida en HC para cada centro (percepción de los alumnos). (Encuesta 1-FD, Preguntas: 6, 7)							
Centro de prácticas	APPC	CSS_CR	HPU IPM	OTROS CENTROS (OC)					
% alumnos	65%	15%	30%	75%					
Porcentaje de alumnos que identificaron otros centros respecto al total (75%)				OC1 (52%)	OC2 (20%)	OC3 (7%)	OC4 (7%)	OC5 (7%)	OC6 (7%)
Calificación				<b>APPC:</b> Asociación Provincial de parálisis cerebral; <b>CSS-CR:</b> Centro Socio Sanitario "Ciutat de Reus"; <b>HPUIPM:</b> Hospital Psiquiátrico Universitario Institut Pere Mata; <b>OC:</b> Otros centros. <b>OC1:</b> Hospital Universitario Joan XXIII (Tarragona); <b>OC2:</b> Residencia para la gente mayor (Reus); <b>OC3:</b> todos los centros de prácticas; <b>OC4:</b> Centro Socio Sanitario Hospital Sant Joan de Reus; <b>OC5:</b> Hospital de Valls; <b>OC6:</b> Prácticas extracurriculares					
Deficiente 1	0	0	0						
Deficiente 2	7,7	0	0						
Insuficiente 3	0	0	0						
Insuficiente 4	0	0	0						
Suficiente 5	7,7	33,3	0						
Suficiente 6	7,7	0	10						
Notable 7	46,2	33,3	0						
Notable 8	7,7	33,3	15						
Excelente 9	23,1	0	5						
Excelente 10	0	0	0						

- Un 75% de los alumnos identificaron otros centros, que no figuraban en la tipología de prácticas, como promotores de las HCI.
- Entre los centros seleccionados los citados más frecuentemente, en orden decreciente, fueron: el Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona (52%), seguido del centro Residencia para la gente Mayor de Reus (20%), obteniendo el resto de centros un peso similar (7%).

**Pregunta Nº 10.** ¿Deseas añadir algún otro comentario o sugerencia relacionado con las HCI?

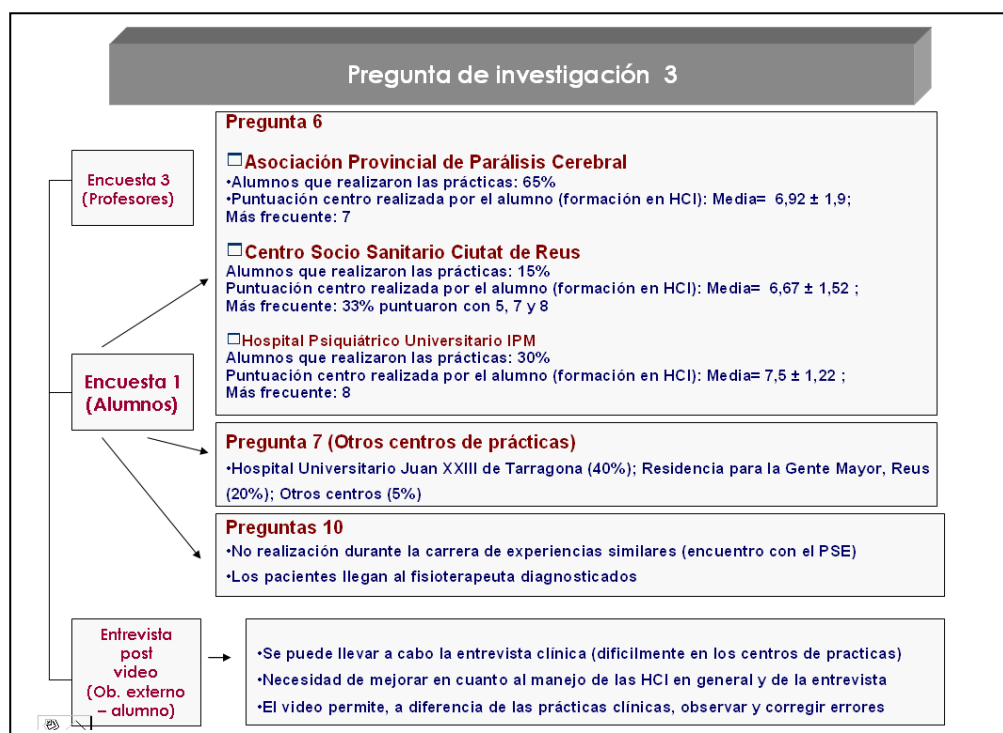
El 90% de los alumnos comentó que *nunca antes de su encuentro con el PSE o de forma ocasional, habían tenido que enfrentarse a solas con un paciente, tomar decisiones y depender de sus propias aptitudes y conocimientos.* Durante la realización de las prácticas del currículo podían buscar el apoyo y la supervisión del profesor o del tutor de prácticas clínicas. Además, en la mayoría de ocasiones la entrevista clásica no se realizaba ya que el paciente, en los centros de prácticas clínicas, ya llegaba diagnosticado. Exponemos a continuación algunos de los comentarios de los alumnos:



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### → DATOS DE LA ENTREVISTA POST VISIONADO DE VIDEO

Mostramos en la **Fig.23** el **resumen** de los aspectos más relevantes comentados hasta el momento en relación a la **Pregunta de investigación 3 (encuesta 1 y entrevista post video)**.



**Figura 23.** Resultados: P. Investigación 3: Enc. 1 y entrevista post video). Ciclo I, Fase diagnóstica.

Durante el encuentro con el PSE algunos alumnos percibieron una sensación de ***inseguridad e incertidumbre*** por el hecho de no haber llevado a cabo, durante su formación, una entrevista clínica desde el inicio hasta el final, ya que los pacientes, como ya se ha comentado, en la mayoría de centros de prácticas ya llegaban diagnosticados. El hecho de interactuar con un PSE les hizo sentir que estaban realizando una ***experiencia cercana a la realidad laboral***. Exponemos a continuación algunos comentarios que realizaron los alumnos:

Otro aspecto que remarcaron algunos alumnos, con relación a la experiencia de su interacción con el PSE, se relacionó con el hecho de ***tomar conciencia de su déficit formativo***, teórico y práctico, para poder realizar una entrevista clínica. La posibilidad de ***observar el encuentro*** con el PSE, mediante ***el video***, contribuyó a identificar los posibles errores. En este sentido fue valorado como un ***medio de apoyo útil*** para el aprendizaje de las HCI.

## ▣ INTERPRETACIÓN GENERAL DE LOS RESULTADOS (FASE DIAGNÓSTICA): DISCUSIÓN

En la interpretación se han tenido en cuenta los datos *cuantitativos*, los datos *cualitativos*, las *opiniones* de los expertos, las *aportaciones del investigador* y el *análisis documental* con el objetivo de triangular la información. Nuestro propósito es averiguar, en relación a cada una de las preguntas de investigación planteadas, cuál es la situación actual, intentar explicar por qué se da este problema y cuáles podrían las posibles soluciones dentro de un proceso de investigación - acción.

### ► **Pregunta de investigación 1: ¿Cuál es el nivel de HCI de los alumnos de Fisioterapia de la URV?**

De acuerdo a la Pregunta de investigación 1 se interpretarán los siguientes resultados: los relacionados con la **Escala MAPE 2** (encuentro: alumno – PSE), con el **Cuestionario CICAA** (evaluación del encuentro a partir del análisis de las videograbaciones), con la **Encuesta 1-FD** (cumplimentada por los alumnos) y con la **entrevista 1-FD** post visionado del video (investigador - alumno).

#### → **CON RELACIÓN A LA ESCALA MAPE 2**

En nuestro estudio la **puntuación media total** obtenida por el conjunto de alumnos, teniendo en cuenta que la puntuación máxima de la Escala MAPE 2 es de 60 puntos, fue de **33,95** (7,46) puntos. La **puntuación media de cada uno de los ítems** (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad, despedida) osciló entre los valores **5,25 y 6,05 puntos** (ver Tabla 29).

A la hora de valorar estos resultados carecemos de la información que nos permita comparar nuestros resultados con los de otros alumnos de la Diplomatura de Fisioterapia, pues no hemos encontrado antecedentes que utilicen este instrumento. Por otra parte la Escala MAPE no establece valores de referencia a partir de los cuáles pueda concluirse que el manejo de las habilidades es alto medio o bajo. Los resultados obtenidos por Clèries et al. (2004), cuando evaluó los resultados de 120 entrevistas con este instrumento, son difíciles de extrapolar a nuestra situación por diferentes motivos. En primer lugar, porque se aplicó a

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

alumnos de Medicina y en segundo lugar porque desconocemos si previamente se realizó alguna intervención formativa, situación que el autor de la validación de este instrumento no concreta.

Otro aspecto a destacar es que a pesar de que el PSE que intervino en el experimento tenía una dilatada experiencia con relación a su actividad evaluadora, de aproximadamente 10 años, es la primera vez que “interpretó” un caso para los alumnos de Fisioterapia y es posible que a la hora de evaluar tuviera en cuenta aspectos que quizás son muy importantes para los alumnos de Medicina pero menos para los de Fisioterapia.

■ *Por tanto nuestros resultados tienen un valor orientativo y nos ayudarán a establecer una referencia cuando realicemos futuros estudios.*

■ *El instrumento MAPE2 nos permite obtener información de la percepción del PSE con relación a la calidad del encuentro con el alumno y permite discriminar los valores extremos de las puntuaciones obtenidas por los alumnos.*

En cuanto a la cuestión “¿Le gustaría recibir tratamiento de Fisioterapia?” por parte del alumno (con el que el PSE mantuvo un encuentro), los resultados obtenidos indican que el PSE percibió y manifestó desconfianza para recibir atención de Fisioterapia de un 45% de los alumnos de la muestra (ver **Tabla 29**).

■ *Si tenemos en cuenta que parte de la confianza generada en el paciente tiene que ver con el manejo de las HCI por parte del alumno durante la entrevista clínica, se pone de manifiesto la necesidad de incidir en la adquisición de la competencia habilidades de comunicación, mediante el desarrollo de estrategias formativa, aunque no disponemos de datos que nos permitan comparar estos resultados con otras muestras de alumnos.*

#### ↪ CON RELACIÓN AL CUESTIONARIO CICA

##### ■ Observador 1 y 2

La **puntuación media global** obtenida por los alumnos de la muestra fue, con relación a una puntuación máxima de 58 puntos, de 19,4 puntos (10,59), cuando fue realizada por el observador 1, y de 20,3 (9,83) puntos, cuando fue realizada por el observador 2 (ver **Tabla 29**).

Los resultados de nuestro estudio son ligeramente inferiores a los obtenidos por Ruíz-Moral y Perula de Torres (2006). En su estudio obtuvieron una puntuación media de  $24,68 \pm 15,31$  puntos en la primera valoración y de  $25,95 \pm 15,69$  en la segunda. Puesto que la muestra del estudio de Ruíz Moral y Perula de Torres (2006) estaba formada por enfermeros, médicos residentes y médicos de diferentes especialidades, los datos son difícilmente comparables.

- *A su vez, el diseño del estudio de Ruíz del Moral y Perula de Torres (2006) es diferente al diseño de nuestro estudio, por este motivo las posibles similitudes deben valorarse en su justa dimensión, si bien los resultados obtenidos pueden ser utilizados como referentes en futuras investigaciones.*

#### → DATOS OBTENIDOS DE LA ENCUESTA 1-FD

##### ■ Pregunta Nº. 3

En cuanto a la **percepción** de los alumnos acerca de si habían recibido o no **formación suficiente en HCI** (Pregunta Nº 3) durante la carrera, tanto en los casos que contestaron afirmativamente como negativamente, se observa una percepción deficiente en cuanto a la adquisición de HCI (ver **Tabla 31**).

Los que contestaron que sí, coinciden en afirmar que la formación proporcionada fue *insuficiente*, pues los contenidos de las asignaturas eran teóricos y raramente se trabajaban de forma práctica. En las prácticas clínicas nunca o casi nunca realizaban entrevistas clínicas siendo su cometido principal, aplicar técnicas de Fisioterapia, pues únicamente se tenía en cuenta el diagnóstico médico del paciente. Los que contestaron que no, afirmaron que *la formación en HCI fue escasa y basada en conceptos teóricos*.

- *Bajo nuestro punto de vista convergen dos problemas básicos, por una parte el hecho de que no exista ninguna asignatura troncal relacionada con la formación en HCI y por otra, el hecho de que la organización de los centros de prácticas clínicas no facilite la realización de entrevistas clínicas por parte de los fisioterapeutas ni de los alumnos.*

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### ■ Pregunta Nº. 4

La puntuación media, relacionada con la **percepción** del alumno, acerca de la adquisición de **HCI durante la carrera (Pregunta 4)**, fue de  $5 \pm 1,53$  (DE), (ver **Tabla 32**).

Si tenemos en cuenta este resultado existe una cierta coherencia con los resultados obtenidos en la pregunta 3, pues la puntuación está en un punto central entre el 1 y el 10. Sin embargo el investigador considera que muchos alumnos no tenían una idea precisa del concepto y del alcance de las HCI. Así para algunos alumnos dicha habilidad tenía más que ver con la recogida de datos para realizar la historia clínica y con la exploración física, que con el valor que pudieran tener los aspectos intrínsecos de la comunicación utilizados en el marco de la entrevista clínica (el peso de los aspectos verbales y no verbales, la empatía, la asertividad, etc.).

- Por tanto, *no nos atrevemos a aseverar que la percepción que dicen tener los alumnos, respecto a la formación en HCI, se ajusta a la realidad, aunque consideramos que puede interpretarse como un acercamiento al análisis del problema.*

##### ■ Pregunta Nº. 10

Respecto a la **pregunta 10** de la encuesta 1, donde se le dio la oportunidad a los alumnos de plantear **opiniones o sugerencias, relacionadas con las HCI**, la gran mayoría de opiniones vertidas por los alumnos refuerzan la necesidad de incrementar las estrategias formativas en HCI, e incluso se proponen medidas para facilitar este proceso tales como: *la activación de una asignatura troncal, la utilización de metodologías que integren aspectos teórico prácticos, la realización de métodos que integren la evaluación sumativa y formativa (video y paciente simulado), etc.*

- En el análisis de los datos obtenidos, como ya se comentó, es importante remarcar que *la formación proporcionada en HCI es heterogénea, pues no existe ninguna asignatura troncal que de formación específica en HCI y en los centros de prácticas clínicas, se tiende a dar más importancia a la exploración física y al tratamiento que a la realización de una entrevista clínica completa ya que los pacientes llegan diagnosticados por el médico.*

#### → DATOS RELACIONADOS CON LA ENTREVISTA 1-FD POST VISIONADO DEL VIDEO

Bajo nuestro punto de vista, las opiniones de los alumnos muestran que existe un *déficit formativo en HCI*. Cuando han sido expuestos a una experiencia no basada en la realidad pero que se aproxima a ésta, con un PSE, todos han reconocido que recomendarían a sus compañeros participar en modalidades de formación similares a ésta y que nunca o casi nunca se habían tenido que “enfrentar” a una situación similar (ver **Tabla 34**).

En muchos casos el nerviosismo, el estrés o la inseguridad se asociaron más a no saber “qué hacer” o “cómo hacer” (lenguaje verbal, no verbal, fases de la entrevista, etc.), que a la actividad en sí, ya que en este caso no tenía por finalidad llevar a cabo una evaluación sumativa.

- La gran mayoría de alumnos mostraron una mayor espontaneidad y una sensación de “comodidad” durante la fase de exploración, donde aplicaban técnicas ya conocidas y practicadas con anterioridad. *Cuando tuvieron que aplicar las habilidades de comunicación para dirigirse al paciente, escucharle y explicarle las posibles causas de su problema u otros aspectos relacionados con el tratamiento a seguir, sintieron nerviosismo e inseguridad*. Quizás esta aproximación a la realidad nos lleva a incidir en el hecho de que las HCI no se han trabajado suficientemente durante la carrera.

#### ► **Pregunta de investigación 2: ¿Cuál es el impacto de determinadas asignaturas del currículo, incluidas en la tipología de asignaturas, como promotoras de la formación en HCI?**

En este caso se interpretarán los siguientes resultados: los relacionados con la **Encuesta 2-FD** (cumplimentada por los profesores responsables de las asignaturas), los relacionados con la **Encuesta 1-FD** cumplimentada por los alumnos (preguntas: 1, 2, 8 y 9) y los relacionados con la **Entrevista 1-FD, post visualización del video** (realizada entre el investigador y el alumno), donde se recoge la información relacionada con el impacto de las asignaturas.

#### → CUMPLIMENTACION DE LA ENCUESTA 2-FD POR PARTE DE LOS PROFESORES INCLUIDOS EN LAS ASIGNATURAS DEL ESTUDIO

A la hora de interpretar los datos de este apartado contrastaremos los resultados de la *encuesta 2*

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

(proporcionados por los **profesores de cada asignatura**), con los de la preguntas 8 de la *Encuesta 1* (cumplimentada por los **alumnos**, donde se describe su percepción respecto a las asignaturas).

##### ■ **ASIGNATURA: Ciencias Psicosociales y aplicadas**

El profesor responsable de la asignatura remarcó la necesidad de poder trabajar con casos reales compartidos entre diferentes asignaturas, puesto que las habilidades comunicativas aplicadas a la ECF no se trabajaban suficientemente ni se evaluaban (Encuesta 2). La **puntuación media** que con mayor frecuencia asignaron los alumnos (Encuesta 1, pregunta 8), al impacto de la asignatura en la adquisición de HCI, fue de un 5 (suficiente) para el 31,6% de los alumnos, de 6 (suficiente) para un 26,3% y de 4 para el 21,1%.

- *Tanto los alumnos como el profesor responsable de la asignatura coinciden al afirmar que las HCI no se trabajan a partir de situaciones reales.*

Bajo nuestro punto de vista existen aspectos teóricos que de algún modo favorecen la formación en HCI en relación a la educación actitudinal (adaptar el lenguaje al nivel de comprensión del paciente, saber ponerse en el lugar del paciente, saber recibir y manejar comunicaciones “cargadas” emocionalmente, etc.). **No disponemos de la información suficiente respecto a si los temas, relacionados con las HCI que se describen en el temario de la asignatura, se trabajan de forma integrada o son vivenciados por el alumno como aspectos teóricos inconexos.** De hecho cuando el profesor responsable de la asignatura expone cuáles son los aspectos que favorecen la formación en HCI, enumera aspectos que si bien están relacionados con la comunicación (la realización de modelos de intervención, el hecho de profundizar sobre aspectos biográfico personales o que la valoración de los casos se lleve a cabo mediante el diálogo en clase), no están aplicados a la entrevista clínica.

- *Por tanto, aunque existe una formación teórica, relacionada con la asignatura CC Psicosociales y aplicadas, que pudiera aplicarse a las HCI en su vertiente actitudinal (saber ponerse en el lugar del paciente, saber manejar situaciones de gran carga emocional, etc.), faltaría aplicar dichos conceptos a entrevistas clínicas relacionadas con situaciones reales.*
- *Por otra parte, con relación a los elementos que dificultan la formación, se hace referencia a un aspecto ya expuesto por los alumnos, la falta de prácticas adaptadas al trabajo de las*

*HCI y la falta de referentes conceptuales relacionados con las HCI.* Nos ha parecido acertada la propuesta del profesor, en el sentido de elaborar casos compartidos por diferentes asignaturas, basados en un modelo ABP (aprendizaje basado en problemas) en los que pudieran trabajarse las HCI.

#### ■ ASIGNATURA: Fisioterapia II (Módulo ABP)

Bajo nuestro punto de vista, si bien es cierto que en el apartado de exploración se presta atención a la información que proporciona el paciente (hipotético) y al contacto físico que el fisioterapeuta mantiene con el paciente del caso problema, **las cualidades específicas de la comunicación aplicadas en cada una de las fases de la entrevista clínica (saludar al paciente, preguntar por el problema principal, escuchar de forma activa, no interrumpir, empatía, asertividad, etc.) no se han trabajado.** Solamente en una ocasión se trabajó con un paciente real y dicho paciente fue “compartido” por todos los alumnos.

Si contrastamos estos datos con la **puntuación media** que con mayor frecuencia asignaron los **alumnos** (Encuesta 1, pregunta 8), al impacto de este módulo sobre la adquisición de HCI, fue de 6 puntos para un 36,4 % de los alumnos y de 7 para el 27,3%. El módulo ABP fue realizado por un 57,9% de los alumnos (11 de un total de 20).

■ *Nuestra percepción, con relación a estos resultados, es que el alumno valora más el tipo de aprendizaje basado en la metodología ABP, donde tiene que elaborar las preguntas, la exploración y el tratamiento a realizar a un paciente hipotético, que las HCI relacionadas con la entrevista clínica propiamente dichas.*

La *percepción de los alumnos* que participaron en el módulo de esta asignatura reconoce una mayor formación en HCI, aunque **centradas en la organización de la exploración y en la obtención del diagnóstico de fisioterapia.**

■ *Los alumnos consideran a menudo que las HCI, para realizar la entrevista clínica, tienen que ver únicamente con la exploración clínica y con la obtención del diagnóstico.*

Los resultados obtenidos de la evaluación CICA y MAPE 2, por parte de los alumnos que realizaron



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

el módulo ABP, no son claramente superiores al resto de alumnos. En este sentido existe una dispersión de resultados y podemos encontrar alumnos que no realizaron ABP con puntuaciones altas y alumnos que realizaron ABP con puntuaciones bajas. Si consideramos además que solo 11 alumnos del estudio realizaron este módulo, es difícil establecer correlaciones consistentes.

Bajo nuestro punto de vista esta asignatura debería trabajar en mayor profundidad la competencia relacionada con la aplicación de habilidades de comunicación. Dicha competencia es imprescindible para obtener la información necesaria del paciente, con relación a los contenidos y a los objetivos de esta asignatura (proporcionar atención de Fisioterapia a los pacientes con problemas traumatológicos, ortopédicos o reumatológicos). En este sentido el profesor responsable de la asignatura Fisioterapia II y del módulo ABP propone trabajar las HCI con diferentes asignaturas del currículo mediante la metodología del ABP. Esta opinión es coincidente con la expresada por el profesor de CC. Psicosociales.

#### ■ ASIGNATURA: Modelos de adaptación al envejecimiento

Un 20% de los alumnos de la muestra realizó esta asignatura. La puntuación más frecuente, con relación al impacto de esta asignatura sobre la adquisición de HCI, fue de 8 (notable) en un 50% de los casos.

*Si se presta atención a los contenidos del temario* existe un tema dedicado a la educación en HCI, pero es muy general, se aborda de una forma superficial y el tiempo aproximado que dedica el alumno a trabajar este tema es de unas 3 horas. **El enfoque del tema en cuestión no se dirige al conjunto de HCI y se dejan de lado aspectos importantes de la entrevista clínica.** En esta asignatura se realizaron algunos contenidos específicos relacionados con las HCI y con la realización de una práctica de role play donde se simuló una entrevista clínica. Bajo nuestro punto de vista la puntuación está sobredimensionada ya que la formación que se proporciona al alumno, con relación a las HCI, es principalmente teórica. La no realización de prácticas con pacientes reales dificulta el aprendizaje de las HCI y la competencia relacionada con la adquisición de HCI no se evalúa.

- *Aunque la asignatura dedica una parte de los contenidos a la formación en HCI, las posibilidades de formación nunca podrán llegar a la totalidad de los alumnos, puesto que la matrícula está acotada a un número máximo de 30 alumnos. La propuesta para favorecer dicho aprendizaje es coincidente con la de otros profesores, es decir el trabajo de casos*

*problema integrados dentro de una metodología de ABP, si bien es cierto que faltaría la parte práctica.*

#### ■ ASIGNATURA: La escucha activa

Un 20% de los alumnos de la muestra realizó esta asignatura. La puntuación asignada (con relación al impacto de la asignatura sobre la adquisición de HCI) fue muy dispersa ya que cada alumno puntuó la asignatura de forma diferente. El valor de **la puntuación osciló desde 6** (suficiente) **hasta 9** (excelente).

Esta es la única asignatura, de las analizadas en el estudio, que evalúa la competencia relacionada con la adquisición de HCI en la ECF. Bajo nuestro punto de vista las puntuaciones están sobredimensionadas ya que, a pesar de que la metodología de la asignatura esté dedicada de forma monográfica a la entrevista clínica, los alumnos únicamente reciben retroacción de su interacción (con un paciente real) durante el momento en el que exponen los aspectos más relevantes de la entrevista en público (en una sesión de grupo formada por los alumnos matriculados en la asignatura). **No existe una retroacción que permita valorar aspectos de la CV y de la CNV, de la empatía, etc.**

El profesor responsable de la asignatura propone activar una asignatura troncal de la titulación de Fisioterapia, sin especificar cuál podría ser la metodología más idónea. Bajo nuestro punto de vista sería necesario incluir en el Plan de estudios una asignatura troncal que trabajara la formación básica en HCI, con el apoyo de métodos aplicados a situaciones de simulación y a situaciones reales, bajo supervisión.

■ *A pesar de la relevancia de la asignatura dentro del plan de estudios actual, pues es la única asignatura cuyo programa está enfocado al aprendizaje de las HCI, pocos alumnos pueden aprovecharse de ello, ya que **es una asignatura de libre elección** para las tres titulaciones de la Facultad (Medicina, Nutrición y Fisioterapia) y está acotada en cuanto al número de alumnos que pueden matricularse. Por otra parte tiene el inconveniente que, al estar dirigida a las tres titulaciones, no se trabajan matices específicos que deberían tenerse en cuenta para cada una de las mismas.*

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### ➤ CUMPLIMENTACION DE LA ENCUESTA 1 POR PARTE DE LOS ALUMNOS

#### **Pregunta Nº.1 (Encuesta 1):** ¿Lo que más te ha gustado de la interacción con el PSE ha sido?

Los datos recogidos de esta pregunta inciden en la percepción expresada, por los alumnos, de haber participado en una **experiencia** (durante el encuentro con el PSE) más **cercana a la realidad** y distinta a las clases teóricas o a las prácticas clínicas realizadas hasta el momento, con relación a la realización de la entrevista clínica.

■ *Consideramos que han entrado en juego distintos factores que han hecho que la percepción, del encuentro con el PSE, fuera considerada como una vivencia positiva:*

- El **efecto novedad del medio** pudo jugar un papel relevante (Cabero, 2003).
- La **falta de experiencia** relacionada con la realización de entrevistas clínicas.
- La posibilidad de participar voluntariamente sin una presión adicional relacionada con una **evaluación sumativa**, que pudiera influir decisivamente en la nota final.
- La posibilidad de **obtener un Feedback** (evaluación formativa).

#### **Pregunta Nº. 2 (Encuesta 1):** ¿Lo que menos te ha gustado de esta experiencia ha sido?"

En este caso, la gran mayoría de alumnos pusieron de relieve el *déficit formativo* y la sensación de *inseguridad* cuando tuvieron que entrevistar al PSE.

■ *Bajo nuestro punto de vista **muchos alumnos tomaron consciencia, por primera vez de su déficit formativo**, ya que si bien sabían manejarse en general de forma correcta durante la elaboración de la anamnesis y la exploración, mostraron una mayor inseguridad y desconocimiento en la aplicación de las HCI durante las distintas fases de la entrevista.*

**Pregunta Nº 8 (Encuesta 1):** Marca con una cruz las asignaturas que has realizado durante la carrera y que aparecen a continuación y cuál es tu percepción en cuanto al nivel de adquisición de HCI en cada una de ellas

La asignatura Ciencias Psicosociales fue realizada por 19 alumnos (95%), el módulo ABP (asignatura Fisioterapia II) por 11 alumnos (58%) y las asignaturas Modelos de adaptación al envejecimiento y La Escucha activa por 4 alumnos (20%).

■ *A excepción de la asignatura Ciencias Psicosociales y aplicadas, la valoración del impacto real del resto de las asignaturas es poco relevante bajo un punto de vista cuantitativo, ya que fueron realizadas por un escaso porcentaje de alumnos.*

**Pregunta Nº 9 (Encuesta 1):** ¿Existe alguna otra asignatura en la que tú consideres que has aprendido habilidades de comunicación interpersonal y que no se haya mencionado en la pregunta 8 del cuestionario?

En este caso, solamente 7 alumnos (un 35%) reconocieron el posible impacto de otras asignaturas no incluidas en el estudio.

Respecto a la influencia de otras asignaturas existe una *gran dispersión* en las respuestas obtenidas, ya que cuando el alumno enumeró las asignaturas con una mayor influencia, cada uno de los 7 alumnos identificó una sola asignatura y ésta no coincidió con las asignaturas propuestas por el resto de alumnos.

**Nuestra percepción** es que el alumno consideró asignaturas en las que es posible que de algún modo se hayan trabajado las HCI, aunque no deja de sorprender que se haya hecho mención a asignaturas en las que las HCI se trabajan muy poco o simplemente no se trabajan, tales como: Técnicas de Masoterapia (el alumno debe hacer una entrevista a un paciente asignado, sin ninguna supervisión, y después aplicar un tratamiento de masoterapia), Patología médico quirúrgica I, Investigación en Biomedicina, Salud pública y legislación sanitaria, Fisioterapia en Geriátrica. *En este sentido se nos plantean dudas respecto a la comprensión del concepto HCI por parte de algunos alumnos.* Es posible que identificaran como HCI, las habilidades para hablar ante los compañeros de clase para exponer algún trabajo (Fisioterapia en Geriátrica, Investigación en Biomedicina, Salud Pública y legislación Sanitaria) o mientras realizaban algunas preguntas (en relación a una entrevista clínica no guiada) dentro de la aplicación concreta de alguna técnica (Técnicas de masoterapia) o en el marco de alguna recomendación teórica dada por algún profesor respecto a cómo tratar o explorar a los pacientes (Patología Médico Quirúrgica I).

Solo en un caso la respuesta se ajustó más a la realidad (asignatura “Estancias clínicas”), aunque la respuesta es muy abierta ya que dentro de esta asignatura no identifican ningún centro y nos es difícil interpretar su

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

significado real.

■ *Los alumnos tienen dificultades para definir qué asignatura o qué asignaturas han tenido un impacto real sobre su formación en HCI. Bajo nuestro punto de vista el alumno confunde a menudo a qué nos referimos cuando hablamos de HCI aplicadas a la ECF.*

#### → ENTREVISTA POST VIDEO (OB. EXTERNO – ALUMNO)

Tras la observación conjunta del video del encuentro, entre el PSE y el alumno, el investigador realizó una entrevista con cada uno de los alumnos.

Acudieron a esta entrevista 12 alumnos aunque se tuvo en cuenta la opinión de 2 alumnos que participaron en la prueba piloto. Los alumnos destacaron la importancia de utilizar métodos de aprendizaje más próximos a la realidad.

Uno de los aspectos que destacaron los alumnos tiene que ver con la importancia de utilizar **métodos de aprendizaje de las HCI más cercanos a la realidad** (similares al encuentro con el PSE), ya que las prácticas de las asignaturas realizadas en la Facultad son más previsibles (por ejemplo al palpar estructuras musculares o articulares, hipotéticamente dolorosas, entre los mismos compañeros de clase donde cada alumno conoce los síntomas y además no se incluyen aspectos emocionales o comunicacionales).

■ *Es necesario utilizar métodos más cercanos a la práctica clínica, de acuerdo a los niveles superiores de la pirámide de Miller (1990) que tienen que ver con los niveles de aprendizaje “saber hacer” y “hacer”, aunque la interacción con situaciones más reales debe llevarse a cabo cuando ya se han adquirido los conocimientos y las habilidades básicas.*

#### ► Pregunta de investigación 2: ¿Cuál es el impacto de los centros de prácticas clínicas como promotores de la formación en HCI?

De acuerdo a esta pregunta se interpretarán los siguientes resultados: los relacionados con la **Encuesta 3** (cumplimentada por los profesores de prácticas clínicas), con la **Encuesta 1** (cumplimentada por los alumnos) y con la **Entrevista post visualización del video** (investigador –

alumno).

#### → CUMPLIMENTACION DE LA ENCUESTA 3-FD POR PARTE DE LOS PROFESORES INCLUIDOS EN LA TIPOLOGÍA DE LOS CENTROS DE PRÁCTICAS

No todos los alumnos realizaron las prácticas clínicas en los mismos centros. En la mayoría de centros los alumnos obtienen la información, para tratar al paciente, por otras vías distintas de la entrevista clínica.

A la hora de interpretar los datos de este apartado contrastaremos los resultados proporcionados por los profesores de cada uno de los centros de prácticas de la tipología), con la preguntas 6 de la Encuesta 1 (cumplimentada por los alumnos). De este modo se tendrá en cuenta, además de la percepción de los responsables de los centros de prácticas clínicas que se han incluido en el estudio, la de los alumnos que realizaron las prácticas clínicas en dichos centros.

De las diferentes fuentes de información utilizadas para acercarnos al conocimiento del impacto de las asignaturas, incluidas dentro de la “Tipología de centros de prácticas” de este estudio, queremos destacar los siguientes aspectos:

- No todos los alumnos realizaron las prácticas clínicas en los mismos centros. La realización de las prácticas clínicas por los alumnos de la muestra fue minoritaria respecto a los centros incluidos en la tipología, el funcionamiento y la organización de cada centro es diferente. Además, **raramente se trabaja el diagnóstico de Fisioterapia y cuando se realiza, pocas veces se incluye en la historia clínica del paciente.**
- Debido a la escasa representatividad de la muestra estudiada no se han contrastado los resultados de las pruebas utilizadas para evaluar las HCI (MAPE y CICAA) con las de aquellos alumnos que participaron en los centros de la Tipología de prácticas.
- La entrevista que se realiza en algunos centros de prácticas incluidos en este estudio **no sigue los cánones de la entrevista clínica que el alumno tuvo que llevar a cabo con el PSE.**
- **En la gran mayoría de centros hospitalarios, los pacientes son entrevistados por el médico.** Los alumnos obtienen la información del paciente de la Historia clínica y de la exploración física.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- En el ámbito del ejercicio libre de la profesión muchos pacientes acuden por cuenta propia y en este caso es el fisioterapeuta el que, con el apoyo de la entrevista, obtiene el diagnóstico de Fisioterapia.
  - En Cataluña, junto a Extremadura y el País Vasco, la salida profesional mayoritaria se produce en el ámbito del ejercicio libre (Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, 2011).
- Teniendo en cuenta esta apreciación, *sería necesario introducir cambios en el Plan de estudios actual y en la metodología de las prácticas clínicas. Aunque los alumnos tienen esta percepción, relacionada con el déficit formativo, existen centros, que hemos incluido en la tipología, que por sus características facilitan la interacción con los pacientes y favorecen, de algún modo, la formación en HCI. El inconveniente está en que no todos los alumnos tienen la oportunidad de realizar las prácticas clínicas en estos centros y que, a veces, el perfil de los pacientes no es el más frecuentemente encontrarán los alumnos cuando accedan al mundo laboral.*

Con relación a la cumplimentación de la encuesta 3 (profesores), **los profesores de los centros de prácticas no trabajan de forma coordinada para formar a los alumnos en HCI ni para que estas habilidades se apliquen a la ECF.** Por tanto, cada alumno recibe la formación en función de la dinámica de cada centro y del enfoque particular de cada profesor.

#### ■ CENTRO DE PRÁCTICAS: Asociación Provincial de Parálisis cerebral (Tarragona)

Un total de 13 alumnos (65% de la muestra) realizaron una parte de su periodo de prácticas clínicas en este centro. La puntuación asignada más frecuentemente por los alumnos, con relación al grado de adquisición de HCI en este centro, fue de 7 (notable) para el 46,2% y de 9 (excelente) para el 23,1%. **La puntuación media fue de 6,92 (1,9).**

A pesar de la dificultad para comunicarse con los pacientes, debido a sus características, **los alumnos** valoraron de forma positiva el aprendizaje de HCI en este centro (casi la mitad de los alumnos puntuaron su formación en HCI entre notable y excelente). Los profesores trabajan de forma coordinada en la atención a los pacientes. Sin embargo, no pueden dedicar la atención deseable a la formación de los alumnos por las cargas de trabajo. Las HC del alumno no se evalúan

de forma específica durante su estancia en el centro.

- *Es posible que una dedicación más personalizada y no tan acotada, en cuanto al tiempo disponible para cada paciente, incida en la percepción del alumno respecto al trabajo de las HCI, si bien **las HCI no están enfocadas a la realización de la ECF.***

#### ■ CENTRO DE PRÁCTICAS: Centro Socio Sanitario “Ciutat de Reus”

La puntuación media asignada por los alumnos a este centro, con relación a la adquisición de HCI, **fue de 6,67 (1,52)**. Solo 3 alumnos de la muestra realizaron las prácticas clínicas en este centro (15% del total). Por este motivo los datos cuantitativos tienen en este caso un peso secundario.

En este caso el profesor dedica un tiempo razonable a los alumnos, para explicar las pautas de comunicación básicas relacionadas con las características de los pacientes. **La dificultad para profundizar más en la formación, tiene que ver con las cargas laborales.** La evaluación no sigue ninguna pauta estructurada y se realiza mediante la retroacción entre el profesor y los alumnos.

- *Bajo nuestro punto de vista, el hecho de que el profesor de este centro proporcione instrucciones específicas al alumno acerca de cómo dirigirse al paciente, cómo llevar a cabo los tratamientos y de aspectos relacionados con la toma consciencia de la comunicación verbal y de la comunicación no verbal explicaría las puntuaciones asignadas en el párrafo anterior.*

#### ■ CENTRO DE PRÁCTICAS: Hospital Psiquiátrico Universitario “Institut Pere Mata” (Reus)

Solo 3 alumnos (15% de la muestra total) realizaron las prácticas en este centro, el valor medio de la **puntuación** asignada por los alumnos a este centro fue de **6,67 (1,52)**.

**El tamaño de la muestra no nos permite interpretar los datos bajo un punto de vista cuantitativo**, aunque el hecho de que los alumnos reciban un seminario donde se preste atención a las HCI tiene para nosotros un valor educativo relevante.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

■ *En este caso el profesor responsable de las prácticas de este centro realiza una intervención educativa a los alumnos. Además del Feedback diario se realiza habitualmente un seminario en el que se explican a los alumnos aspectos básicos relacionados con las HCI. Las dificultades tienen que ver con el perfil de los pacientes y con el déficit formativo de los alumnos en HC básicas. La evaluación se realiza de forma indirecta.*

#### → CUMPLIMENTACION DE LA ENCUESTA 1-FD POR PARTE DE LOS ALUMNOS

Tendremos en cuenta los datos de la P. 7, para saber si existe algún otro centro relevante a la hora de aprender HC.

**Pregunta Nº 7.** ¿Existe algún otro centro de prácticas en el que tú consideres que has aprendido HCI y que no se haya mencionado en la pregunta 6 del cuestionario? Anota el centro que consideres más relevante y asigna una puntuación del 1 al 10 con relación a tu percepción sobre la adquisición de HCI en el mismo.

En este caso, 15 alumnos (el 75% de la muestra) reconocieron el posible impacto de otros centros. Bajo nuestro punto de vista **el alumno tuvo en cuenta aspectos más relacionados con el tipo de atención de Fisioterapia que se daba a los pacientes que al peso real de la formación en HCI.**

El *Hospital Universitario Juan XXIII de Tarragona* fue **mencionado por el 52% de los alumnos**. En este caso **no se realizan entrevistas clínicas** (el paciente ya está diagnosticado por el médico) y es posible que dada la gran variabilidad de pacientes y de profesores de prácticas, el alumno haya interpretado estas prácticas con un valor añadido bajo el punto de vista de su aprendizaje práctico, y es posible que también bajo el punto de vista comunicativo, sin embargo las acciones destinadas a potenciar de forma específica las HCI son escasas.

Respecto al centro *Residencia para la Gente Mayor* de Reus (**mencionado por el 20% de los alumnos**), podrían darse circunstancias similares a uno de los centros de la tipología de prácticas (el Centro Socio Sanitario Ciutat de Reus) en cuanto a una mayor disponibilidad de tiempo, por parte del alumno, para interaccionar con los pacientes, sin embargo no nos consta que en dicho centro se realicen entrevistas clínicas ni que se realice ninguna intervención específica que incida sobre las HCI.

Cada uno de los alumnos restantes hizo referencia a un *centro distinto*. En tres de los centros mencionados no se realizan entrevistas clínicas y el cuarto, coincide con un centro de prácticas voluntarias no regladas en

el extranjero del que no disponemos de la información suficiente para contrastar nuestra opinión.

■ *Bajo nuestro punto de vista el alumno tuvo en cuenta aspectos más relacionados con el tipo de atención de Fisioterapia que se daba a los pacientes que al peso real de la formación en HCI. Bajo el punto de vista de la organización curricular, como ya hemos comentado, no existe ningún programa consensuado en los centros de prácticas para trabajar las habilidades de comunicación o dichas habilidades en el manejo de la entrevista clínica.*

**Pregunta Nº 10.** ¿Deseas añadir algún otro comentario o sugerencia relacionado con las HCI?

**Los comentarios de los alumnos confirman el déficit formativo en HC, aplicadas a la ECF, y la necesidad de implementar una acción para solucionar este problema.**

■ La percepción de los alumnos respecto a que nunca antes de su encuentro con el PSE habían tenido que enfrentarse a solas con el paciente, tomar decisiones y realizar un diagnóstico de Fisioterapia, *nos confirman el déficit formativo en HCI aplicadas a la entrevista clínica y por otra parte evidencian la necesidad de potenciar la elaboración del diagnóstico de Fisioterapia por parte de los profesores de prácticas y de los alumnos.*

#### → ENTREVISTA 1-FD POST VISIONADO DEL VIDEO: ALUMNO - INVESTIGADOR

Los **alumnos insistieron en aspectos ya comentados por otras fuentes de información:** La *inseguridad* y la *incertidumbre* asociada al hecho de no haber realizado entrevistas clínicas durante su periodo de formación. La sensación de vivir una *experiencia cercana a la realidad laboral* mientras realizaron la entrevista con el PS. La *concienciación de su déficit formativo*, tanto teórico como práctico, con relación a la realización de la entrevista clínica. La *ayuda del video* como elemento de apoyo para el *aprendizaje* de HCI.

La gran mayoría de opiniones de los alumnos vertidas durante la entrevista (alumno – investigador), tras la observación del video (del encuentro entre el alumno y el PSE), incidieron en los siguientes aspectos:

■ *Las observaciones de los alumnos evidencian el déficit formativo en HCI, ya que la sensación*

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

de inseguridad y de incertidumbre ante cuestiones tales como qué hacer, cómo llevar a cabo la entrevista, etc. están debidas, en parte, a **esta falta de experiencia relacionada con la falta de formación.**

■ *La vivencia de una experiencia cercana a la realidad* tiene que ver con el hecho de enfrentarse a solas con el “paciente” (PSE) sin el apoyo de nadie más que de sus propias capacidades. Es entonces cuando el encuentro con el PSE se acerca a la realidad, si bien es una realidad que el alumno desconocía o conocía poco, probablemente **por la falta de experiencias vividas.**

■ Si consideramos además que los pacientes que son tratados por los alumnos, en los centros de prácticas clínicas, ya llegan habitualmente diagnosticados por el médico y que los fisioterapeutas de la mayoría de centros no llevan a cabo una parte del proceso que les lleva al diagnóstico de fisioterapia (entrevista clínica), **los alumnos tienen pocas posibilidades de adquirir la competencia suficiente en HCI aplicada a la ECF.**

■ *Si además, una de las salidas laborales de los alumnos más habitual tiene que ver con el ejercicio libre*, donde el paciente no viene diagnosticado por el médico, **no se está adaptando la formación a las necesidades laborales.**

#### ■ EVIDENCIAS OBTENIDAS (Fase diagnóstica)

A partir del análisis y de la interpretación de datos, exponemos las **evidencias** en relación a los distintos focos de atención y a la percepción de los participantes en el proceso.

┌ **Foco de atención: Percepción del estado de la situación actual con relación a la formación en HCI, aplicadas a la ECF.**

↗ **Categoría 1: dificultades observadas para manejar las HC en la ECF**

■ **Percepción del investigador**

- Los resultados obtenidos a partir de los cuestionarios y de las encuestas confirma un **déficit formativo en HC para realizar la ECF.**
- Una gran parte de los alumnos no tiene clara la **secuencia de las diferentes fases de la entrevista clínica ni su justificación.** En la mayoría de los casos se centra en la exploración física y el diagnóstico clínico. Los aspectos de la comunicación verbal y no verbal así como aquellos que pueden modificar la calidad del encuentro (empatía, asertividad, etc.) raramente son tenidos en cuenta. Este hecho conduce a una posible pérdida de información y a una dificultad para establecer y reforzar la calidad del encuentro entre el fisioterapeuta y el paciente.

#### ■ Percepción de los alumnos

- Los alumnos mostraron **nerviosismo e inseguridad**, al entrevistar al PSE, asociados al hecho de **desconocer cómo debían desenvolverse** ante esta situación, en la mayoría de casos nueva para ellos.
- Los alumnos no definieron con la suficiente claridad qué asignatura o qué asignaturas tuvieron un impacto real sobre su formación en HCI. Bajo nuestro punto de vista **el alumno confunde a menudo a qué nos referimos cuando hablamos de HCI aplicadas a la ECF.**
- La experiencia de realizar una entrevista al PSE fue considerada positiva por la totalidad de los alumnos participantes en el estudio. A su vez, **el video se identificó como un instrumento de aprendizaje útil** para aprender de los errores observados.

#### ➤ **Categoría 2: dificultades de aprendizaje asociadas a la estructura del currículo**

##### ■ Percepción del investigador

- **El currículo actual no permite**, a la totalidad de los alumnos, **adquirir las HC básicas para realizar a ECF.** Esta situación ha podido ser contrastada tanto en los contenidos de las

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

asignaturas del currículo como en el de las prácticas realizadas por los alumnos. Solamente una asignatura optativa incluye en la actualidad contenidos específicos de HC aplicados a la ECF.

##### ■ Percepción del profesorado

- El profesorado es consciente del déficit formativo de los alumnos en HCI, pero a su vez expresa que **es complicado introducir estos contenidos en las asignaturas actuales**.
- En los centros de prácticas clínicas **raramente se realizan entrevistas clínicas**. La entrevista clínica de Fisioterapia no está todavía integrada en el quehacer diario del fisioterapeuta, sin embargo **los alumnos necesitan haber adquirido esta habilidad para desenvolverse en el ámbito del ejercicio libre**, que por otra parte puede facilitar su salida al mercado laboral.

#### ▮ Foco de atención: Diseño y proceso seguido para obtener la información

##### ↗ Categoría 1: aspectos relacionados con el diseño de la investigación

##### ■ Percepción del investigador

- Se recomienda **ampliar la muestra de alumnos**, en sucesivas intervenciones, para contrastar los datos obtenidos.
- Los instrumentos de medición de las HCI (MAPE 2 y CICAA) y **los resultados obtenidos por los alumnos durante este ciclo, ayudarán a definir un referente** para poder comparar los resultados obtenidos en sucesivas intervenciones.
- La información obtenida permitirá **diseñar los contenidos del currículo del programa de Grado** relacionados con la formación en HC.
- El caso interpretado por el PSE debe **adaptarse mejor al perfil de los alumnos de Fisioterapia**.

- El **método de captura y de digitalización** de las videograbaciones fue excesivamente **lento**, ello comportó un retraso en el periodo que fue desde la realización de la entrevista a la visualización del vídeo.

#### ■ Percepción del grupo de trabajo

- Sería recomendable que en futuras intervenciones formativas se trabajara **más de una caso clínico, y con diferentes perfiles**, por parte de diferentes PSE.
- Con el objetivo de poder comparar los resultados obtenidos de las diferentes intervenciones, se recomienda **trabajar con dos grupos**: intervención y control.
- Se recomienda **mejorar en lo posible los aspectos técnicos** que tienen que ver con el registro de la ECF (sonido, imagen, disposición de los ángulos de las tomas), pues en algunos casos no se podían analizar los aspectos comunicacionales de los alumnos durante la ECF.

#### ↗ Categoría 2: aspectos relacionados con la organización

##### ■ Percepción del investigador

- Debe **mejorar la secuencia horaria**, en la que los alumnos son convocados para realizar la ECF, para evitar espacios en los que el paciente no tiene a ningún alumno con el que realizar la entrevista.
- El **espacio** destinado a realizar la entrevista clínica, con el PSE, fue excesivamente disperso y ruidoso y **debe modificarse** en futuras intervenciones.

▣ Foco de atención: Nuevas propuestas de acción para facilitar el aprendizaje de HC para la realización de la ECF

#### ↗ Categoría 1: propuestas de acción

##### ■ Percepción del investigador

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- Es necesario crear **nuevas acciones formativas** para mejorar las HCI de los alumnos de Fisioterapia. En este sentido el uso del PSE y del vídeo, entre otros métodos, pueden ayudar a mejorar la adquisición de HC de los alumnos de un modo próximo a la realidad.
- El PSE es un instrumento capaz de motivar al alumnado para **aprender HCI** aplicadas a la **ECF**. De hecho, un elevado porcentaje de alumnos comentó haber vivido, durante la entrevista con el PS, una experiencia cercana a la realidad laboral.
- El caso interpretado por el PSE **debe adaptarse a los alumnos de Fisioterapia** y el PSE debe conocer qué aspectos deben tener más peso en la evaluación de los alumnos.
- El **balance** entre los efectos negativos del **video** (nerviosismo del alumno, inseguridad) y sus **beneficios, se decanta hacia los beneficios**, pues permite: registrar y documentar los encuentros entre el PS y los alumnos, analizar aspectos de la CV y de la CNV, generar aprendizaje cuando los alumnos observan su propia entrevista, pues permite al alumno hacerse consciente de sus errores en un medio controlado, obtener material de aprendizaje para los alumnos (identificación de aspectos correctos e incorrectos).

#### ■ Percepción de los profesores

- Se propone trabajar casos clínicos integrados en diferentes asignaturas que trabajen a su vez las HC. Bajo el punto de vista del investigador **este aspecto solo permitiría incidir en el aprendizaje de contenidos teóricos pero no en la práctica.**

#### ■ Percepción de los alumnos

- Uno de los aspectos que destacaron los alumnos tiene que ver con la **importancia de utilizar métodos de aprendizaje de las HCI más cercanos a la realidad** (similares al encuentro con el PSE), ya que las prácticas de las asignaturas realizadas en la Facultad son más previsibles (por ejemplo al palpar estructuras musculares o articulares, hipotéticamente dolorosas, entre los

mismos compañeros de clase donde cada alumno conoce los síntomas y además, no se incluyen aspectos emocionales o comunicacionales).

### ■ Percepción del Grupo de trabajo

- Se recomienda **ser cautos en el momento de diseñar nuevas metodologías para trabajar las HCI aplicadas a la ECF**, ya que los resultados obtenidos durante la fase diagnóstica podrían estar condicionados por el efecto novedad del medio (Cabero, 1998) y porque solo se realizó una evaluación formativa y no sumativa.

### 1.3. Hipótesis de acción y formulación de la acción estratégica

Tras la obtención de las evidencias, de la Fase diagnóstica, y de la información resultante de la revisión documental procederemos a **formular la acción estratégica** que precederá a la acción. Este proceso se realizó durante el curso académico 2008-09.

#### 1.3.1. Respecto a la formación en habilidades de comunicación aplicadas a la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia

### ■ ACCIÓN FORMATIVA

↗ **¿Cómo aplicar una acción formativa, para mejorar los conocimientos teóricos y prácticos, teniendo en cuenta la situación actual?**

### ▮ CREACIÓN DE UN MÓDULO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN ORIENTADO AL APRENDIZAJE DE LA ECF

Consideramos que la *creación de un Módulo de habilidades de comunicación*, que se incluirá en el marco de la Acción Formativa I, podría contribuir a mejorar las habilidades de los alumnos.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- ✚ Es necesario hacer partícipe al alumno de que la realización de una buena entrevista acabará incidiendo en la obtención de un diagnóstico más preciso, en una mejor relación terapeuta – paciente y, en consecuencia, en la aplicación de un tratamiento de Fisioterapia con mayores posibilidades de éxito. Por otra parte el paciente tendrá una mayor adherencia a los tratamientos propuestos y una mayor confianza con su fisioterapeuta. Para desarrollar este aprendizaje se definirá una metodología que formará parte del plan de acción.

Se propone incluir este módulo *dentro de una asignatura troncal* para que todos los alumnos tengan la oportunidad de participar en el mismo. La asignatura más idónea es “Estancias clínicas”.

- ✚ Ello permitirá, a su vez, que el alumno se implique en la realización del mismo pues las actividades que realice tendrán un peso en la nota final de la asignatura.

#### ↗ ¿Qué métodos de E-A pueden adaptarse mejor al contexto actual?

#### ▮ DEFINICIÓN DE LOS MÉTODOS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Teniendo en cuenta la información obtenida, consideramos que los métodos que describimos a continuación pueden contribuir a facilitar el aprendizaje de las habilidades comunicativas.

- ✚ **Seminarios.** Donde se imparten y se debaten los aspectos básicos relacionados con las habilidades de comunicación y con la entrevista clínica de Fisioterapia. Los contenidos deberán contribuir a clarificar la correlación entre la obtención de la información del paciente y la realización del diagnóstico de Fisioterapia.
- ✚ **Elaboración de Material de soporte para el alumno.** El alumno podrá consultar en todo momento cuáles son los aspectos conceptuales básicos que se trabajarán en el taller y las referencias bibliográficas para consultar o ampliar la información.

- ✚ **E-actividades.** Su finalidad es facilitar la elaboración de conocimientos por parte del alumno a partir de la realización de actividades que tienen que ver con la resolución de contenidos teóricos y de problemas próximos a la realidad en forma de casos problema. Dichas actividades serán evaluadas y repercutirán en la nota final del alumno.
  
- ✚ **Entrevista con el paciente simulado estandarizado (PSE).** La realización de entrevistas a PSE con diferentes perfiles de carácter biopsicosocial puede ayudar a generar aprendizaje. La videograbación de las entrevistas contribuirá a reforzar las conductas y las habilidades que se realizaron de forma correcta y a corregir aquellas otras susceptibles de mejora.
  
- ✚ **Visionado del video de la entrevista** y obtención de Feedback por parte del profesor y por el resto de compañeros, realizándose dicha actividad en grupos reducidos de alumnos (máximo 5 alumnos).
  
- ✚ **Autoevaluación del alumno.** En diferentes momentos del proceso el alumno se autoevaluará y dicha información podrá ser registrada.

## ■ IMPLICACIÓN DEL PROFESORADO

### ↗ ¿Qué profesores pueden y aceptan participar en la actividad propuesta?

## ▮ PROPUESTA A LOS PROFESORES PARA COLABORAR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL MÓDULO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Se mantienen diferentes contactos con los profesores y se les explica cual es la actividad que se pretende realizar y se les solicita su apoyo.

- ✚ Se cuenta con 4 profesores del Departamento de Medicina y Cirugía (el investigador principal y dos profesores más de la Unidad de Fisioterapia y un profesor del Laboratorio de Habilidades clínicas de la FMCS) y con un profesor del Departamento de Pedagogía que hace la labor de tutoría externa de esta investigación.

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### ■ APOYO INSTITUCIONAL

#### ➤ ¿Con que apoyo institucional se puede contar para facilitar la puesta en marcha de la actividad propuesta?

### ▮ BÚSQUEDA Y CONFIRMACIÓN DE APOYOS INSTITUCIONALES

Se mantienen diferentes contactos con los responsables de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud y del Departamento de Medicina y Cirugía de la URV, con el Servicio de Recursos educativos y con el Instituto de Ciencias de la Educación de la misma universidad, para explicarles la propuesta y para solicitar su colaboración e informarnos de su disponibilidad.

- ✚ *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la URV (Decanato):* obtención de espacios para desarrollar el Módulo de habilidades de comunicación (seminarios y despachos para la realización de la entrevista clínica con los pacientes simulados) y apoyo para organizar la inclusión del módulo en una asignatura troncal (Estancias clínicas).
- ✚ *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la URV (Departamento de Medicina y Cirugía):* permiso para la utilización de los pacientes simulados que se incluyen en actividades de las asignaturas del currículo de Medicina y adaptar los casos clínicos para los alumnos de Fisioterapia. Se cuenta con el apoyo del Director del departamento y del responsable del laboratorio de habilidades clínicas, para entrenar los casos clínicos a realizar por los pacientes simulados y para coordinar el cronograma de los pacientes, y con el del becario de la Unidad de Fisioterapia.
- ✚ *Instituto de Ciencias de la Educación (URV):* apoyo económico, previa presentación de la solicitud para proyectos de innovación docente, con el objetivo de sufragar los gastos relacionados con el coste de los pacientes simulados durante los cursos académicos 2009-10 y 2010-11.
- ✚ *Servicio de Recursos Educativos (URV):* apoyo tecnológico para digitalizar las videograbaciones de las entrevistas clínicas realizadas por los alumnos y de las sesiones grupales de Feedback realizadas por el investigador con los alumnos tras el visionado de las entrevistas.

### 1.3.2. Respecto al método de investigación-acción aplicado

#### ■ ADAPTACIÓN DEL MÉTODO DE I-A

#### ↗ ¿Cómo podría mejorar el diseño del método de investigación – acción para obtener evidencias más sólidas?

#### ▮ ADAPTACIONES A REALIZAR PARA LA OBTENCIÓN DE EVIDENCIAS MÁS SÓLIDAS

Se procede a revisar los métodos de recogida y de análisis de datos para dar una mayor solidez a las evidencias obtenidas. Se explican a continuación las modificaciones propuestas.

- ✚ *Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la URV (Decanato):* obtención de espacios para desarrollar el Módulo de habilidades de comunicación (seminarios y despachos para la realización de la entrevista clínica con los pacientes simulados) y apoyo para organizar la inclusión del módulo en una asignatura troncal (Estancias clínicas).
- ✚ *Adaptar los casos clínicos de los PSE* al perfil de los alumnos de Fisioterapia.
- ✚ *Modificar las encuestas realizadas por los alumnos* para obtener información de mayor calidad con relación al proceso de enseñanza – aprendizaje realizado.
- ✚ *Diseñar dos grupos de alumnos (intervención – control)* para contrastar los datos de la información obtenida.
- ✚ *Crear nuevos medios de recogida de la información cualitativa*, como por ejemplo el Cuaderno del investigador y el registro de las reuniones con el Grupo de trabajo.

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- ✚ Agilizar el proceso de captura y digitalización de las videograbaciones con el objetivo de disminuir el periodo de tiempo entre la realización de la entrevista y su visualización en las sesiones grupales de retroacción.

### 2. Acción: diseño y aplicación de la Propuesta formativa I

Teniendo en cuenta la identificación y la definición del problema, el contexto, el diagnóstico de la situación y la hipótesis de acción, se propone diseñar y aplicar una acción estratégica (Propuesta formativa I), que contribuya a mejorar las habilidades comunicativas de los alumnos durante la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia (ECF). El diseño se realiza durante el curso 2008-09 y la aplicación en el curso 2009-10.

Tomando como referencia a Latorre (2004, pg. 47) señalamos algunos aspectos que hemos considerado relevantes antes de implementar la acción:

- *La observación focalizará su atención en la acción realizada* con el objetivo de obtener evidencias en las que podremos apoyarnos para la reflexión y para la elaboración de futuras acciones.
- *La acción será informada, comprometida e intencionada.* Será informada, pues buscará investigar sobre la acción realizada teniendo en cuenta las vivencias propias y las aportaciones de otros para evitar los posibles sesgos. Será comprometida e intencionada, pues lo que se busca es el compromiso del investigador para mejorar el problema descrito, relacionado con el déficit de habilidades comunicativas de los alumnos.

En nuestro caso, el *control de la acción* implicará definir un plan previo para el desarrollo de la acción, para la generación y para la recogida de los datos que no esté sujeto a la improvisación. Estos aspectos se desarrollan en los apartados que aparecen a continuación.

## 2.1. Definición del cronograma

Mostramos el cronograma seguido y las tareas a realizar tras la finalización de la Fase diagnóstica (ver **Tabla 42**). Las actividades descritas incluyen: el **plan de acción**, la **aplicación** de la **acción** (Propuesta formativa I) y los procesos de **observación, reflexión, análisis y evaluación** hasta la realización del **informe final**.

## 2.2. Especificación de las tareas

En este apartado se especifican las tareas a realizar y que se concretan en la definición del calendario de reuniones y en la asignación de tareas.

### 2.2.1. Calendario de reuniones

Se proponen dos fechas de reunión para explicar la actividad que se pretende realizar, la primera para los dos profesores expertos en habilidades comunicativas y la segunda, para los profesores colaboradores que de un modo u otro realizarán actividades de apoyo durante este proceso. Además de explicar las actividades, se recogen las propuestas de ambos grupos de trabajo: los profesores expertos y los profesores colaboradores. Más adelante se programan nuevas fechas de reunión con los profesores colaboradores, una de forma previa a la aplicación del plan de acción y otra al final del proceso.

TABLA 42	Cronograma y especificación de las tareas del Ciclo I (Plan de acción y Acción)																			
	2008-09 (Ciclo I: Plan de acción)									2009-10 (Ciclo I: Acción - P. Formativa I)										
CRONOGRAMA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
Tareas/ mes																				
Reuniones de trabajo (expertos y colaboradores)																				
Preparación de casos y entrenamiento (pacientes simulados)																				
Elaboración del programa y previsión																				



### 2.3. Definición de los recursos necesarios y confirmación de los recursos disponibles

Durante los meses de Marzo a Junio de 2009 se procedió, en base a las aportaciones del grupo de colaboradores, a la elaboración del programa definitivo del Módulo (ver en el **Anexo 2**) y a la definición de los recursos necesarios que aparecen a continuación.

#### 2.3.1. Definición de los recursos necesarios

Hemos dividido los recursos necesarios en cuatro grupos: *humanos*, *materiales*, *tecnológicos* y *económicos*.

#### ■ RECURSOS HUMANOS

- a) Tres **pacientes simulados** cuya función será representar cada uno de los casos, previamente elaborados y entrenados, durante las entrevistas realizadas con los alumnos.
- b) Un **profesor responsable** del desarrollo de la actividad, en este caso el investigador principal, cuyas funciones serán entre otras: impartir los seminarios y las clases magistrales, proponer y evaluar las E-actividades, gestionar la organización de las entrevistas clínicas y de las sesiones grupales de Feedback, además del proceso de recogida de datos.
- c) Un **alumno** (becario) para dar soporte al profesor responsable: durante el desarrollo de las entrevistas clínicas y durante el proceso de la recogida de datos.
- d) Dos **profesores expertos** cuya función es en un caso, proporcionar apoyo al investigador en la elaboración de los casos y en el entrenamiento de los pacientes simulados y, en el segundo, participar en la evaluación de los alumnos mediante la visualización de las entrevistas en formato DVD.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- e) Dos **profesores colaboradores y 1 profesor tutor** cuya función es participar en reuniones periódicas para diseñar y analizar las actividades que se desprenden de la implementación del programa formativo.

#### ■ RECURSOS MATERIALES

- a) Un **aula** para realizar los seminarios y las sesiones magistrales dotada de cañón de proyección y de un ordenador.
- b) Un **espacio** para realizar la entrevista de 16 m<sup>2</sup> con una mesa de despacho, dos sillas y una camilla de exploración, para la realización de las entrevistas clínicas y para el entrenamiento de los pacientes simulados.
- c) Un **espacio** de 18 - 24 m<sup>2</sup> dotado con 6 sillas con escritorio, 1 mesa de despacho, una butaca y un monitor de TV., apto para realizar distintas funciones: guardar los objetos personales de los alumnos, mientras realizan la entrevista; cumplimentar las encuestas tras la realización de la entrevista y visualizar la entrevista en grupos de 5-6 alumnos.

#### ■ RECURSOS TECNOLÓGICOS

- a) **Activación de un espacio en el entorno Moodle**, dentro de la asignatura troncal Estancias clínicas.
- b) Dos **cámaras de video digitales** (Handy cam de Sony) y 2 trípodes.
- c) Un **monitor de pantalla de TV** para poder visualizar los videos de las entrevistas en las sesiones grupales.

- d) **Cintas de mini DVD** (96) de 60 minutos para registrar las videograbaciones de los encuentros entre el paciente simulado y los alumnos y 24 Discos de DVD+R (4,7 GB) de 120 minutos para digitalizar las capturas.
  
- e) Una **grabadora digital** (Estéreo Olympus WS-210S) para registrar las sesiones de coordinación y de puesta en común con el grupo de trabajo.
  
- f) Un **disco duro externo** (Iomega Home Media Network Hard Drive 1 TB) para almacenar y para guardar una copia de seguridad de todas las entrevistas realizadas por los alumnos.

#### ■ RECURSOS ECONÓMICOS

Con el objetivo de poder cubrir los gastos del entrenamiento y de la actuación de los pacientes simulados, la propuesta formativa se presentó a la convocatoria de Proyectos para la innovación docente que el Instituto de Ciencias de la Educación (**ICE**) de la URV convoca anualmente. El proyecto fue aprobado y las ayudas permitieron asumir los costes de los actores (PSE) y adquirir el material de soporte necesario para aplicar y registrar los datos de la Acción Formativa I (curso académico 2009-10).

#### 2.3.2. Confirmación de los recursos disponibles

En este apartado describiremos los *recursos necesarios*, y la *disponibilidad* de los mismos, para llevar a cabo nuestro plan de acción. Hemos dividido los recursos en: humanos, materiales y tecnológicos.

#### ■ RECURSOS HUMANOS

Mostramos en la **Tabla 44** la definición de los recursos humanos, la actividad que realizará cada uno

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

de los integrantes y la disponibilidad real para proporcionar su apoyo a la acción prevista.

<b>TABLA 44. Recursos humanos y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)</b>			
<b>RECURSOS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD A REALIZAR</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
<b>HUMANOS</b>	<b>2 Prof. colab. y 1 Prof. tutor</b>	Participación en las reuniones periódicas (diseño y análisis de la implementación del Programa formativo).	<b>Si</b> (2 Prof. de la Unidad de Fisioterapia; 1 Prof. del Dep. de Pedagogía de la URV)
	<b>3 Pacientes simulados</b>	Simulación clínica, evaluación del alumno	<b>Si</b> (necesidad de solicitar apoyo económico)
	<b>1 Alumno (becario)</b>	Soporte a las actividades realizadas	<b>Si</b> (becario de la Unidad de Fisioterapia)
	<b>1 Profesor investigador</b>	Ejecución, coordinación y supervisión de la acción formativa y evaluación de las entrevistas	<b>Si</b> (investigador principal)
	<b>1 Profesor investigador</b>	Ejecución, coordinación y supervisión de la acción formativa y evaluación de las entrevistas	<b>Si</b> (investigador principal)

#### ■ RECURSOS MATERIALES: INFRAESTRUCTURAS

<b>TABLA 45 Recursos materiales y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)</b>			
<b>RECURSOS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD A REALIZAR</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
<b>MATERIALES (infraestructuras)</b>	<b>1 Aula Teoría</b>	Realización de las sesión de presentación y de la distribución de grupos de alumnos	<b>Si</b>
	<b>1 Aula (Seminario)</b>	Realización de IOs seminarios	<b>Si</b>
	<b>1 Despacho (Consulta)</b>	Entrenamiento de los casos a realizar Realización de la entrevista clínica con los pacientes simulados	<b>Si</b>
	<b>1 Aula (seminario)</b>	Cumplimentación de las encuestas. Visualización del video de las entrevistas realizadas y desarrollo de las sesiones grupales	<b>Si</b>

Mostramos en la **Tabla 45** la definición de las infraestructuras que se necesitan para desarrollar las diferentes actividades del programa formativo así como su disponibilidad real.

### ■ RECURSOS TECNOLÓGICOS

Mostramos en la **Tabla 46** la definición de los recursos tecnológicos para la realización de las diferentes partes del programa así como su disponibilidad real para llevar a cabo la actividad prevista.

<b>TABLA 46</b>		<b>Recursos tecnológicos y disponibilidad (Ciclo I: P. formativa I)</b>	
<b>RECURSOS</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD A REALIZAR</b>	<b>DISPONIBILIDAD</b>
<b>TECNOLÓGICOS</b>	<b>2 Cámaras de video Sony Handy Cam</b>	Registro de las entrevistas	<b>SI</b> (Material de soporte a la docencia U. de Fisioterapia)
	<b>2 Trípodes</b>	Registro de las entrevistas	<b>SI</b> (Material de soporte a la docencia U. de Fisioterapia)
	<b>1 monitor (ASUS TV Monitor 24 T1E)</b>	Visualización de las entrevistas en las sesiones grupales	<b>SI</b> (Material de soporte a la docencia FMCS)
	<b>Cintas de mini DVD i de DVD</b>	Registro y digitalización de las entrevistas	<b>Si</b> (necesidad de solicitar apoyo económico)
		Visualización de las entrevistas en las sesiones grupales	
		Evaluación de las entrevistas por los expertos en HC	
	<b>1 PC con programa para captura y digitalización</b>	Captura y digitalización de las videograbaciones	<b>Si</b> (Unidad de Fisioterapia)
<b>1 Grabadora digital Estéreo Olympus WS-210S</b>	Registro del contenido de las reuniones para su transcripción		
<b>1 Disco duro externo Iomega Media Network Drive 1 TB</b>	Copias de seguridad videograbaciones		

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### 2.4. Preparación de casos clínicos y entrenamiento de los pacientes simulados

Si en la fase diagnóstica se utilizó un único caso clínico para todos los alumnos, en este momento se propone trabajar con **tres casos clínicos** diferentes en el grupo de intervención y con un caso clínico, con relación al grupo control.

El investigador diseñó, con el apoyo de un experto en habilidades comunicativas, 3 casos clínicos distintos que debían ser representados por 3 pacientes simulados. Estos, se reclutaron del equipo de pacientes simulados del laboratorio de habilidades de la FMCS. Los casos planteados tenían que ver con: un paciente diagnosticado de lumbalgia subaguda, otro de cervicalgia mecánica y el último, se relacionó con una paciente diagnosticada de síndrome de fibromialgia.

El criterio para escoger los casos se basó en la elección de cuadros clínicos frecuentes que el alumno ya había estudiado de forma teórico práctica durante la carrera. El método para diseñar los casos siguió el modelo utilizado para la elaboración de casos problema para pacientes estandarizados, en la evaluación clínica objetiva y estructurada de la práctica clínica (ECOPE), que habitualmente utilizan los alumnos de Medicina de la Facultad, y que puede observarse en el Anexo 1 y 2. En dicho modelo se concretan diferentes aspectos que definen el guión a seguir por parte de los pacientes simulados durante su encuentro con los alumnos, hecho que facilita la estandarización de los aspectos más relevantes. Los pacientes recibieron entrenamiento, por parte del responsable del laboratorio de habilidades de la Facultad de Medicina durante los meses de Marzo a Junio de 2009 a razón de 12 horas por caso. Puede observarse la información relacionada con la elaboración de los distintos casos en el Anexo 1 y 2.

### 2.5. Definición de la Propuesta Formativa I

Mostramos de forma resumida las características de la **Propuesta Formativa I**, incluida en el **Ciclo I** de investigación-acción, relacionadas con: su elaboración y sus contenidos.

### 2.5.1. Introducción

Durante los meses de Marzo a Junio de 2009 se procedió a la elaboración del programa del Módulo que tuvo en cuenta las aportaciones del equipo de colaboradores (**ver Anexo 2, apartado 6**). Se decidió realizar un seguimiento bibliográfico, desde el mes de Enero al mes de Junio de 2009, con la finalidad de incorporar nuevos planteamientos, relacionados con las bases conceptuales y con las posibles metodologías publicadas aplicables a nuestro programa y a nuestro contexto. Una parte de esta información se añadió al dossier del alumno.

La **Propuesta formativa I** se concretará en la definición de un programa llamado "*Módulo de habilidades de comunicación básicas aplicado a la realización de la ECF*". El programa pretende proporcionar al alumno los conocimientos y las habilidades de comunicación básicas para poder realizar la entrevista clínica. Dichos conocimientos se integrarán en el Proceso de intervención de Fisioterapia, donde el fisioterapeuta indaga acerca del problema principal del paciente hasta obtener, con el apoyo de la exploración clínica y del diagnóstico médico, el diagnóstico de Fisioterapia.

### 2.5.2. Objetivos del programa

Aparecen definidos en el **Anexo 2**.

### 2.5.3. Contenidos

Aparecen definidos en el **Anexo 2**.

### 2.5.4. Metodología

Una parte de la metodología aplicada es común para todos los alumnos. Habrá aspectos específicos de la metodología aplicada que serán distintos según los alumnos pertenezcan al grupo de intervención (GI) o al grupo control (GC). La explicación de este apartado será esquemática pues aparece más detallada en el apartado 3.1.1. dedicado a explicar el método de recogida de datos y en el **Anexo 2**.

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### ■ SESIÓN INFORMATIVA

Se realiza una sesión informativa para todo el grupo de alumnos donde se explican los objetivos de la actividad, los criterios de evaluación y la distribución de los alumnos para cada uno de los grupos A (control) y B (intervención).

### ■ ENTREGA DEL DOSSIER

Todos los alumnos reciben el mismo dossier, con los contenidos y la bibliografía, pero el cronograma, las actividades a realizar y los criterios de evaluación serán distintos en función de su pertenencia al Grupo de intervención (GI) o al Grupo control (GC).

### ■ CONTENIDOS DEL PROGRAMA

Los contenidos teóricos son idénticos para todos los alumnos. No así los contenidos prácticos tal y como se explicará más adelante. La diferencia estriba en la pertenencia del alumno al GI o al GC.

### ■ CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES (GRUPO DE INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL)

#### ┌ CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES (GI)

En este apartado realizaremos una breve exposición, de las actividades del **Grupo de intervención** y del **cronograma**, que relaciona la actividad y el tiempo de dedicación del alumno (ver **Tabla 47**).

TABLA 47		Cronograma. Programa: G. Intervención (Ciclo I: P. formativa I)		
Día/ Horario	Actividad	T de dedicación (alumno)	Descripción/ Observaciones	
23/09/2009 (17-18h) 24/09/2009 (18-19h)	Seminario 1	1h	Los alumnos se dividen en 2 grupos: B1 y B2	
16/10/2009 (17-18h) 22/10/2009 (18.19h)	Seminario 2	1h		
23/10 a 30/11/2009	e-actividades	13h	<b>6 E-actividades</b> que deben entregarse en el espacio Moodle.  Feedback: alumnos y profesor	
1/12 a 4/12/2009 (8-13h)	Entrevista PSE 1	1h	Realización de la <b>entrevista, registro y cumplimentación de cuestionarios</b>  (Grupos: B1, B2, B3, B4)	
8/02 al 11/02/2010 (8-13h)	Entrevista PSE 2	1h		
1/03 al 3/03/2010 (8-13h)	Entrevista PSE 3	1h		
11/01 a 15/01/2010 (9-11h)	Feedback (post PSE1)	2h	<b>Visualización de la entrevista y obtención de Feedback</b> (alumnos/ profesor)	
23/02 al 26/02/2010 (9-11h)	Feedback (post PSE2)	2h		
15/03 al 18/03/2010 (9-11h)	Feedback (post PSE3)	2h		
<b>Tiempo total (dedicación del alumno)</b>		<b>24 horas</b>		

- **SEMINARIOS: Seminario 1**

El **seminario 1**, cuya duración fue de 1h se dedicó a: explicar los objetivos del módulo y la estructura de los contenidos básicos para enfocar el tema de las HC y su aplicación a la ECF. Para buscar la implicación de los alumnos y para fomentar el debate se analizaron situaciones de la vida diaria en la que se buscaban ejemplos relacionados con la relación, el rol y el protagonismo de los aspectos comunicativos en la relación terapeuta paciente.

Las situaciones planteadas se relacionaron con aquellos aspectos que pudieran contribuir a que los



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

alumnos tomaran consciencia de la importancia de las habilidades de comunicación en el marco de la relación terapeuta-paciente. Las preguntas planteadas a partir de la descripción de situaciones reales o hipotéticas tenían que ver con (ver en Anexo “actividades Seminario Grupo B):

- ¿Qué es lo que más valoras cuando vas al médico y por qué?
- ¿Sabríais proponer un ejemplo de los siguientes aspectos que tienen que ver con: la escucha activa, la empatía, y la asertividad en la relación terapeuta paciente?
- ¿Qué aspectos, de la CV y de la CNV, os parecen más importantes cuando estáis ante un profesional de la salud?, ¿Por qué?

- **SEMINARIOS: Seminario 2**

El **seminario 2**, de 1h de duración, se dedicó a reflexionar acerca de la importancia de la entrevista clínica y a destacar los aspectos más importantes de cada una de las fases de la entrevista. El profesor estimula a los alumnos a que identifiquen la importancia de la anamnesis, su relación con la exploración y con el diagnóstico de Fisioterapia y con el tratamiento. El nexo entre los contenidos teóricos y la aplicación práctica, de los mismos, se realiza a través de un caso clínico.

- **REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES**

Una vez realizados los dos seminarios introductorios, los alumnos realizan con el soporte del dossier para el alumno, un total de **6 actividades**, que pueden observarse en la **Tabla 47**, relacionadas con las distintas fases de la entrevista clínica, que enumeramos a continuación (ver en el **Anexo 2**). Las actividades se cuelgan en el entorno Moodle y el alumno recibe la retroacción por esta vía.

De cada una de las actividades, y con relación a las fases de la entrevista, el alumno debe: *definir los objetivos de cada fase, definir las habilidades de comunicación básicas requeridas, ejercitar su capacidad de observación* mediante el análisis de videoclips relacionados con cada una de las fases (indicando los posibles errores y las posibles soluciones) y *resolver un caso problema*. Para realizar

las actividades podrá utilizar el material de soporte para el alumno y la información adquirida durante las fases presenciales y mediante el entorno Moodle. Resumimos en la **Tabla 48** las actividades realizadas por los alumnos pertenecientes a este grupo (Ver en el **Anexo 2**).

<b>TABLA 48</b>			
<b>E-actividades (Grupo de intervención): Ciclo I (P. formativa I)</b>			
<b>E-actividad</b>	<b>Fase de la entrevista</b>	<b>Descripción</b>	<b>Feedback</b>
<b>1</b>	Inicial	<ul style="list-style-type: none"> <li>Objetivos de cada fase</li> </ul>	Proporcionado por:
<b>2</b>	Recogida de la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>HC necesarias e identificación de los posibles errores</li> </ul>	- Profesor del Módulo
<b>3</b>	Exploración del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de vídeo clips</li> </ul>	- Compañeros del módulo
<b>4</b>	Explicar y planificar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades personales (resolución)</li> </ul>	(Moodle)
<b>5</b>	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resolución de un caso problema</li> </ul>	Presentación de la actividad más elaborada del grupo (Moodle)
<b>6</b>	Construir la relación y proporcionar estructura		

- **ENTREVISTA AL PACIENTE SIMULADO ESTANDARIZADO (PSE)**

Tras la realización de las E-actividades los alumnos realizaron **3 entrevistas** a tres pacientes simulados con problemas y con perfiles biopsicosociales distintos.

- **SESIÓN GRUPAL DE RETROACCIÓN “VER EL VIDEO DE MI ENTREVISTA”**

Una vez finalizada la 1ª entrevista (y las siguientes) cada alumno debía participar en la sesión grupal (5-6 alumnos) para ver el video de su propia entrevista y la de sus compañeros. El objetivo de la sesión fue que cada alumno tomara consciencia de los aciertos, de los errores y de las dificultades, mediante la observación, la comparación y la reflexión y así pudiera tenerlos en cuenta en las próximas entrevistas.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### ■ ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL GRUPO CONTROL Y CRONOGRAMA

#### ▮ CRONOGRAMA Y ACTIVIDADES (GRUPO CONTROL)

En este apartado se explican las actividades y el cronograma seguido por el Grupo control (ver **Tabla 49**).

<b>TABLA 49</b>		<b>Cronograma Grupo control (Ciclo I: P. formativa I)</b>	
<b>Día/ Horario</b>	<b>Actividad</b>	<b>T de dedicación (alumno)</b>	<b>Descripción/ Observaciones</b>
23/10/2009 (17-18h)	Tema 1	1h	<b>Tema 1.</b> La comunicación y los modelos de comunicación (Sesión magistral)
30/10/2009 (17-18h)	Tema 2	1h	<b>Tema 2.</b> La comunicación y la entrevista clínica (Sesión magistral)
20/11/2009 (17-18h)	Tema 3	1h	<b>Tema 3.</b> Las habilidades de comunicación aplicadas a la ECF de Fisioterapia (Sesión magistral)
27/11/2009 (17-18h)	Tema 4	1h	<b>Tema 4.</b> La comunicación en situaciones conflictivas (Sesión magistral)
30/10 a 23/02/2010	E-actividades	7h	<b>3 E-actividades</b> que deben entregarse en el espacio Moodle. Feedback: alumnos y profesor
8/03 al 12/03/2010 (8-15h)	Entrevista PSE 3	1h	Realización de la <b>entrevista, registro y cumplimentación de cuestionarios</b>  Grupos A1, A2, A3, A4
22/03 al 25/03/2010 (9-11h)	Feedback (post PSE3)	2h	<b>Visualización de la entrevista</b> y obtención de retroacción (alumnos/profesor)
<b>Tiempo total (dedicación del alumno)</b>		<b>14 horas</b>	

#### • CLASES MAGISTRALES

En este caso los alumnos participaron en 4 clases magistrales (de una duración de 1 hora por clase), donde se expusieron los aspectos más relevantes de la comunicación y de la entrevista clínica. Los alumnos en el transcurso de la clase, o al final de la misma, plantearon al profesor las posibles dudas relacionadas con los contenidos expuestos.

- **REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES**

Una vez finalizadas las clases teóricas, los alumnos realizaron un total de 3 *E-actividades*, que pueden observarse en el **Anexo 2**, para asegurar que los conceptos más importantes habían sido elaborados y comprendidos independientemente del grupo al cual pertenecían (control o intervención). En este caso los alumnos, a diferencia del grupo de intervención, *no analizaron video clips*. El resto de actividades fue idéntico a las realizadas por el grupo de intervención. Al final de cada una de las actividades se preguntó por el tiempo requerido para llevarlas a cabo, su percepción en cuanto a la utilidad para su aprendizaje y se les dio la opción para que aportaran sugerencias o comentarios relacionados con la dinámica del programa.

- **ENTREVISTA AL PACIENTE SIMULADO ESTANDARIZADO (PSE)**

Tras la realización de las E-actividades los alumnos realizaron una única entrevista a un paciente simulado en la que se repitió la metodología seguida para los alumnos del Grupo de intervención. El Paciente entrevistado fue el mismo que entrevistaron los alumnos del grupo de intervención. Para poder comparar los resultados de ambos grupos, intervención y control, el paciente de referencia para ambos grupos fue el PSE 3.

- **SESIÓN GRUPAL DE FEEDBACK “VER EL VIDEO DE MI ENTREVISTA”**

El proceso seguido para la realización de la sesión grupal de Feedback fue idéntico al que se siguió para los alumnos del grupo de intervención.

### **2.5.5. Evaluación**

Los aspectos que se evalúan bajo un punto de vista sumativo, para todos los alumnos, son la realización de las E-actividades y la asistencia a cada una de las actividades programadas. Bajo un punto de vista formativo el alumno recibe la evaluación del paciente simulado (mediante un cuestionario) y la evaluación del profesor y de los alumnos en las sesiones de retroacción. La nota del módulo de habilidades de comunicación supone para el alumno un 25% de la nota final de la asignatura troncal Estancias clínicas.

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### 3. Observación de la acción

En este apartado se proporcionará la información que hemos utilizado para realizar la observación, la supervisión y la documentación de la acción realizada. Los aspectos que se van a tratar tienen que ver con la explicación del método y las técnicas para la recogida de datos y para su análisis.

#### 3.1. Método de observación, de supervisión y de documentación

Expondremos a continuación el *método de recogida de datos* y el de *análisis e interpretación* de los mismos.

##### 3.1.1. Método de recogida de datos

#### ■ PARTICIPANTES

Los **sujetos** que formaron parte de la muestra fueron los alumnos, de tercero y último curso de la Diplomatura de Fisioterapia (60 alumnos), del **curso académico 2009-10** de la Universidad Rovira y Virgili matriculados en la asignatura troncal Estancias clínicas. La investigación se realizó en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud ubicada en Reus (Tarragona).

#### ■ PROCEDIMIENTO

Describiremos el procedimiento seguido de acuerdo al cronograma y a la especificación de tareas, que ya expusimos en el cronograma general del Ciclo de investigación – acción I.

#### ▣ EXPLICACIÓN DE LA PROPUESTA FORMATIVA A LOS ALUMNOS Y OBTENCIÓN DE LA HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El investigador convocó (via Moodle) a los alumnos de tercer curso, matriculados en la asignatura Estancias clínicas, para informarles del programa formativo que se pretendía activar denominado:

“Módulo de habilidades de comunicación básicas para la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia” (ver Anexo 2). En la fecha propuesta se realizó una **sesión informativa** donde se explicaron los objetivos del programa y el hecho de que éste, formara parte de un proyecto de investigación. Además de dar respuesta a las cuestiones planteadas por los alumnos, se les explicó que la participación era obligatoria, pues la evaluación de dicho programa formaba parte de la asignatura troncal “Estancias clínicas” y que era necesario aprobar los contenidos del Módulo de habilidades de comunicación, para aprobar la asignatura, siendo el peso del módulo un 25% de la nota global de la misma.

Al final de la sesión se les entregó la **hoja de consentimiento informado (ver Anexo 2)** para participar en la investigación. Se dio un margen de tiempo prudencial para permitir su lectura y se contestó de nuevo a las posibles dudas. Por último se concretó una fecha límite, en la cual debería entregarse la hoja cumplimentada, por parte de los alumnos que aceptaran las condiciones de la investigación.

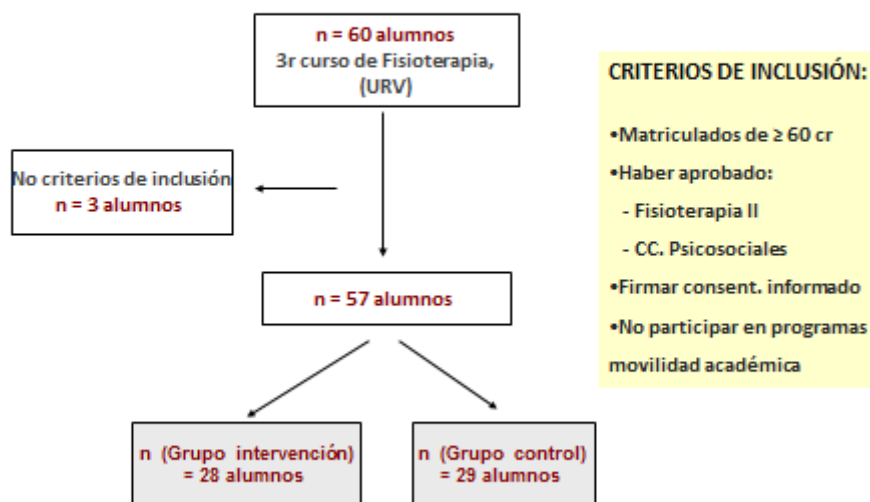
## ▣ CREACIÓN DE LOS GRUPOS DE ALUMNOS: INTERVENCIÓN Y CONTROL

Una vez obtenido el listado de alumnos, matriculados en la asignatura troncal, de la secretaría virtual de la URV y de verificar la entrega de la hoja de consentimiento informado para participar en la investigación, se creó una primera lista provisional con un total de 60 alumnos. Una vez definidos y aplicados los criterios de inclusión (ver Fig. 24) cumplieron con los mismos 57 alumnos que se distribuyeron en dos grupos mediante la función Excel = ALEATORIO aplicada a la lista de alumnos ordenada por orden alfabético: A (Grupo control) y B (Grupo de intervención). El **Grupo de intervención** (Grupo B) estaba formado por 28 alumnos y el **Grupo control** (Grupo A), por 29 alumnos.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### Muestra de participantes (Ciclo I: Propuesta formativa I)



**Figura 24.** Descripción de la muestra (Ciclo I, Propuesta formativa I)

### APLICACIÓN DEL PROGRAMA: GRUPO DE INTERVENCIÓN Y GRUPO CONTROL

Tal y como se ha explicado en el cronograma de actividades, los alumnos participaron en diferentes actividades formativas en función de su pertenencia a uno de los dos Grupos (intervención o control) que aparecen resumidas en la **Figura 25**. En este caso solo ampliaremos la información relevante, relacionada con este apartado, que no fue explicada en apartados anteriores.

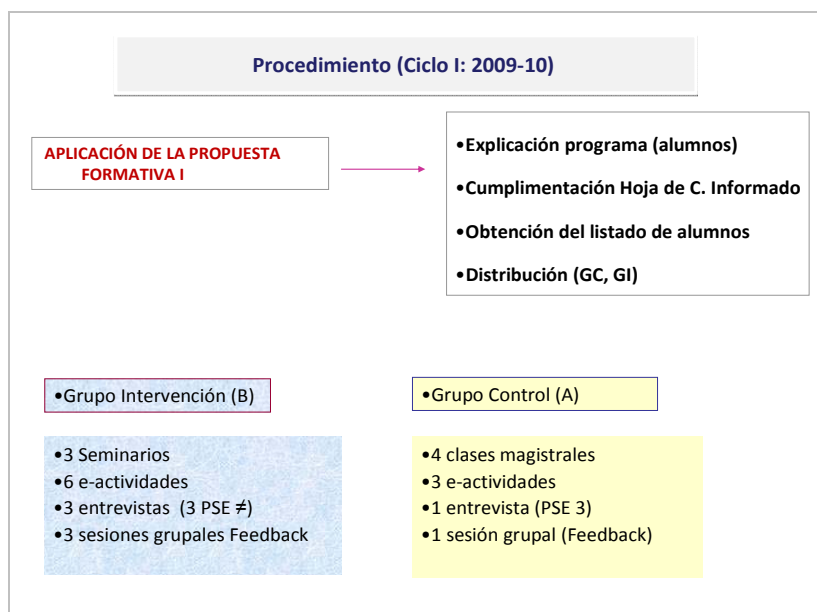


Figura 25. Procedimiento: aplicación P. Formativa I ( Ciclo I)

## SEMINARIOS Y CLASES MAGISTRALES

Para la realización de los seminarios los alumnos del G.I. se distribuyeron en 2 subgrupos para facilitar la participación de los alumnos. En el caso de las clases magistrales, en el caso del G.C. se trabajó con un único grupo. En cada uno de los seminarios y de las clases magistrales se realizó un control de la asistencia.

## APLICACIÓN DEL PROGRAMA: E-ACTIVIDADES

Tras la realización de las E-actividades (en ambos grupos) se les preguntó por el tiempo dedicado a realizarlas y se les dio la opción para que aportaran sugerencias o comentarios relacionados con la realización de cada actividad y con el proceso de aprendizaje relacionado con su participación en el programa.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### ▮ APLICACIÓN DEL PROGRAMA: ENTREVISTA AL PSE

La metodología fue idéntica para los alumnos de ambos grupos, siendo la única diferencia, como ya se ha comentado el número de entrevistas realizadas.

Los alumnos fueron convocados, vía Moodle, por grupos para realizar una entrevista al PSE. En dicha convocatoria aparecía un listado en la que se asignaba un día y una hora para cada alumno. En la misma convocatoria se les adjuntaron 2 documentos (**ver Anexo 2**): uno relacionado con las *normas y con las recomendaciones* a seguir por el alumno respecto a la puntualidad, la indumentaria, las limitaciones en la realización de la exploración clínica, el tiempo disponible, etc. y otro, en el que se explicaba la *información básica relacionada con el paciente* (edad y diagnóstico médico). Previamente a la realización de la entrevista se supervisó la preparación del escenario a partir del documento “Check list preparación de la interacción PS-alumno” (**ver en Anexo 2**). En esta hoja se reflejaban 3 grupos de tareas: *la preparación de la documentación necesaria*, *la preparación del espacio 1* (en el que se realizó la entrevista) y *la preparación del espacio 2* (donde se cumplimentaron los cuestionarios y encuestas tras el encuentro). El alumno dispuso de un *tiempo máximo* de 20 minutos para entrevistar al PSE. Durante este tiempo debía obtener la información relacionada con la anamnesis, con la exploración y, teniendo en cuenta todos estos aspectos, debía explicar al paciente el posible diagnóstico de Fisioterapia y el plan de tratamiento a seguir. Si el alumno sobrepasaba el tiempo disponible, se le avisaba verbalmente para que finalizará la sesión. El encuentro se registró mediante dos cámaras de vídeo. Una vez finalizado el encuentro, el PSE evaluó a cada alumno mediante el Cuestionario MAPE 2. Los cuestionarios fueron recogidos por el investigador al final de la secuencia de entrevistas realizadas por cada uno de los pacientes. Tras la realización de la entrevista el alumno debía cumplimentar, en un aula contigua (Espacio 2) a la que se realizó la entrevista, una encuesta. En el caso de los alumnos del Grupo de intervención, tuvieron que cumplimentar 3 encuestas.

##### ▮ CAPTURA Y DIGITALIZACIÓN DE LA VIDEOGRABACIÓN DEL ENCUENTRO CON EL PSE

Una vez finalizada cada una de las entrevista con el PSE se procedió a la digitalización de las cintas

de mini DVD, mediante el programa Movie Maker. Una vez digitalizadas se procedió a su visualización (**Sesión grupal de retroacción**), mediante un reproductor de DVD y un monitor de TV, en grupos reducidos de 5 alumnos. Este mismo proceso se realizó con todas y cada una de las entrevistas.

### ▣ SESIÓN DE RETROACCIÓN: “VER EL VÍDEO DE LA ENTREVISTA”

Una vez obtenidos los discos de DVD con las videograbaciones de las entrevistas con cada PSE, los alumnos recibieron una convocatoria en el espacio Moodle, para ver el video de su encuentro con el PSE. Los alumnos, en grupos de 5, participaron en una sesión cuya duración aproximada fue de 2,3 horas. La sesión de retroacción fue registrada mediante una cámara de vídeo para facilitar la recogida de la información relacionada con la metodología utilizada. Mediante la “Hoja de check list” para la preparación de la sesión de retroacción (ver en **Anexo 2**), el investigador verificó que el espacio, los recursos tecnológicos y la documentación necesaria estaban a punto.

Al final del visionado de cada entrevista, el investigador solicitaba a cada uno de los participantes que destacara qué aspectos se habían realizado correctamente y cuáles no, justificando las opiniones vertidas. El profesor guiaba la sesión poniendo énfasis en los aspectos más relevantes y respondiendo a las posibles dudas que pudieran surgir. Al final de la sesión el investigador realizó preguntas abiertas a todo el grupo, con relación a las dificultades observadas durante el proceso de aprendizaje, y se resumieron los aspectos más importantes de la sesión.

### ▣ INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

En este apartado explicaremos los **instrumentos utilizados para la recogida de datos** y, en base al origen de la información que se pretende obtener, las **técnicas utilizadas**. Hemos tomado como referencia, para explicar este apartado, la propuesta de Latorre (2003) y que pueden verse en la **Fig. 26**.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### Instrumentos generales de recogida de la información: Ciclo I (P. Formativa I)

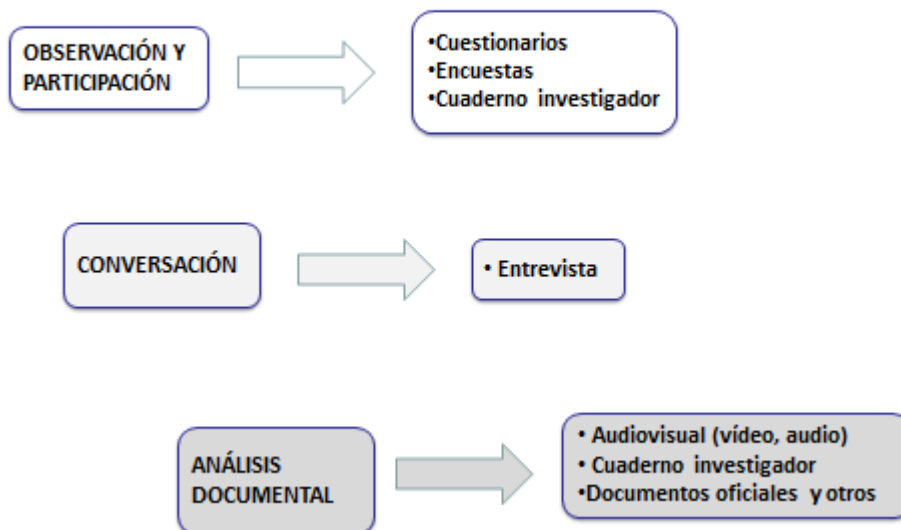


Figura 26. Instrumentos generales de recogida de la información (Adaptación tomada de Latorre, 2003)

De los instrumento y métodos explicaremos con más detalle aquellos que o bien son nuevos o bien han sido modificados tras la realización de la fase diagnóstica (ver Fig. 27).

### Recogida de la información: Instrumentos específicos (Ciclo I: P. Formativa I)

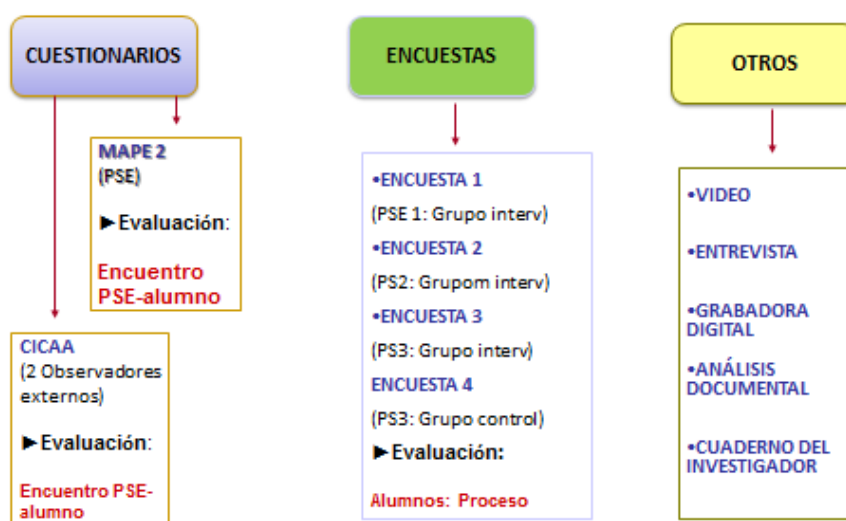


Figura 27. Instrumentos de recogida de la información (Ciclo I, P. formativa I)

Se explicarán las diferentes técnicas de recogida de información de acuerdo al origen de la obtención de la misma (*alumnos, profesores y observadores externos e investigador principal*).

## ▣ ORIGEN DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS

El alumno proporciona información del proceso en el que participa mediante la cumplimentación de las encuestas, que se explican a continuación.

- **ENCUESTAS**

Una vez realizada la entrevista con cada PSE, los alumnos cumplimentan una encuesta. Las encuestas 1 a la 3 la realizan los alumnos del Grupo de intervención tras la finalización de cada una de las entrevistas realizadas. Los alumnos del Grupo control cumplimentan la Encuesta 4.

### 1. ENCUESTA 1-PF 1

Es una encuesta semiestructurada, cumplimentada por los alumnos del Grupo de intervención, que se divide en cinco apartados (ver en el Anexo 2). En el **primero** se indaga acerca de su percepción con relación al encuentro con el PSE. En el **segundo**, se tiene en cuenta la percepción de la formación recibida durante su participación en el módulo de habilidades de comunicación. En el **tercero**, se recoge la percepción de su grado de comprensión teórica en relación a cada una de las fases de la ECF. En el **cuarto**, se recoge la información relacionada con el grado de habilidad para realizar cada una de las fases de la ECF y, en el **quinto**, el alumno realiza una valoración del módulo. Resumimos en la **Tabla 50**, los aspectos recogidos en la encuesta.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

<b>TABLA 50</b>		<b>Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 1-PF 1 (Ciclo I)</b>		
<b>APARTADO I. Percepción subjetiva de la entrevista con el paciente</b>				
1. ¿Qué es lo que más te ha gustado de la interacción con el paciente simulado?..				
2. ¿Y lo que menos te ha gustado?				
<b>APARTADO II. Percepción de la formación recibida (Módulo)</b>				
4.¿Qué es lo que más te ha gustado del módulo de habilidades de comunicación?				
5. ¿Y lo que menos te ha gustado?				
<b>APARTADO III. Percepción: grado de comprensión teórica de las distintas fases de la entrevista</b>				
6. ¿Cuál es tu grado de comprensión teórica en el manejo de las HC, aplicada a la entrevista clínica, en este momento?	Fase inicial	1-2	Deficiente	
	Fase de recogida de información	3-4	Insuficiente	
	Fase de examen físico	5-6	Suficiente	
	Fase de explicación y de planificación	7-8	Notable	
	Fase de cierre	9-10	Excelente	
<b>APARTADO IV. Percepción: grado de habilidad para realizar las distintas fases de la entrevista</b>				
7. ¿Cuál es tu grado de conocimiento práctico en el manejo de las HC, aplicada a la entrevista clínica, en este momento?	Fase inicial	1-2	Deficiente	
	Fase de recogida de información	3-4	Insuficiente	
	Fase de examen físico	5-6	Suficiente	
	Fase de explicación y de planificación	7-8	Notable	
	Fase de cierre	9-10	Excelente	
<b>APARTADO V. Valoración del módulo de habilidades de comunicación</b>				
8. ¿Cuál ha sido la mayor dificultad que has tenido al realizar este módulo?				
9. ¿Recomendarías a otro compañero de la carrera que participara en este módulo? SI/ NO ¿Por qué?				
10. ¿Deseas añadir algún otro comentario relacionado con las habilidades de comunicación en general y con las habilidades para realizar la entrevista clínica de fisioterapia?				

## 2. ENCUESTA 2-PF I

Es una encuesta semiestructurada que se divide, al igual que la Encuesta 1, en cinco apartados (ver en el **Anexo 2**). La única diferencia, respecto a la Encuesta 1, estriba en el contenido de las preguntas del Apartado V, que podemos observar en la **Tabla 51**.

<b>TABLA 51.</b>	<b>Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 2: Apartado V (Ciclo I)</b>
<b>APARTADO I. Percepción subjetiva de la entrevista con el paciente</b>	
<b>APARTADO III. Percepción: grado de comprensión teórica de las distintas fases de la entrevista</b>	
<b>APARTADO IV. Percepción: grado de habilidad para realizar las distintas fases de la entrevista</b>	
<b>APARTADO V. Valoración del módulo de habilidades de comunicación</b>	
8. ¿Qué es lo que te ha supuesto una mayor dificultad i qué consideras que sería necesario mejorar en la realización de la entrevista que acabas de realizar?	
9. ¿Qué es lo que te ha resultado más fácil al realizar la entrevista?	
10. ¿Qué aspectos has mejorado, respecto a la entrevista anterior? (Aspectos que o bien fueron comentados en las sesiones de Feedback o que tu identificaste como aspectos susceptibles de ser mejorados)	

## 3. ENCUESTA 3-PF I

Es una encuesta semiestructurada que se divide en seis apartados (ver en el Anexo 2). Los 4 primeros son idénticos a las Encuesta 1 y 2. Al apartado V se le añade una cuestión (pregunta 11), relacionada con el hecho de definir qué aspectos deben continuar mejorando y en el apartado VI, se le pide al alumno que evalúe su grado de implicación en cada una de las entrevistas (Ver en la **Tabla 52**).

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

TABLA 52		Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 3 (Ciclo I)									
<b>APARTADO I. Percepción subjetiva de la entrevista con el paciente</b>											
<b>APARTADO II. Percepción de la formación recibida (Módulo)</b>											
<b>APARTADO III. Percepción: grado de comprensión teórica de las distintas fases de la entrevista</b>											
<b>APARTADO IV. Percepción: grado de habilidad para realizar las distintas fases de la entrevista</b>											
<b>APARTADO V. Valoración del módulo de habilidades de comunicación</b>											
11. ¿Qué aspectos necesitas continuar mejorando? (Aspectos que o bien fueron comentados en las sesiones de Feedback o que ti identificaste como aspectos susceptibles de ser mejorados)											
<b>APARTADO VI: Grado de implicación del alumno (entrevistas)</b>											
<b>Entrevista 1</b>	(caso: lumbalgia)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Entrevista 2</b>	(caso: cervicalgia)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Entrevista 3</b>	(caso: fibromialgia)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 4. ENCUESTA 4-PF I

Es una encuesta semiestructurada, prácticamente idéntica a la encuesta 1, con alguna variación en el Apartado V, y que fue cumplimentada por los alumnos del grupo control (ver en la **Tabla 53** y en el **Anexo 2**).

TABLA 53		Resumen de los aspectos que se recogen en la Encuesta 4 (Ciclo I)									
<b>APARTADO I. Percepción subjetiva de la entrevista con el paciente</b>											
<b>APARTADO II. Percepción de la formación recibida (Módulo)</b>											
<b>APARTADO III. Percepción: grado de comprensión teórica de las distintas fases de la entrevista</b>											
<b>APARTADO IV. Percepción: grado de habilidad para realizar las distintas fases de la entrevista</b>											
<b>APARTADO V. Valoración del módulo de habilidades de comunicación</b>											
8. ¿Cuál ha sido la mayor dificultad que has tenido al realizar este módulo?											
9. ¿Qué es lo que te ha resultado más fácil al realizar esta entrevista?											
10. ¿Deseas añadir algún otro comentario?											

## ▣ ORIGEN DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DEL PSE, DE LOS OBSERVADORES EXTERNOS Y DEL GRUPO DE TRABAJO

Tanto el cuestionario MAPE 2 (utilizado por el PSE) como la Escala CICAA (utilizada por observadores externos) ya fueron utilizados durante la Fase diagnóstica (Ciclo I). El contenido de las reuniones del Grupo de trabajo fue registrado mediante una grabadora digital y cada una de las entrevistas realizadas por los alumnos al PSE, y las sesiones grupales de retroacción, mediante 2 cámaras de vídeo.

### 1. ESCALA MAPE 2

Es un instrumento utilizado para evaluar las habilidades de comunicación de los alumnos, por el PSE, y que ya fue explicado en la Fase diagnóstica.

### 2. CUESTIONARIO CICAA

Es un instrumento validado y fiable, ya utilizado durante la Fase diagnóstica para evaluar las habilidades de comunicación de los alumnos, con relación a diferentes tareas mientras el alumno realiza la ECF. En nuestro caso, este instrumento fue utilizado por dos observadores externos que evaluaron las entrevistas a partir del análisis de las videograbaciones.

### 3. AUDIOVISUAL: AUDIO

Cada una de las reuniones realizadas con el equipo de trabajo (Grupo de discusión) fue registrada mediante una grabadora digital ("Estéreo Olympus WS-210S"). La información registrada se transcribió para ordenar y seleccionar la información más relevante.

### 4. AUDIOVISUAL: VIDEO

El **encuentro entre el alumno y el PSE** se registro mediante 2 cámaras de vídeo digitales (Handy-cam de Sony). Su disposición en el espacio fue similar a la que se siguió durante la fase diagnóstica, de este modo pudieron registrarse los aspectos comunicativos de cada una de las fases de la



## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

entrevista. Las **sesiones grupales de retroacción**, tras la visualización de cada una de las entrevistas en grupos de 5 alumnos, fueron registradas con una cámara de vídeo. Para la captura y la digitalización se utilizó el programa Windows Movie Maker 2009. Las videograbaciones digitalizadas se utilizaron para realizar las *sesiones grupales de Feedback*, donde los alumnos pudieron generar aprendizaje del visionado de las entrevistas, y para que los observadores externos evaluaran las entrevistas realizadas. A su vez los documentos obtenidos de la videograbación de las sesiones se utilizaron **para analizar el proceso de E-A** de los alumnos y la intervención del profesor conductor de las sesiones.

### ORIGEN DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DEL INVESTIGADOR

#### 1. ENTREVISTA (SFB 1, SFB 2, SFB 3)

Después de realizar cada una de las entrevistas al PSE los alumnos participaron en las **sesiones grupales** o sesiones de Feedback (SFB) para ver el video de cada una de las entrevistas y generar aprendizaje. Al finalizar cada sesión, con cada uno de los grupos, el investigador realizó una breve entrevista semiestructurada a los participantes para que dieran su opinión respecto a las dificultades observadas durante su proceso de aprendizaje: *¿En qué habían mejorado?, ¿En qué aspectos no se había mejorado? ¿Qué opinaban del proceso seguido hasta el momento?*, finalmente se dio la oportunidad de realizar cualquier comentario o sugerencia relacionada con el módulo de habilidades de comunicación. Esta entrevista fue registrada mediante una cámara de vídeo, posteriormente se realizó la captura y la digitalización y la información fue analizada posteriormente.

#### 2. CUADERNO DEL INVESTIGADOR

El investigador utilizó un cuaderno para registrar los aspectos relevantes para la investigación, durante los ciclos de investigación-acción (ver **Tabla 54**). En nuestro caso se recogió información relacionada con la *dinámica de los seminarios* y de las *actividades realizadas* por los alumnos, de los *encuentros con los PSE*, de las *sesiones de retroacción*, así como de las *reuniones y las actividades* realizadas con el equipo de profesores y con los PSE. La guía utilizada ha sido adaptada a partir de la propuesta del diario de Porlán y Marín (1991) y de Latorre (2003).

TABLA 54	Cuaderno del investigador	
CUADERNO DEL INVESTIGADOR	FECHA:	HORA:
CICLO DE I-A:		
GRUPO DE ALUMNOS: TODOS <input type="checkbox"/> INTERVENCIÓN <input type="checkbox"/> CONTROL <input type="checkbox"/>		
OTRA SITUACIÓN:		
ENUNCIADO BREVE DE LA ACTIVIDAD/ SITUACIÓN:		
DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD/ SITUACIÓN:		
ANÁLISIS Y REFLEXIÓN:		
FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS/ ACCIONES:		
PROPUESTA DE ACCIONES Y/O DE MODIFICACIONES:		

### 3. DOCUMENTOS OFICIALES Y OTROS

Se han tenido en cuenta los documentos que hacían referencia al *Plan de estudios* de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV (curso académico 2009-10), al *programa del módulo de habilidades de comunicación* y a las *actividades* que se desprenden de su aplicación. A su vez se recogen los *aspectos organizativos* relacionados con su implementación (distribución de los grupos, horarios, convocatorias, calificaciones obtenidas por los alumnos, etc.).

#### 3.1.2. Método de análisis e interpretación de los datos

Para el **análisis cuantitativo** hemos utilizado el paquete estadístico SPSS (última versión). Para realizar el **análisis cualitativo** se han establecido categorías jerárquicas, con relación a la información obtenida de los diferentes instrumentos, y se ha procedido a extraer los significados más relevantes. Una vez obtenidos los significados se realizó la triangulación de la información obtenida, cualitativa y cuantitativa, para interpretar y validar la realidad estudiada.

#### ■ ANÁLISIS CUANTITATIVO

Resumimos en la **Figura 28** los métodos de análisis utilizados. Para el **análisis de datos** de las variables se procedió a realizar las pruebas de normalidad mediante la Prueba de Shapiro-Wilks.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### Método de análisis e interpretación de los datos de tipo cuantitativo. Ciclo I (P. Formativa I)

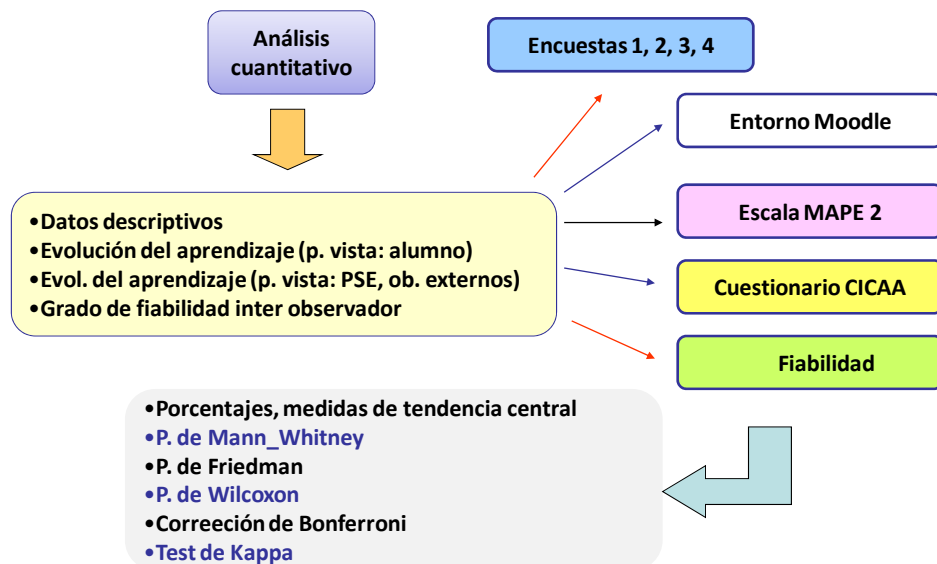


Fig. 28. Métodos de análisis e interpretación de los datos cuantitativo (Ciclo I: P. Formativa I)

A partir de esta información se optó por realizar pruebas de análisis estadístico paramétricas y no paramétricas en función de los resultados obtenidos.

#### ▮ DATOS DESCRIPTIVOS DE LA POBLACIÓN Y OTROS DATOS

En este caso se recoge la información relacionada con la edad, el sexo y la nota media del expediente académico en el momento de realizar la intervención (ver **Tabla 55**).

<b>TABLA 55</b>		
<b>Datos descriptivos de la población y otros: Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (Ciclo I: P. formativa I)</b>		
<b>Aspectos analizados</b>	<b>Instrumentos de recogida de datos</b>	<b>Métodos de análisis</b>
<b>Datos descriptivos de la población y otros datos</b> (edad, sexo, nota media expediente académico)	Secretaría del centro Encuesta 1	Porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central

### ▣ DATOS RELACIONADOS CON LA INTERVENCIÓN Y CON LAS VARIABLES ANALIZADAS

En este caso se exponen los **métodos de análisis** utilizados para las variables relacionadas con: las e-actividades, realizadas por los alumnos, y la percepción del alumno respecto a la adquisición de conocimientos teóricos y de habilidades prácticas desde la primera a la tercera entrevista (Grupo de intervención) y en el caso del Grupo control, en la única entrevista realizada.

- **Métodos de análisis de datos relacionados con la realización de E-actividades y con la percepción de la evolución del aprendizaje (punto de vista del alumno)**

<b>Tabla 56</b>		
<b>Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (E-actividades y evolución del aprendizaje): punto de vista del alumno (Ciclo I: P. Formativa I)</b>		
<b>Aspectos analizados</b>	<b>Instrumento de recogida de datos</b>	<b>Métodos de análisis</b>
<b>Nota media e – actividades realizadas</b>	<b>Moodle</b>	Porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central
<b>Grado de implicación del alumno con cada PSE</b>	<b>Encuesta 3</b>	
<b>Percepción grado de comprensión teórica</b> (Fases entrevista clínica)	<b>Encuestas: 1, 2, 3, 4</b>	Medidas de tendencia central
<b>Percepción grado de comprensión teórica</b> (Fases entrevista clínica) <b>comparando entre las distintas entrevistas</b>		Prueba de Mann–Whitney P. de Friedman P. de Wilcoxon
<b>Percepción grado de habilidad para realizar la ECF</b> (Fases entrevista clínica)	<b>Encuestas: 1, 2, 3, 4</b>	Corrección de Bonferroni
<b>Percepción grado de habilidad para realizar la ECF</b> (Fases entrevista clínica) <b>comparando entre las distintas entrevistas</b>		

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

Resumimos en la **Tabla 56** los **métodos de análisis y los instrumentos de recogida de datos** en relación a las variables que aparecen en la columna de la izquierda de la tabla. En este caso se ha tenido en cuenta la *percepción del alumno* (al cumplimentar cada una de las encuestas) y la del *profesor* (al evaluar las E-actividades).

- **Evolución del aprendizaje para la realización de la ECF (punto de vista del PSE y de los observadores externos)**

<b>Tabla 57</b>		<b>Método de análisis e instrumentos de recogida de datos (encuentro alumno – PSE): punto de vista del PSE y de los observadores externos (Ciclo I: P. Formativa I)</b>	
<b>Aspectos analizados</b>		<b>Instrumento de recogida de datos</b>	<b>Métodos de análisis</b>
Duración total de la entrevista		Cámara de vídeo	Porcentajes, frecuencias y medidas de tendencia central
Grado de implicación del alumno en la realización de cada entrevista (G. interv.)		Encuesta 3	
Deseo (del paciente simulado) respecto a <b>ser tratado por el alumno</b>		Escala MAPE 2	Porcentajes
Puntuación total <b>calidad del encuentro</b> (Paciente simulado)		Escala MAPE 2	Medidas de tendencia central
Comparativa: <b>Puntuación total calidad del encuentro</b> (Paciente simulado) entre las distintas entrevistas			Prueba de Mann–Whitney
Puntuación <b>calidad del encuentro: Fases de la entrevista</b> (Paciente simulado)		Escala MAPE 2	P. de Friedman
Comparativa: <b>Puntuación calidad del encuentro: Fases de la entrevista</b> (Paciente simulado) entre las distintas entrevistas			P. de Wilcoxon
Puntuación total <b>calidad del encuentro (Observador 1, 2)</b>		Cuestionario CICAA	Corrección de Bonferroni
Comparativa: <b>puntuación total calidad del encuentro</b> (Observador 1, 2) entre las distintas entrevistas			
Puntuación <b>calidad del encuentro: Tareas de la Escala CICAA</b> (Observador 1, 2)		Cuestionario CICAA	
Comparativa: <b>puntuación calidad del encuentro</b> (Tareas de la Escala CICAA; Observador 1, 2) entre las distintas entrevistas			

Puede observarse en la **Tabla 57** el método para analizar los datos relacionados con: la *duración de la entrevista clínica*, el *grado de implicación del alumno* en cada una de las entrevistas realizadas y con la *valoración de la calidad* de la misma. Para valorar la *calidad del encuentro* (alumno-paciente simulado) se ha tenido en cuenta la percepción del paciente simulado (Escala MAPE 2) y la de 2 observadores externos (Cuestionario CICAA). El método de análisis permite obtener la información relacionada con la **puntuación total de cada uno de los instrumentos de medición** utilizados y con la **puntuación para cada una de las categorías** de cada escala o cuestionario. Por último se especifican los métodos para establecer *contrastos de hipótesis* que permitirán comparar los resultados obtenidos por los alumnos, del Grupo de intervención, de cada una de las entrevistas realizadas (PSE1, PSE2, PSE3), y entre la última entrevista del Grupo de intervención (PSE3) y entrevista realizada por el Grupo control (PSE3). Hemos tenido en cuenta la opinión del alumno (Encuesta 3), la del PSE (Escala MAPE 2) y la de los observadores externos (Cuestionario CICAA).

#### ▣ ANÁLISIS DEL GRADO DE CONSISTENCIA INTEROBSERVADOR

Para valorar el *grado de consistencia* de la evaluación realizada por dos observadores externos, cuando utilizaron el cuestionario CICAA, se propone utilizar, tal y como ya se utilizó durante la fase diagnóstica, el Test de kappa.

#### ▣ ANÁLISIS CUALITATIVO

Describimos a continuación los métodos de análisis utilizados para obtener la información relacionada con los apartados que aparecen a continuación y que pueden observarse de forma resumida en la **Fig. 29**.

IV. Ciclo I (2007-2010)

**Método de análisis e interpretación de los datos de tipo cualitativo.  
 Ciclo I (P. Formativa I)**

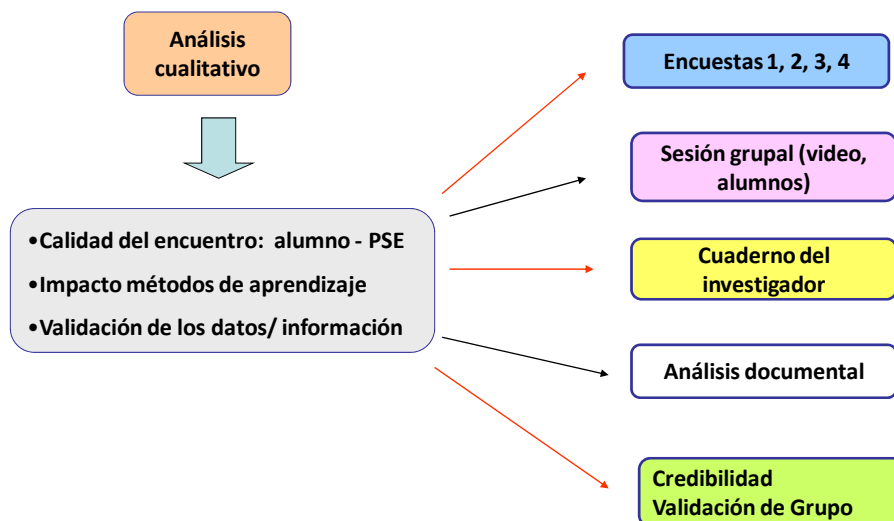


Fig. 29. Métodos de análisis cualitativo (Ciclo I: P. Formativa I)

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DEL ENCUENTRO: ALUMNO-PSE**

TABLA 58 Calidad del encuentro alumno – PSE y evolución del aprendizaje (Ciclo I: P. Formativa I): Análisis cualitativo		
Aspectos analizados	Instrumento de recogida de datos	Método de análisis
<b>Calidad del encuentro</b> alumno - PSE (post realización inmediata de la entrevista)	<b>Encuestas 1, 2, 3</b> (Grupo de intervención).  <b>Encuesta 4</b> (Grupo control).  <b>Cuaderno del investigador</b>	Categorización jerárquica.  Categorización y registro de las opiniones más frecuentes.
<b>Calidad del encuentro</b> alumno - PSE: percepción individual, grupal y del profesor (sesión grupal).  <b>Análisis del aprendizaje</b> con relación al manejo de las HC en cada una de sus fases	<b>Vídeo</b> (Sesiones grupales analizando el video de cada entrevista): G. control y G- de intervención  <b>Cuaderno del investigador</b>	Weft/QDA  Triangulación

En este caso se muestran los instrumentos para analizar la calidad del encuentro alumno – PSE y la evolución del aprendizaje. Para ello se tendrá en cuenta el punto de vista del alumno (de forma individual y grupal), el del profesor conductor de las sesiones y el del grupo de trabajo, tal y como puede observarse en la **Tabla 58**.

## ▣ ANÁLISIS DEL IMPACTO DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE

En la **Tabla 59** mostramos los instrumentos para analizar el impacto de algunos de los métodos, utilizados para facilitar el proceso de enseñanza – aprendizaje, tales como: los *seminarios*, la realización de las *E-actividades*, la *entrevista con el PSE*, la visualización de la entrevista en la *sesión grupal* y la percepción del *método de aprendizaje en general*.

Tabla 59		Método de análisis de la información: impacto del método de aprendizaje (Ciclo I: P. Formativa I)	
Aspectos analizados		Instrumento de recogida de datos	Métodos de análisis
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarios/ Clase magistral</li> <li>• E-actividades</li> <li>• Entrevista al PSE</li> <li>• Visionado de la entrevista (vídeo)</li> <li>• Sesión grupal</li> <li>• Percepción general</li> </ul>		<p><b>Encuesta 1, 2, 3</b> (Grupo de intervención).</p> <p><b>Encuesta 4</b> (Grupo control).</p> <p><b>Sesión grupal</b> (visionado del video de la entrevista realizada) registrada mediante el video (Grupo control, Grupo de intervención).</p> <p><b>Cuaderno del investigador</b></p> <p><b>Análisis documental</b></p>	<p>Categorización de las opiniones más frecuentes.</p> <p>Weft/QDA</p>

## ▣ VALIDACIÓN DE LOS DATOS Y DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA

Mostramos en la **Fig. 30** los criterios seguidos para establecer la **veracidad** del proceso seguido, en relación al análisis cualitativo.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### Validación de la información de tipo cualitativo. Ciclo I (P. Formativa I)

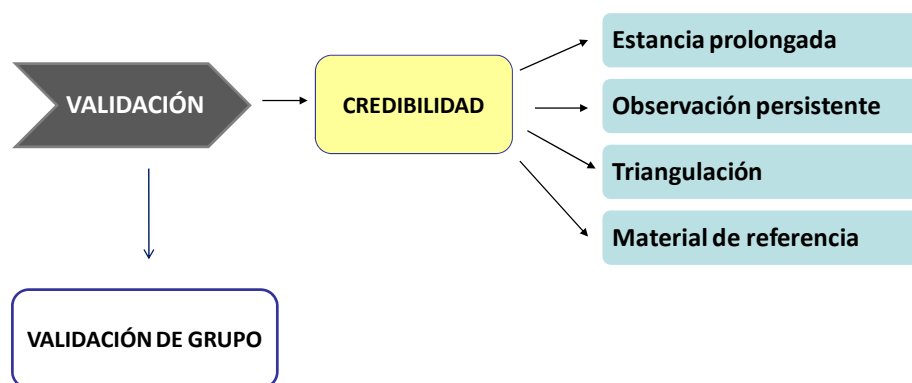


Figura 30. Validación de la información cualitativa (Ciclo I: P. Formativa I)

Hemos tomado como referencia los criterios de *credibilidad* de Lincoln y Guba (1985), citados por Latorre (2003), y los de *validación de grupo* propuestos por McNiff & Whitehead (1966). Explicamos a continuación las estrategias que hemos tenido en cuenta.

#### ESTRATEGIAS DE CREDIBILIDAD

Mediante la **estancia prolongada** el investigador se mantuvo durante un tiempo dilatado, aunque con grupos de alumnos diferentes, en el campo de la investigación. De este modo pudo acercarse de un modo más intenso a la realidad estudiada, obtener la información de un modo más preciso y favorecer la construcción de relaciones con los protagonistas. El investigador participó activamente, realizando una **observación persistente**, y registró en el cuaderno del investigador los aspectos que más le llamaron la atención a lo largo del proceso. A través de la **triangulación**, se contrastaron los datos procedentes de distintas fuentes (alumnos, profesores, investigador, paciente simulado, documentos) y se utilizó **material de referencia** (videograbaciones, audiograbaciones, documentos, etc.) para contrastar los resultados e interpretar la realidad.

## ▣ VALIDACIÓN REALIZADA POR EL GRUPO DE TRABAJO

En nuestro caso, el **Grupo de trabajo** estuvo formado por 4 personas: el investigador principal, dos profesores de la Unidad de Fisioterapia (que realizaron al menos 2 encuentros por ciclo) y el profesor responsable del laboratorio de habilidades. Hubo alguna participación puntual del cotutor de tesis a la hora de orientar la intervención realizada. La opinión de todos los participantes fue fundamental para dar una mayor solidez a las evidencias obtenidas, así como para criticar aquellos aspectos del proceso susceptibles de revisión.

### 4. Reflexión

Durante esta fase se exponen **los resultados** relacionados con la acción realizada. Los datos y la información obtenida permitirán definir, a partir de las evidencias obtenidas, las recomendaciones para introducir cambios en el Ciclo II de investigación – acción y que podrán visualizarse en el informe final. A continuación mostramos los datos descriptivos de la muestra y los aspectos relacionados con la implementación del Programa formativo I.

#### 4.1. Interpretación de los datos y de la información: resultados

Para obtener las **evidencias**, que nos permitan analizar la acción realizada (2ª Fase del Ciclo I), se describen por una parte los datos descriptivos de la muestra y por otra, los datos y la información relacionada con el proceso seguido para aplicar la Propuesta formativa I. Exponemos en la **Fig. 31** los aspectos que serán tratados en la presentación de los resultados.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)



**Figura 31.** Aspectos tratados en la presentación de resultados (Ciclo I: P. Formativa I)

#### 4.1.1. Datos descriptivos de la muestra

##### ■ DATOS GENERALES

TABLA 60	Datos descriptivos de la muestra (Ciclo I, P. formativa I)			
Variables	Grupo total	Grupo I	Grupo C	p-valor †
<b>N</b>	57	n=28	n=29	
<b>Género (M/F), n</b>	14/43	6/22	8/21	,589
<b>%</b>	24,6%/75,4%	21,4%/78,6%	27,6%/72,4%	
<b>Edad (media, DE)</b>	25,04 (3,78)	23,5 (4,54)	24,7 (2,9)	,699
<b>NME</b>	1,74 (,38)	1,7 (0,35)	1,78 (0,42)	,809
<b>NMe</b>		7,8 (2,46)	7,75 (2,12)	,780

*Abreviaciones: GI: grupo de intervención, GC: grupo control, NME, nota media del expediente académico; NMe, nota media e-actividades. \*Los valores son significativos (95% intervalo de confianza) para todos los valores excepto para el género. † p-valor (respecto a la muestra total) obtenido mediante las pruebas t-student y Ji cuadrado*

En la **Tabla 60** se muestran los datos generales de los alumnos participantes en la 3ª fase del Ciclo I.

Fueron 57 alumnos los que participaron en el estudio, de los cuales el 24,60% fueron hombres y el 75,40% mujeres.

La *media de edad* fue de 23,5 (2,9). La *nota media ponderada del expediente académico* (considerando que el valor máximo es de 4 puntos) para el total de alumnos fue de 1,74 (3,8), para el Grupo de intervención de 1,70 (3,5) y para el Grupo control de 1,78 (4,2).

#### 4.1.2. Datos y aspectos relacionados con el método de enseñanza-aprendizaje

En este apartado se presentan los resultados de aprendizaje con relación al *evaluador*, a los *instrumentos utilizados* y al *foco de evaluación*.

### ■ RESULTADOS DE APRENDIZAJE

Resumimos en la **Tabla 61** los instrumentos utilizados en función del evaluador y del foco de evaluación.

TABLA 61	Métodos de evaluación (Ciclo I, P. formativa I)	
EVALUADOR	INSTRUMENTO UTILIZADO	FOCO DE EVALUACIÓN
Investigador principal	Evaluación de las E- actividades realizadas por los alumnos	Grupo de intervención
Paciente simulado	Escala MAPE 2 Datos generales del encuentro	
Observador 1 Observador 2	Cuestionario CICAA	Grupo control

### ▣ EVALUADOS POR EL INVESTIGADOR PRINCIPAL

El profesor responsable del módulo, y a la vez investigador principal, evaluó las **E-actividades realizadas por los alumnos de ambos grupos**, intervención y control, durante el curso académico 2009-2010. Los datos de las actividades de ambos grupos se muestran por separado, ya que al no realizar las mismas actividades no son comparables.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

##### • Evaluación de las E-actividades: Grupo de intervención (GI)

Mostramos en la **Tabla 62** el número y el porcentaje de alumnos que realizó cada actividad, la nota media de cada una de las actividades y la nota media final de grupo.

**TABLA 62** Evaluación de las E- actividades: Grupo de intervención (GI):

E-actividad	Participación (Nº de alumnos/ total)	Porcentaje participación	Calificación (Nota media grupo/actividad)
1	25	89,2 %	7,76
2	24	85,7 %	7,45
3	25	89,2 %	7,94
4	25	89,2 %	8,22
5	25	89,2 %	8,02
6	24	85,7 %	7,56
<b>Calificación (Nota media grupo)</b>			<b>7,8 (2,46)</b>

Los alumnos del GI realizaron un total de 6 E-actividades. Un 7,16% de los alumnos obtuvo una puntuación entre 5 y 6,99 puntos, el 10,7% de los alumnos obtuvo una puntuación entre 0 y 4,99 y el 82,14% de los alumnos obtuvo una puntuación de entre 7 y 10 puntos.

##### • Evaluación de las E-actividades: Grupo control (GC)

<b>TABLA 63</b> Evaluación de las E- actividades: Grupo control (GC)			
E-actividad	Participación (Nº de alumnos/ total)	Porcentaje (participación)	Calificación (Nota media grupo/ actividad)
1	27	93,1 %	7,86
2	28	96,5 %	8,14
3	26	89,6 %	8,13
4	27	93,1 %	7,77
<b>Calificación (Nota media GC)</b>			<b>7,75 (2,12)</b>

Los alumnos del GC realizaron un total de 3 E-actividades, tal y como ya se comentó al explicar la metodología utilizada. Un 10,34% de los alumnos obtuvo una puntuación entre 5 y 6,99 puntos, el 17,25% de los alumnos obtuvo una puntuación entre 0 y 4,99 y el 72,41% de los alumnos obtuvo una puntuación de entre 7 y 10 puntos.

#### ▣ DATOS GENERALES: ENCUENTRO ALUMNO – PACIENTE SIMULADO (PSE)

TABLA 64		DATOS GENERALES ENCUENTRO ALUMNO-PSE (Ciclo I)		
GRUPO/n	PS <sub>1</sub>	PS <sub>2</sub>	PS <sub>3</sub> (GI/ GC)	
<b>DURACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA (minutos y segundos)</b>				
GI/28	13,65 (3,35)	10,72 (2,37)	<b>13,08 (2,81)</b>	
GC/29			13,00 (4,32)	
<b>EL PSE AFIRMA QUE DESEARÍA SER TRATADO POR EL ALUMNO (Sí: %)</b>				
GI/28	82,2%	100%	<b>96,42%</b>	
GC/29			86,2%	
<b>GRADO DE IMPLICACIÓN DEL ALUMNO EN CADA UNA DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS (0/10 PUNTOS)</b>				
GI/28	7,14/10 (1,38)	7,6 (1,25)	<b>8,07 (1,38)</b>	
GC/29			7,0 (1,52)	

*Abreviaciones: GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS<sub>1</sub>, paciente simulado 1; PS<sub>2</sub>, paciente simulado 2; PS<sub>3</sub>, paciente simulado 3.\*Los valores representados corresponden a la media y a la DE expresados en minutos y segundos, porcentajes, puntuación total sobre 10 puntos.*

En la **Tabla 64** se proporcionan los datos relacionados con la **media del tiempo de duración de cada entrevista**, la percepción del paciente respecto al **deseo de ser tratado** por cada alumno y el **grado de implicación** en cada una de las entrevistas. Los datos se presentan calculando la media aritmética y la desviación estándar para cada variable, a excepción de la variable “desearía ser tratado por este alumno”, donde el resultado se expresa en porcentajes.

Entre los alumnos del GI fue la entrevista con el PSE1 la que duró más tiempo (13,65 min.), **la duración de la entrevista** cuando se compararon ambos grupos no presentó grandes diferencias.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

Respecto al **deseo del paciente de ser tratado por el alumno**, en el GI, la respuesta afirmativa fue mayor en la 2ª entrevista (100%) y la negativa fue más importante en la 1ª entrevista. Al comparar ambos grupos, la respuesta afirmativa fue mayor en el GI (96,42%) que en el Grupo control (86,2%). El **grado de implicación del alumno**, en una puntuación de 0 a 10 puntos, fue mayor en el caso del GI en la 3ª entrevista. Al comparar ambos grupos (intervención y control), los resultados fueron superiores en el GI.

#### EVALUACIÓN DEL ALUMNO POR EL PACIENTE SIMULADO ESTANDARIZADO (PSE)

Los PSE evaluaron la **calidad de cada una de las entrevistas** mediante la **Escala MAPE 2**. A continuación presentaremos los datos siguientes: *la puntuación total, obtenida por los alumnos de ambos grupos, en cada una de las entrevistas realizadas y la puntuación total de cada una de las fases de la entrevista* descritas en la escala MAPE 2. Además se muestra el valor p, de la prueba de contraste de hipótesis, cuando se comparan los resultados entre los alumnos del GI y los del GC cuando entrevistaron al PSE<sub>3</sub>.

#### • Puntuación total: Escala MAPE 2 y prueba de contraste de hipótesis

En este caso se presentan los datos relacionados con la **puntuación total**, de la **Escala MAPE2** (ver **Tabla 65**), siendo la máxima puntuación 60 puntos.

TABLA 65 MAPE 2 (VALOR TOTAL) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS (GI y GI-GC). Ciclo I								
GRUPO/	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor †	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>3</sub> **	p-valor ††
N	total/60	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>
GI/28	39 (6,75)	,000*	44 (5,00)	,000*	39 (6,75)	1,00	37(7,5)	,000*
	44 (5,00)		37(7,5)		37(7,5)			
GC/29							28(4,50)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS<sub>1</sub>, paciente simulado 1; PS<sub>2</sub>, paciente simulado 2; PS<sub>3</sub>, paciente simulado 3  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos;  
 †† p-valor obtenido mediante U Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo ara el valor de la p. Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

La **puntuación más alta** correspondió, dentro del GI, a la 2ª entrevista con el PSE<sub>2</sub> (44/60 puntos). Al establecer una **comparación entre los 2 grupos (intervención y control)**, cuando entrevistaron al PS<sub>3</sub>, la puntuación más alta correspondió al Grupo de intervención (37/60 puntos). Aparecen marcados con un asterisco los valores p cuando las diferencias halladas, al realizar las pruebas de contraste de hipótesis, fueron significativas.

#### • Puntuación total: Escala MAPE 2 para cada fase/ítem de la entrevista

Presentamos en la **Tabla 66** los **datos relacionados con cada una de las fases** (inicio, exploración, resolución y final) **y de los ítems** (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad y cierre) **de la Encuesta MAPE 2** cuando los alumnos, de ambos grupos, realizaron la ECF a cada PSE. Cada ítem permite ser valorado con una puntuación máxima de 10 puntos. Para presentar los datos, de la puntuación total, se ha utilizado el valor de la mediana y del rango intercuartil. El valor p se obtuvo mediante la aplicación de la prueba U Mann Whitney (**††**) o la prueba de Friedman, aplicando la corrección de Bonferroni (**†**), en función del tipo de variables analizadas. Se explican a continuación los resultados, que aparecen en la **Tabla 66**, para cada una de las fases de la entrevista clínica realizada por los alumnos del GC y del GI.

#### ↗ MAPE 2 (Inicio: cordialidad): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La **puntuación máxima**, dentro del GI, correspondió a la 2ª entrevista (PS2). Cuando se comparó, entre los **grupos de intervención y control** (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas** ( $p \leq 0,05$ ). Se han marcado con un asterisco los valores significativos ( $p \leq 0,017$ ) cuando se compararon los resultados de cada una de las entrevistas del GI entre sí.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

GRUPO/n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **		PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **		PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **		PS3**	p-valor††
	p-valor†		p-valor†		p-valor†			
	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>		GI/GC	PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>
<b>MAPE 2 (INICIO: CORDIALIDAD). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,75)/	,016*	8,0 (1,00)/	,017*	6,0 (1,75)/	1,000	6,0 (2,00)	,045*
	8,0 (1,00)		6,0 (2,00)		6,0 (2,00)			
<b>GC/29</b>							4,0 (0,5)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: ESCUCHA ACTIVA). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,75)/	,017*	8,0 (1,75)	,016*	6,0 (1,75)/	1,000	6,0 (1,75)/	,047*
	8,0 (1,75)		6,0 (1,75)		6,0 (1,75)			
<b>GC/29</b>							4,0 (0,00)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: EMPATÍA). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,75)/	,017*	8,0 (1,75)	,016*	6,0 (1,75)	1,000	6,0 (1,75)/	,048*
	8,0 (1,75)		6,0 (1,75)		6,0 (1,75)			
<b>GC/29</b>							4,0 (0,00)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: CONTACTO). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,00)	,042	7,0 (1,00)	,039	8,50 (1,00)	,042	8,50 (1,00)	,030*
	7,0 (1,00)		8,50 (1,00)		7,0 (1,00)			
<b>GC/29</b>							6,0 (1,00)	
<b>MAPE 2 (RESOLUCION: ASERTIVIDAD). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,00)/	,043	7,0 (1,00)	1,000	6,0 (1,00)/	,098	7,0 (1,00)	,049*
	7,0 (1,00)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
<b>GC/29</b>							5,0 (1,00)	
<b>MAPE 2 (FINAL: CIERRE). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (1,00)	,0421	7,0 (1,00)/	1,000	6,0 (1,00)	,076	7,0 (1,00)/	,048*
	7,0 (1,00)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
<b>GC/29</b>							5,0 (1,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS<sub>1</sub>, paciente simulado 1; PS<sub>2</sub>, paciente simulado 2; PS<sub>3</sub>, paciente simulado 3  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos;  
 †† p-valor obtenido mediante U Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo ara el valor de la p. Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

#### ➤ MAPE 2 (Exploración: escucha activa): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La máxima puntuación, dentro del GI, **correspondió a la 2ª entrevista (PS2)**. Cuando se comparó, entre los grupos de intervención y control (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue**

**obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).** Al comparar los resultados de cada una de las **entrevistas del GI**, hubo diferencias significativas en todos los casos, excepto cuando se compararon los resultados del GI entre la 1ª y la 3ª entrevista ( $p > 0,017$ ).

#### ➤ MAPE 2 (Exploración: empatía): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La **puntuación máxima**, dentro del **GI**, correspondió a la 2ª entrevista (PS2). Cuando se **comparó, entre los grupos de intervención y control** (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).** Al comparar los resultados de cada una de las entrevistas del GI, hubo diferencias significativas en todos los casos, excepto cuando se compararon los resultados del GI entre la 1ª y la 3ª entrevista ( $p > 0,017$ ).

#### ➤ MAPE 2 (Exploración: contacto): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La **máxima puntuación, dentro del GI**, correspondió a la **2ª** (PS2) y a la **3ª** entrevista. Cuando se compararon los GI y GC (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).** Al realizar las pruebas de contraste de hipótesis no hubo diferencias significativas cuando se compararon los resultados de las entrevistas del GI.

#### ➤ MAPE 2 (Resolución: asertividad): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La **puntuación máxima**, dentro del GI, correspondió a la 2ª (PS2). **Cuando se compararon los GI y GC** (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).** Al comparar los resultados de cada una de las **entrevistas del GI** no hubo diferencias significativas entre las entrevistas del GI.

#### ➤ MAPE 2 (Final: cierre): puntuación total y prueba de contraste de hipótesis

La **máxima puntuación, dentro del GI**, correspondió a la **2ª** (PS2) y a la **3ª** entrevista (PS3). Cuando

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

se **compararon los GI y GC** (al entrevistar al PS3), **la puntuación máxima fue obtenida por el GI, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas** ( $p \leq 0,05$ ). Al realizar las pruebas de contraste de hipótesis, entre las **entrevistas realizadas por el GI**, no hubo diferencias significativas al comparar los resultados de las entrevistas del GI.

#### **Γ EVALUACIÓN DEL ALUMNO POR LOS OBSERVADORES EXTERNOS (CUESTIONARIO CICAA)**

A partir de las videgrabaciones de cada entrevista, ya digitalizadas, 2 observadores externos valoraron cada entrevista mediante el Cuestionario CICAA. Cada uno de los observadores evaluó las 3 entrevistas realizadas por el Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) y la entrevista realizada por el Grupo control (PS3). En la exposición de los datos se tendrá en cuenta:

- La **puntuación total del cuestionario** (para ambos grupos, intervención y control) y la **prueba de contraste de hipótesis** para observar las diferencias entre cada una de las entrevistas del Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) y entre el Grupo de intervención (PS3) y el Grupo control (PS3).
  
- La **puntuación total** para cada una de las **tareas descritas en el cuestionario**: conectar (Tarea 1), identificar y comprender los problemas (Tarea 2), acordar y ayudar a actuar (Tareas 3, 4), para ambos grupos (intervención y control) y la **prueba de contraste de hipótesis** para observar las diferencias entre la puntuación obtenida en cada una de las entrevistas del Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) y entre el Grupo de intervención (PS3) y el Grupo control (PS3).

• Puntuación total: Cuestionario CICAA y prueba de contraste de hipótesis

TABLA 67 GRUPO/n	CICAA (VALOR TOTAL) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS (GI y GI-GC). Ciclo I							
	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor† PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor† PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor† PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>	PS3**	p-valor†† PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>
<b>Observador 1. Puntuación máxima: 54 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	38/54 (8,75)	,976	38,5/54 (6,00)	,010*	38/54 (8,75)	,007*	43/54 (11,25)	,000*
	38,5/54 (6,00)		43/54 (11,25)		43/54 (11,25)			
<b>GC/29</b>							34/54 (8,5)	
<b>Observador 2. Puntuación máxima: 54 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	37/54 (8,25)	1,000	37/54 (7,75)	,008*	37/54 (8,25)	,006*	43/54 (11,00)	,000*
	37/54 (7,75)		43/54 (11,00)		43/54 (11,00)			
<b>GC/29</b>							35/54 (8,5)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS<sub>1</sub>, paciente simulado 1; PS<sub>2</sub>, paciente simulado 2; PS<sub>3</sub>, paciente simulado 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 60 puntos.  
 †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p. Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

La puntuación máxima que podía obtenerse fue de 54 puntos, ya que las preguntas 25 y 27 no se evaluaron. Mostramos en la **Tabla 67** los resultados para ambos grupos.

Entre los alumnos del **Grupo de intervención**, la puntuación más alta correspondió a la **3ª entrevista** (PSE3) al ser evaluada por cualquiera de los 2 observadores (43/54 puntos). **Al comparar ambos grupos: GI (PS3) y GC (PS3)**, la puntuación más alta correspondió al **Grupo de intervención**, siendo las diferencias observadas significativas (p≤0,05) independientemente del observador que evaluó las entrevistas. Respecto a las pruebas de contraste de hipótesis, **entre las entrevistas realizadas por el Grupo de intervención**, se observaron diferencias significativas entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª (p≤0,017).

• Puntuación total: Tareas del Cuestionario CICAA y prueba de contraste de hipótesis

Mostraremos la información de acuerdo a los resultados obtenidos, por el Grupo de intervención y por el Grupo control, para cada una de las **Tareas** descritas evaluadas mediante el Cuestionario CICAA por dos observadores (ver **Tabla 68**).

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

TABLA 68 CICAA (TAREAS/OBSERVADOR) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS (GI y GI-GC). Ciclo I								
GRUPO/n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor †	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>3</sub> **	p-valor ††
	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>	
<b>Tarea 1: CONECTAR (Observador 1). P. Máx.: 12 puntos</b>								
GI/28	9,5 (2,00)	1,000	9,0 (1,75)	,098	9,5 (2,00)	1,000	10,0 (2,75)	,048*
	9,0 (1,75)		10,0 (2,75)		10,0 (2,75)			
GC/29							8,0 (2,5)	
<b>Tarea 1: CONECTAR (Observador 2). P. Máx.: 12 puntos</b>								
GI/28	10,0 (2,75)	1,000	10,0 (2,75)	,985	10,0 (2,75)	,986	10,5 (2,00)	,030*
	10,0 (2,75)		10,5 (2,00)		10,5 (2,00)			
GC/29							8,0 (2,5)	
<b>Tarea 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS (Observador 1). P. Máx.: 28 puntos</b>								
GI/28	14,0 (4,00)	,019	12,0 (5,00)	,084	14,0 (4,00)	1,000	13,5 (6,0)	,028*
	12,0 (5,00)		13,5 (6,0)		13,5 (6,0)			
GC/29							11,0 (6,5)	
<b>Tarea 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS (Observador 2). P. Máx.: 28 puntos</b>								
GI/28	13,0 (4,00)	1,000	13,0 (5,00)	,062	13,0 (4,00)	,081	14,0 (7,00)	,049*
	13,0 (5,00)		14,0 (7,00)		14,0 (7,00)			
GC/29							12,0 (5,50)	
<b>Tareas 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR (Observador 1). P. Máx.: 14 puntos</b>								
GI/28	11,5 (1,0)	,043	13,0 (2,00)	1,000	11,5 (1,0)	,094	13,0 (2,00)	,001*
	13,0 (2,00)		13,0 (2,00)		13,0 (2,00)			
GC/29							9,0 (1,00)	
<b>Tareas 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR (Observador 2). P. Máx.: 14 puntos</b>								
GI/28	11 (1,75)	,860	12,0 (2,00)	1,000	11 (1,75)	,088	12,0 (1,00)	,015*
	12,0 (2,00)		12,0 (1,00)		12,0 (1,00)			
GC/29							9,0 (2,5)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS<sub>1</sub>, paciente simulado 1; PS<sub>2</sub>, paciente simulado 2; PS<sub>3</sub>, paciente simulado 3. \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 60 puntos. †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

#### ➤ CICAA: TAREA 1 (Conectar)

Cuando se compararon los resultados de la **puntuación total**, para esta tarea, entre ambos grupos (GC vs. GI), la **puntuación más alta correspondió al GI, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas** (p≤,05) cuando las entrevistas fueron evaluadas por cualquiera de los 2 observadores. Dentro del GI, hubo una puntuación más alta en la 3ª entrevista (PS3), sin embargo no se encontraron diferencias significativa (p>0,017) cuando se compararon las

entrevistas realizadas por el GI.

#### ↗ CICAA: TAREA 1 (Conectar)

La máxima puntuación que podía obtenerse de la primera tarea fue de **12 puntos**. Cuando se compararon los resultados de la **puntuación total**, para esta tarea, entre ambos grupos (GC vs. GI), la **puntuación más alta correspondió al GI, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ )** cuando las entrevistas fueron evaluadas por cualquiera de los 2 observadores. Dentro del GI, hubo una puntuación más alta en la 3ª entrevista (PS3), sin embargo no se encontraron diferencias significativa ( $p > 0,017$ ) cuando se compararon las entrevistas realizadas por el GI.

#### ↗ CICAA: TAREA 2 (Identificar y comprender los problemas)

La puntuación máxima que podía obtenerse, en la **Tarea 2**, fue de **28 puntos**. Cuando se compararon los resultados de la **puntuación total**, entre ambos grupos (GC vs. GI), la **puntuación más alta correspondió al GI, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ )** cuando las entrevistas fueron evaluadas por cualquiera de los 2 observadores. Dentro del GI, hubo una puntuación ligeramente más alta en la 3ª entrevista (PS3) cuando fue evaluada por el 2º observador, aunque las diferencias encontradas no fueron significativas ( $p > 0,017$ ).

#### ↗ CICAA: TAREAS 3,4 (Acordar y ayudar a actuar)

La máxima puntuación que podía obtenerse en las **Tareas 3 y 4** fue de **14 puntos**. Al comparar los resultados de la **puntuación total**, para las Tareas 3,4, entre ambos grupos (GC vs. GI), la **puntuación más alta correspondió al GI**. Siendo las diferencias entre ambos grupos significativas ( $p \leq 0,05$ ) independientemente del observador. Al comparar las entrevistas **realizadas por el GI**, hubo ligeras diferencias aunque no fueron significativas ( $p > 0,017$ ).

#### ▣ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Los datos y la información que presentamos a continuación tienen que ver con la percepción del

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

proceso de E-A obtenido desde la perspectiva de: **los alumnos** de ambos grupos (intervención y control), del **investigador** y del **grupo de trabajo** (ver **Tabla 69**).

TABLA 69 Obtención de la información para el análisis del proceso de E-A (Ciclo I, P. formativa I)		
PERCEPCIÓN OBTENIDA DE	INSTRUMENTO	FOCO DE ATENCIÓN
Alumnos (GI)	Encuestas 1, 2, 3 Entrevistas, vídeo	<b>Impacto del proceso de E-A realizado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarios</li> <li>• E-actividades</li> <li>• Entrevista al PSE                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión teórica</li> <li>- Habilidad práctica</li> <li>- Grado de implicación</li> </ul> </li> <li>• Sesión de retroacción (ver el vídeo de la entrevista)</li> </ul>
Alumnos (GC)	Encuesta 4 Entrevistas, vídeo	
Investigador	Cuaderno del investigador	
Grupo de trabajo	Reuniones de coordinación (audiograbación)	

En el caso de **los alumnos** la información se obtuvo de la encuesta que realizaron al final de cada una de las entrevistas realizadas al PS y de la información extraída de las sesiones grupales de Feedback. **El investigador** utilizó las anotaciones realizadas en el Cuaderno del investigador y, **el Grupo de trabajo**, de las sesiones de coordinación realizadas al inicio y al final de cada Ciclo.

#### ▮ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE (PUNTO DE VISTA: ALUMNOS)

En este subapartado se explicará la información relacionada con la percepción del alumno acerca de: el grado de **comprensión teórica** con relación a los contenidos relacionados con el desarrollo de la entrevista clínica, el grado de **habilidades prácticas** para realizar la ECF y su **grado de implicación** en cada una de las entrevistas realizadas. También se recoge la información relacionada con el **material de apoyo** proporcionado al alumno (dossier) y con los **métodos utilizados**: los seminarios, las E-actividades, las entrevistas al paciente simulado y las sesiones de retroacción. La información se ha extraído de las encuestas (1, 2, 3, 4) realizadas por los alumnos y de las videograbaciones de las sesiones de retroacción.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: COMPRENSIÓN TEÓRICA ENTREVISTA CLÍNICA

• Puntuación total: Evolución del grado de comprensión teórica desde la 1ª a la 3ª entrevista (GI) y comparación entre ambos grupos (GI y GC)

Tal y como se muestra en la Tabla 70 el **grado de comprensión teórica, para los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3)** en 3 puntos. La puntuación del GI (E3) fue superior que la del GC (E), con una diferencia de 4,5 puntos, siendo las diferencias observadas significativas ( $p \leq 0,05$ ). Sin embargo, **dentro del GI** solo hubo diferencias significativas entre la 2ª y la 3ª entrevista ( $p \leq 0,017$ ).

GRUPO/n	PERCEPCIÓN: GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA ECF (VALOR TOTAL): GI y GI-GC. Ciclo I							
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>PERCEPCIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA. P. máxima: 50 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	35,5 (1,75)	1,000	35,0 (1,40)	,016*	35,5 (1,75)	,018	38,5(1,3)	,000*
	35,0 (1,40)		38,5(1,3)		38,5(1,3)			
<b>GC/28</b>							30,0(1,2)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. paciente simulado 1; E2, entrev. paciente simulado 2; E3, entrev. paciente simulado 3. \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 50 puntos. †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Asterisco: el resultado es significativo para el valor de la p.

• Puntuación total: Evolución del Grado de comprensión teórica de la ECF desde la 1ª a la 3ª entrevista (GI) y comparación entre GI y GC para cada una de las fases de la ECF

Mostramos en la **Tabla 71** la información relacionada con la evolución del grado de comprensión teórica, de cada una de las fases de la ECF, percibido por los alumnos al finalizar cada una de las entrevistas.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

TABLA 71 PERCEPCIÓN: GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA (FASES DE LA ECF): GI y GI-GC. Ciclo I								
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>FASE INICIAL. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (1,00)	1,000	7,0 (1,00)	,758	7,0 (1,00)	,758	8,0 (1,75)	,050*
	7,0 (1,00)		8,0 (1,75)		8,0 (1,75)			
<b>GC/29</b>							6,0 (0,00)	
<b>FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (1,00)	1,000	7,0 (1,00)	,985	7,0 (1,00)	,936	7,5 (1,00)	,065
	7,0 (1,00)		7,5 (1,00)		7,5 (1,00)			
<b>GC/29</b>							7,0 (1,00)	
<b>FASE DE EXAMEN FÍSICO. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (2,75)	1,000	7,0 (1,00)	1,000	7,0 (2,75)	1,000	7,0 (1,00)	,05*
	7,0 (1,00)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
<b>GC/28</b>							5,0 (1,50)	
<b>FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (2,00)	1,000	7,0 (1,00)	,852	7,0 (2,00)	,761	8,0 (1,00)	,05*
	7,0 (1,00)		8,0 (1,00)		8,0 (1,00)			
<b>GC/28</b>							6,0 (1,50)	
<b>FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,5 (1,00)	,936	7,0 (1,00)	,832	7,0 (1,00)	,832	8,0 (2,00)	,05*
	7,0 (1,00)		8,0 (2,75)		8,0 (2,75)			
<b>GC/29</b>							6,00 (2,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. paciente simulado 1; E2, entrev. paciente simulado 2; E3, entrev. paciente simulado 3. \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos. †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

Al comparar los resultados del GC y del GI, hubo diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ) **en todas las fases de la entrevista, excepto en la de recogida de la información.** Al analizar las diferencias entre las distintas entrevistas realizadas por el GI, no hubo diferencias significativas en ningún caso ( $p > 0,017$ ).

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: HABILIDAD PARA REALIZAR LA ENTREVISTA CLÍNICA

- Puntuación total: Evolución del grado de habilidad para la realización de la ECF desde la 1ª a la 3ª entrevista (GI) y comparación entre GI vs. GC

Se indaga a los alumnos, al finalizar cada entrevista y mediante la realización de una encuesta, acerca del **Grado de habilidad general percibido para realizar la ECF.** La máxima puntuación de la encuesta fue de 50 puntos.

<b>TABLA 72 PERCEPCIÓN: HABILIDAD PARA REALIZAR LA ECF (VALOR TOTAL): GI y GI-GC. Ciclo I</b>								
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
		E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>	(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>PERCEPCIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA. P. máxima: 50 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	33,0 (1,75)	,423	31,50 (1,95)	,017*	33,0 (1,75)	,028	35,0 (1,70)	,000*
	31,50 (1,95)		35,0 (1,70)		35,0 (1,70)			
<b>GC/28</b>							28,0 (1,40)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. paciente simulado 1; E2, entrev. paciente simulado 2; E3, entrev. paciente simulado 3. \*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 50 puntos. †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

Mostramos en la **Tabla 72** los resultados tras la realización de cada una de las encuestas. **La puntuación del GI (E3) fue superior a la del GC (E), siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ).** La habilidad percibida, por los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en 2 puntos, si bien las diferencias solo fueron significativas entre la 2ª y la 3ª entrevista ( $p \leq 0,017$ ).

- **Puntuación total: Evolución del Grado de habilidad para la realización de la ECF (para cada una de las fases de la ECF) desde la 1ª a la 3ª entrevista (GI) y comparación entre GI vs. GC**

En la **Tabla 73** se muestra la evolución del GI desde la 1ª (E1) a la 3ª entrevista (E3) y se comparan los datos con el GI (E3) y GC (E) tras la entrevista realizada al PS3.

El **grado de habilidad percibido**, para realizar **cada una de las fases de la ECF**, por los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en las fases: inicial, de examen físico y en la Fase de cierre de la entrevista. **La puntuación del GI (E3) fue superior que la del GC (E) al analizar los resultados de todas y cada una de las fases, siendo las diferencias significativas.** Respecto al valor p solo se observaron diferencias significativas, en el GI, entre la entrevista 1 (E1) y la entrevista 3 (E3), en la Fase de cierre.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

<b>TABLA 73 PERCEPCIÓN: HABILIDAD PARA REALIZAR LA ECF (FASES DE LA ECF): GI y GI-GC. Ciclo I</b>								
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>FASE INICIAL. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (2,00)	1,000	7,0 (2,00)	,752	7,0 (2,00)	,652	7,50 (1,00)	,085
	7,0 (2,00)		7,5 (1,00)		7,5 (1,00)			
<b>GC/28</b>							7,0 (1,00)	
<b>FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (1,75)	,149	6,0 (2,00)	,157	7,0 (1,75)	1,000	7,0 (1,5)	,050*
	6,0 (2,00)		7,0 (1,5)		7,0 (1,5)			
<b>GC/28</b>							5,0 (1,0)	
<b>FASE DE EXAMEN FÍSICO. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (2,00)	1,000	6,0 (2,00)	1,000	6,0 (2,00)	,255	7,0 (2,00)	,050*
	6,0 (2,00)		6,0 (2,00)		7,0 (2,00)			
<b>GC/28</b>							5,0 (2,75)	
<b>FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	7,0 (1,00)	,125	6,0 (1,75)	,308	7,0 (1,00)	1,000	7,0 (1,00)	,050*
	6,0 (1,75)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
<b>GC/28</b>							5,0 (1,00)	
<b>FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA. P.Màxima: 10 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	6,0 (2,00)	,632	6,5 (2,00)	,085	6,0 (2,00)	,017*	8,0 (2,00)	,048*
	6,5 (2,00)		8,0 (2,00)		8,0 (2,00)			
<b>GC/28</b>							6,0 (2,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. paciente simulado 1; E2, entrev. paciente simulado 2; E3/E, entrev. paciente simulado 3. \*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos. †† p-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † p-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: EL DOSSIER

El **material de soporte**, proporcionado a los alumnos, facilitó la realización de las E-actividades pues les ayudó a asentar las bases teóricas de la entrevista (90%), a resolver las dudas planteadas en los casos problema (64,29%) y a identificar los posibles errores de los videos incluidos en las e-actividades (75%). Los comentarios vertidos por los alumnos pueden visualizarse en el **Anexo 2**, dedicado a la transcripción de la información.

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LOS SEMINARIOS

En cuanto a los **seminarios** realizados hubo opiniones diversas. Para algunos alumnos los seminarios podían ser *prescindibles* (42,86%), pues ya era suficiente con el material de soporte proporcionado en el dossier. En otros casos se comentó su posible utilidad (57,14%) pero introduciendo algunos *cambios* con relación a las actividades realizadas (53,57%) y al *horario* en el que se impartieron (85,71%). En cuanto a las actividades se insistió (32,14%) en la visualización de más entrevistas completas de Fisioterapia. Dichas opiniones fueron comunes para ambos grupos (GI y GC). Algunos alumnos del GC (41,38%) comentaron la posibilidad de hacer más actividades, tal y como habían hecho otros compañeros (del Grupo de intervención).

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS E-ACTIVIDADES

Para un **75%** de los alumnos del GI y para un 62,07% de los del GC **la revisión de los aspectos conceptuales les ayudo a resolver las E-actividades y a dar contenido a cada una de las fases de la ECF**. En alguna ocasión (35,71%) hubieran preferido **ver toda la entrevista** en el video clip (GI).

Para un **85,71%** de los alumnos (del GI) **el método más importante** para su aprendizaje, antes de realizar la entrevista tuvo que ver con el **análisis de vídeo clips**.

La actividad relacionada con la **resolución de casos** supuso, para el **67,86%** de los alumnos del GI un método interesante para **anticiparse a posibles situaciones de mayor complejidad** (durante las futuras entrevistas) y ayudaron al alumno a que tomara consciencia de las posibles dificultades.

Para un **85,71%** de los alumnos (GI) el **número de E-actividades** a realizar **fue excesivo**. Esta opinión fue compartida por el **24,14%** de los alumnos (GC) ya que realizaron menos actividades que el GI.

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LA ENTREVISTA AL PACIENTE SIMULADO (PS)

La información se ha extraído de las encuestas, cumplimentadas por los alumnos del GI y del GC al finalizar cada una de las entrevistas. Se definirán diversos aspectos que de algún modo nos

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

ayudarán a definir el papel que jugó la entrevista con el PS en el proceso de aprendizaje de los alumnos.

##### • Grupo de intervención y Grupo control

##### - La aproximación a la realidad

La situación vivida, durante la realización de la entrevista con el PS, fue percibida como una **situación real o muy próxima a la realidad**, para el 82,14% de los alumnos del GI y para el 27,59% del GC tras realizar la 1ª entrevista.

##### - La confianza y la seguridad

En los alumnos del GI hubo una **progresión en la percepción de confianza y de seguridad desde la 1ª a la 3ª entrevista**. En la 1ª entrevista (GI) un **42,85%** de los alumnos dijo sentirse inseguros al desarrollar cada una de las fases de la ECF, en la 2ª entrevista (GI) tuvieron esa misma sensación el **23,08%**. En la 3ª entrevista los alumnos dijeron mostrarse más seguros (**50%**), si bien esa percepción fue desigual en función de los aspectos analizados, ya que conforme se iba progresando en la toma de conciencia de las dificultades, cuando se “corregían” unos aspectos aparecían otros susceptibles de corrección en la siguiente entrevista.

Un **55,17%** de los alumnos del **GC**, dijeron sentirse inseguros tras realizar la entrevista con el PS.

##### - Las dificultades

Una de las dificultades a superar más comentada por los alumnos fueron los **nervios y el estrés asociado a la sensación de inseguridad**. En el caso de los **alumnos de GI**, un **46,42%** tuvo esa sensación tras la **1ª entrevista**. En el caso de los alumnos del **GC**, tuvieron esa percepción el **62,07%** de los alumnos. En algún caso excepcional fue la **presencia de las cámaras de vídeo** la que supuso un factor de limitación y de estrés. Esta situación fue comentada por el **21,42%** de los alumnos del GI y por el **24,14%** de los alumnos del **GC**.

Tras la realización de la **2ª entrevista (GI)**, los alumnos identificaron las siguientes **dificultades**:

recoger la información del paciente (**53,85%**), realizar la exploración (**38,46%**), explicar y planificar el tratamiento a seguir (**23,08%**), el control de los nervios (**7,69%**) y la inseguridad (**3,85%**). Después de realizar la **3ª entrevista (GI)**, las **dificultades** más comentadas fueron: *explorar al paciente* (**44%**), *recoger la información* (**24%**) *establecer la relación* con el paciente (**12%**) y desempeñar algunas habilidades comunicativas concretas, como por ejemplo la empatía (**20%**). Para los **alumnos del GC**, tras la realización de una única entrevista, las **dificultades** se relacionaron con: el saber proporcionar la estructura a la entrevista (**79,31%**), explorar al paciente (**31,03%**), recoger la información (**24,14%**) y saber gestionar el estado de ánimo del paciente (**6,90%**).

#### - **La utilidad del método**

La **aplicación de los aspectos teóricos** (saber), y de aquellos que tenían que ver con la **realización de las E-actividades** (saber y saber cómo), para realizar la ECF fue percibido, tras la 1ª entrevista (GI), como un aspecto positivo para el **92,85%** de los alumnos y para un **100%** en el caso del GC.

El **100%** de los alumnos, tras la 1ª entrevista (**GI**), recomendaría a otros compañeros de la carrera participar en una experiencia similar por su utilidad para **aprender a realizar la ECF** (**64,28%**) y por su **aplicabilidad al mundo laboral** (**60,71%**). Los alumnos consiguieron generar más aprendizaje cuando su **implicación** fue mayor, pues les permitió reconocer elementos de análisis difíciles de captar cuando el nivel de implicación fue más bajo.

Al ser preguntados los alumnos del GI, en la 3ª entrevista, por **los aspectos que habían mejorado** respecto a la entrevista anterior (PS2), enumeraron los siguientes: Un **36%** dijo haber mejorado su *seguridad* para realizar la ECF, un **12%** consideró que la elaboración del proceso relacionado con la consecución de la ECF fue mayor en la 3ª entrevista y también la motivación para aprender. En un **4%** de los casos se comentó que no se había experimentado ninguna mejora.

La **toma de conciencia de la complejidad** asociada a la aplicación de los conceptos teóricos y a la puesta en práctica de todos los factores que de algún modo interaccionan en la realización de la ECF (aspectos de la comunicación verbal y no verbal, el razonamiento clínico, la creación de la relación con el paciente, etc.) fueron comentados en las opiniones de los alumnos.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS SESIONES DE RETROACCIÓN (“ver el vídeo de mi entrevista”)

Los **alumnos** en grupos de 5 **valoraron**, después de ver el vídeo de cada entrevista, **su propia entrevista y la de sus compañeros** poniendo en común los aspectos más relevantes. El profesor conductor de la sesión realizó aclaraciones, preguntas, y buscó puntos de acuerdo para generar aprendizaje. Al final de la sesión se realizó una pregunta abierta para que los alumnos pudieran comentar o sugerir aquello que desearan con relación al módulo de HC. Esta información fue registrada mediante la videgrabación de la sesión.

Con relación al **proceso de aprendizaje** de los alumnos, de ambos grupos, presentaremos la información de acuerdo a las siguientes **categorías: fases de la entrevista, construir la relación con el paciente, proporcionar la estructura a la entrevista, establecer y construir la relación con el paciente, el escenario y el método de aprendizaje** (ver en Anexo 2, apartado g).

### 7 RESULTADOS CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA

#### • FASE INICIAL

Tras la 1ª entrevista (GI) el **10,71%** de los alumnos no se **presentó** de forma adecuada ni aclaró su **rol**. Al observar la 2ª entrevista (GI) cometieron ese mismo error el **15,38%** de los alumnos. En la 3ª entrevista (GI), el **92%** de los alumnos se presentó correctamente y definió su rol. En el caso de los alumnos del **GC**, no se presentaron adecuadamente ni definieron su rol el **37%** de los alumnos.

#### • FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

En la **1ª entrevista** (GI), hubo una notable *pérdida de información*, debido a que las preguntas realizadas fueron *muy cerradas* desde el comienzo (60,71%), a la realización de una *anamnesis incompleta* (50%), al *poco tiempo dedicado* a esta fase (39,29%) y al hecho de recoger la información de forma desordenada (35,71%). El alumno estuvo demasiado *pendiente de seguir la Hoja de Fisioterapia* (recogida de los datos del paciente) en un 75% de los casos. Un 28,57% de los alumnos no registró la información obtenida. En la **2ª entrevista** (GI) el 73,08% de los alumnos que

entrevistaron al **PS2** (GI) percibió haber mejorado en el modo de recoger la información. Sin embargo, hubo un exceso de preguntas cerradas que favoreció la pérdida de información, no se recogió la información de carácter psicosocial (42,31%). En un 15,38% de los casos el modo de formular las preguntas condicionó la respuesta. Tras haber realizado la **3ª entrevista** (GI), el 76% de los alumnos dijo haber mejorado respecto a las entrevistas anteriores. Sin embargo, en un 24% de casos, se utilizó un excesivo número de preguntas cerradas. Los alumnos consiguieron obtener información relacionada con la vivencia de la enfermedad, pero no consiguieron obtener datos psicosociales relevantes (36%). El 75,86% de los alumnos, del **GC**, tuvo dificultades para obtener la máxima información del paciente, bien por que utilizaba preguntas muy cerradas o porque olvidaba realizar las preguntas más importantes de la anamnesis.

#### • FASE DE EXPLORACIÓN

Al realizar la **1ª entrevista** (GI), los alumnos tuvieron *dudas acerca de qué, cómo y si debían explorar al paciente* (57,14%). En un 46,43% de los casos se utilizaron *pruebas muy generales* a partir de las cuáles no podía obtenerse suficiente información. Debido a su inseguridad, el alumno, hizo *cambiar al paciente varias veces de postura* para realizar la exploración (14,29%). El alumno elaboró conclusiones, a partir de la exploración realizada (o no realizada), que no fueron coherentes (25%). En el caso de la **2ª entrevista** (GI), el 30,77% de los alumnos mostró un cierto grado de inseguridad respecto a si debían realizar o no, en ese momento, la exploración del paciente. El alumno realizó pocas pruebas específicas para obtener más información (26,92%). Aunque hubo una mejoría en la elaboración de la hipótesis, tras la anamnesis y la exploración, en muchos casos hubo una falta de coherencia (23,08%). **En la 3ª entrevista** (GI) el 24% de los alumnos mostró dudas con relación a esta fase. En el caso del **GC** la exploración fue incorrecta en un 58,62% de los casos.

#### • FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN

Un 25% de los alumnos, que realizaron la **1ª entrevista** (GI) **recomendaron** al paciente realizar determinadas actividades que *no se concretaron ni explicaron de forma suficiente*. La percepción



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

del 30,77 % de los alumnos, que hicieron la **2ª entrevista (GI)**, fue que la **explicación proporcionada al paciente** fue comprensible, sin embargo en muchos casos fue insuficiente, poco fundamentada o, a la hora de dar **recomendaciones** (tipo de ejercicios, nº de repeticiones, etc.) éstas fueron poco concretas (19,23%). Tras la **3ª entrevista (GI)** el 76% de los alumnos mejoró los aspectos comunicativos de esta fase. En el caso del **GC**, el 65,52% de los alumnos olvidaron explicar detalles importantes de esta fase (explicación comprensible para el paciente, número de ejercicios a realizar, número de repeticiones, etc.).

##### • FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA

En la **1ª entrevista (GI)**, el 60,71% de los alumnos no cerró adecuadamente la entrevista. En el caso de la **2ª (GI)**, el cierre no fue correcto en el 38,46% de los casos. En la **3ª entrevista (GI)** el cierre fue mejorable (preguntar por las posibles dudas, resumirla información proporcionada o despedirse adecuadamente) en un 28% de los casos. En el caso del **GC** la fase de cierre no fue correcta en 68% de los casos.

#### 7 RESULTADOS CATEGORÍA 2: PROPORCIONAR LA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA

##### • ORDENAR LA SECUENCIA DE CADA FASE Y LOS PASOS A SEGUIR

Tras realizar la **1ª entrevista** el 42,86% de los alumnos (**GI**), manifestaron haber actuado de forma desordenada o muy desordenada con relación al seguimiento de la **secuencia de cada una de las fases** de la entrevista. Los alumnos que realizaron la **2ª entrevista (GI)** percibieron haber mejorado respecto a la entrevista anterior, aunque en un 30,77% de los casos se detectó un cierto desorden en la **secuencia** de cada una de las fases. En la **3ª entrevista (GI)**, el 50% de los alumnos del **GI**, manifestó haber mejorado claramente en sus habilidades para proporcionar una estructura a la entrevista aunque, en un 24% de los casos no se marcaron de forma nítida las transiciones entre las distintas fases. En un 68,97% de los casos del **GC** la entrevista no se estructuró de forma adecuada.

## ➤ RESULTADOS CATEGORÍA 3: ESTABLECER Y CONSTRUIR LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

### • HABILIDADES COMUNICATIVAS NO VERBALES I VERBALES

Durante la **1ª entrevista** el 42,86% de los alumnos (GI), perdieron el **contacto visual** con el paciente, en sucesivas ocasiones. En un 57,14% de casos, el alumno **interrumpió** al paciente en más de una ocasión. El **ritmo de la entrevista** fue demasiado rápido en un 28,57% de los casos y, demasiado lento en el mismo porcentaje. Hubo **silencios** disfuncionales en un 14,29%, no se utilizaron **facilitadores** en el 21,42% y el **tono de voz** fue inadecuado (muy alto o muy bajo) en un 21,43% de los casos. En un 14,29% de casos los alumnos utilizaron **parásitos** con cierta asiduidad.

En la **2ª entrevista** (GI) un 30,77% de los alumnos perdió el contacto visual con el paciente en algún momento relevante. Un 23,08% de los alumnos le **interrumpieron** en más de una ocasión. El **ritmo** de la entrevista fue excesivamente rápido en un 15,38% de los casos y, excesivamente lento en el mismo porcentaje. El tono de voz fue inadecuado en el 19,23% de los casos. Se utilizaron **parásitos** en un 11,54% de casos.

En la **3ª entrevista** (GI), un 24% de los alumnos perdió el **contacto visual** en momentos clave, se realizaron **interrupciones** de forma repetida en un 16% de los casos. El ritmo necesitó mejoría en un 12% de los casos. El tono fue inadecuado en un 12% de los casos. El uso de parásitos de forma repetida se dio en un 12% de los casos. **Respecto al GC**, hubo una pérdida del contacto visual en un 58,62% de los casos, el ritmo fue o muy lento o bien muy rápido en el 37,95% de los casos, el tono fue inadecuado en un 34,48% y el uso repetido de parásitos fue del 27,5%.

### • ESTABLECER Y DESARROLLAR UNA BUENA RELACIÓN PROFESIONAL

El 57,14% de los alumnos (GI), durante la 1ª entrevista, no prestó la atención suficiente al **punto de vista del paciente**, respecto al posible origen de su problema. En un 17,86% no mostraron la **asertividad** suficiente, ni estuvieron atentos a las **demandas del paciente** (10,71%). Un 28,57% tuvo dificultades para contestar a las **preguntas “reto”** y, en un 10,71% el modo de hacer la pregunta condicionó la respuesta del paciente.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

Un 34,62% de los alumnos, que entrevistaron al **PS2 (GI)**, no tuvo en cuenta el **punto de vista del paciente**, respecto al posible origen de su problema y un 23,08% tuvieron dificultades para contestar a alguna de las **preguntas “reto”** planteadas por el paciente. En un 15,38% de los casos, no mostraron la asertividad suficiente. En un 30,77% de los casos estuvieron más pendientes de las preguntas que debían realizar (Hoja de Fisioterapia) que de escuchar al paciente.

En la **3ª entrevista (GI)**, el 24% de los alumnos, no tuvo en cuenta el punto de vista del paciente, un 24,14% tuvo dificultades para contestar a las preguntas reto. No mostraron la asertividad suficiente el 12% de los alumnos y, estuvieron muy pendientes de la Hoja de Fisioterapia el 20% de los alumnos. Respecto a los alumnos del GC perdieron **oportunidades empáticas** en un 62,07% de los casos. Un 58,62% de los alumnos no prestó la atención suficiente al punto de vista del paciente y en un 34,48% mostraron dificultades para ser asertivos y en un 37,93% para contestar a las preguntas resto planteadas por el paciente.

#### • INVOLUCRAR AL PACIENTE

Durante el transcurso de la **1ª entrevista** el **lenguaje** utilizado fue demasiado **técnico** en más de una ocasión (57,14% de los casos). En el mismo porcentaje, no se **resumió la información** obtenida y no se explicaron las **transiciones** de una a otra fase de la entrevista en el 28,57% de los casos.

En la **2ª entrevista (GI)**, el **lenguaje** utilizado, fue excesivamente técnico en alguna ocasión (30,77% de los casos). Un 42,31% de los alumnos no **resumió** correctamente la información y no mostró con claridad la transición de una a otra fase de la entrevista.

En un 72% de los casos, durante la 3ª entrevista, los **alumnos (GI)** consiguieron hacer **partícipe al paciente del Plan de tratamiento**, aunque en un 16% de los casos olvidaron explicar la transición de una fase a otra, resumir lo más relevante y verificar si la información se había entendido correctamente. En el caso de los **alumnos** del GC, el lenguaje utilizado resultó incomprensible en algún momento de la entrevista (41,38%). Un 72,41% de los alumnos olvidó resumir la información y marcar las transiciones entre las fases de la entrevista.

## ➤ RESULTADOS CATEGORÍA 4: IMPACTO DEL ESCENARIO Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE

Después de ver el vídeo de la **1ª entrevista**, para un 92,86% de los alumnos (GI) *el vídeo* facilitó el proceso de observación y, la sesión de feedback el de reflexión. Un 75% de los alumnos, consideró que el haber realizado las *E-actividades* (relacionados con el análisis de video clips) les ayudó en su proceso de aprendizaje. El 92,86% de los alumnos dijo haber aprendido durante las *sesiones de retroacción* de los errores y aciertos propios y los de sus compañeros.

Un 57,69% de los alumnos, que realizaron la **2ª entrevista** (GI), consideró que la relación con el paciente, fue más real que en la 1ª entrevista. El 100% valoró muy positivamente, para su aprendizaje, la posibilidad de aprender a través de la observación de las entrevistas propias y las de otros compañeros mediante el vídeo y las sesiones de retroacción.

En la **3ª entrevista** (GI), los alumnos consideraron que la realización de **E-actividades** facilitó su aprendizaje (76% de casos). Para el 92 % de los alumnos, su participación en las **sesiones de retroacción** facilitó su aprendizaje juntamente con el video. El 100% de los alumnos valoró positivamente su participación en el módulo y consideró que el aprender a manejar las habilidades, para la realización de la ECF, les proporcionaría más herramientas para desenvolverse en el ámbito del ejercicio libre de la profesión. Los alumnos plantearon **dudas** acerca de cómo enfocar problemas de comunicación, de mayor complejidad (situaciones conflictivas, el paciente con problemas psicosociales, etc.). Respecto a la **evolución del aprendizaje desde la 1ª entrevista**, no hubo opiniones muy homogéneas, pues cuando se había mejorado en algunos aspectos, aparecían nuevos aspectos a corregir además de los aspectos ya trabajados con anterioridad (44%). El 72% de los alumnos dijo haberse implicado más que en las otras entrevistas ya que el paciente les resultó muy creíble y “real”. Respecto a los alumnos del **GC** los métodos que **generaron más aprendizaje** fueron la visualización del video y su participación en la sesión de feedback (75,86%%). Un 51,72% de los alumnos dijeron haberse sentido condicionados por el escenario (la consulta), por el perfil del paciente (asociado a su cuadro clínico) y por el hecho de que el encuentro con el PSE fuera grabado con 2 cámaras de vídeo. El 75,86% de los alumnos consideró que la realización de más

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

entrevistas facilitarían su aprendizaje. La situación de simulación facilitó el aprendizaje para el 51,72% de los alumnos. Un **86,21%** de los alumnos dijo haberse implicado mucho en la realización de este módulo. Uno de los motivos fue que el paciente y la experiencia realizada, durante el encuentro, fueron muy creíbles (86,21%).

#### ▣ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE (PUNTO DE VISTA: INVESTIGADOR)

##### FUENTE DE LA INFORMACIÓN: CUADERNO DE TRABAJO

Para presentar la información se tendrán en cuenta diferentes focos de atención: el dossier, los seminarios, las E-actividades, la entrevista al PS y las sesiones de feedback.

##### ▶ FOCO DE ATENCIÓN: EL DOSSIER

El dossier fue un instrumento de soporte para que los alumnos pudieran consultar la información relevante para: conocer y aplicar la estructura de la entrevista, identificar las habilidades de comunicación básicas y los errores más habituales. A su vez fue utilizado por los alumnos para realizar las E-actividades. Consideramos que es un elemento útil para proporcionar seguridad al alumno.

##### ▶ FOCO DE ATENCIÓN: LOS SEMINARIOS

El investigador fue consciente, en todo momento, de las *dificultades que podía acarrear el horario asignado* para realizar los seminarios, pero no hubo ninguna otra posibilidad de realizar la actividad en otras franjas horarias, pues ya estaban ocupadas por otras asignaturas. *Debe intentarse modificar el horario de los seminarios en futuras intervenciones.*

Las experiencias vividas hasta ese momento, en relación al manejo de la entrevista, se basaban en

la realización de la anamnesis (con un uso predominante de preguntas cerradas) y de la exploración clínica. Durante los seminarios se inició un cambio de mentalidad y de actitud, para tener en cuenta otros aspectos que no se habían contemplado hasta ese momento (y que después se pondrían en práctica): la estructura de la entrevista y los objetivos perseguidos en cada fase, la importancia de establecer una relación adecuada con el paciente, los matices asociados al uso de la CV y de la CNV, las ventajas de aplicar determinadas habilidades de comunicación, etc. Estos aspectos acabaron de integrarse durante las sesiones de retroacción, tras el visionado del video de las entrevistas realizadas. En las sesiones realizadas con el Grupo de intervención, el análisis de videos y el uso de preguntas abiertas, por parte del profesor, que permitieran generar grupos de debate, hizo posible que los alumnos tomaran consciencia de la importancia de usar adecuadamente las habilidades comunicativas. *Quizás el uso de otros métodos, como por ejemplo la simulación de una entrevista realizada por los alumnos (role-play), facilitaría la asimilación de los contenidos que se pretende transmitir.*

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS E-ACTIVIDADES

La **finalidad de las E-actividades**, para el **Grupo de intervención**, fue la de consolidar la información del dossier (resolución de preguntas conceptuales), la de discriminar si la realización de las distintas fases de la entrevista se había realizado de forma correcta o incorrecta y por qué (video clips), y a resolver casos problema relacionados con la aplicación de las habilidades de comunicación. En relación al **Grupo control**, realizaron prácticamente las mismas actividades que el Grupo de intervención, a excepción del análisis de video clips. De las E-actividades realizadas, **tuvieron una mayor aceptación** (en el **GI**) las *relacionadas con el análisis de video clips*, en segundo lugar el **análisis de casos** y en último lugar, la **resolución de aspectos conceptuales**. En cuanto al **GC**, fueron en primer lugar el análisis de casos y, en segundo lugar, la resolución de casos conceptuales. La resolución de **aspectos conceptuales**, estimuló a los alumnos a que leyeran y revisaran el dossier con mayor atención y, a su vez, a clarificar la estructura de la entrevista y a saber situar dónde podían encontrar la información relacionada con los errores que podían desprenderse de una praxis inadecuada, bajo el punto de vista comunicativo, en cada una de las fases. Cuando el investigador se propuso utilizar **video clips**, dentro de las e-actividades, se utilizaron fragmentos para evitar el peso (Mb) que hubiera tenido la secuencia entera de una entrevista (20-25 min.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

aproximadamente) en el espacio Moodle. A partir de esta situación se seleccionaron fragmentos de entrevistas que permitieran identificar las distintas fases de la misma. Es posible que este hecho hiciera que, en algunos casos, los alumnos tuvieran dificultades para percibir la entrevista de una forma más global e integrada. El **análisis de casos** permitió que el alumno tomara consciencia de las dificultades comunicativas que pueden producirse ante diversas situaciones. Si bien es cierto que el aprendizaje estaría en un nivel todavía alejado de la práctica real, propició la necesidad de reflexionar y de dar una respuesta ante situaciones concretas.

La percepción de los alumnos, respecto a la **realización excesiva de E-actividades**, tiene una explicación lógica ya que, de acuerdo al cronograma existente, todo el proceso de E-A debía realizarse durante el primer cuatrimestre. El módulo de habilidades comunicativas tuvo que realizarse en las franjas horarias libres y algunos alumnos notaron esta incidencia pues se concentraron, en un mismo periodo, actividades lectivas que en otro momento no tenían. Una de las limitaciones observadas, durante este proceso, tiene que ver con la falta de referentes para analizar aspectos relacionados con la comunicación no verbal.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: LA ENTREVISTA AL P. SIMULADO

Hemos anotado las reflexiones con relación a los dos grupos de alumnos: intervención y control.

#### ↗ Grupo de intervención (GI)

La **implicación** de los alumnos estuvo **condicionada, en muchos casos, por la presión del cronograma del curso** (todo el módulo debía realizarse durante el primer cuatrimestre) y por el número de actividades previas que tuvieron que realizar (6 e-actividades). El hecho de que la calificación final, de esta actividad formativa, no fuera determinante para aprobar la asignatura en la que se incluyó el módulo de habilidades comunicativas, hizo que algunos alumnos no se implicaran del mismo modo. Aunque, en general, el grado de implicación fue medio – alto.

El **mayor obstáculo** a superar, fue la percepción del alumno respecto a **qué relación y qué aspectos debía trabajar con el PSE**. Para muchos alumnos, acostumbrados a realizar las prácticas hospitalarias, lo que más se acercaba a la entrevista era el hecho de obtener la información básica del problema del paciente (obtenida de la Historia clínica del paciente) y explorarle. Pocos alumnos habían realizado entrevistas clínicas completas. En este sentido, llevar el foco de atención al trabajo de aspectos comunicativos, con la finalidad de obtener información de mayor calidad, tuvo cierta complejidad, pues nunca antes habían experimentado esta situación. Para solucionar esta dificultad se diseñaron casos, representados por los PS, en los que la exploración no fuera un aspecto determinante. Este hecho facilitó que el alumno tuviera que dar un mayor protagonismo a los aspectos comunicativos.

Los alumnos **comentaban entre sí**, tras las realizaciones de las entrevistas, sus experiencias con los PSE, como si comentaran una prueba realizada a la salida de un examen. No fue hasta que observaron el vídeo que tomaron consciencia de que **ciertas habilidades deben aprenderse e integrarse “haciendo”** más que “sabiendo cómo” y que el hecho de disponer de información previa no garantizaba, a priori, un manejo adecuado de las HC.

Durante la **preparación de los casos** se recomendó (desde las reuniones de coordinación) que tuvieran una **progresión en cuanto a dificultad** y que el **perfil (biopsicosocial) de los 3 PSE fuera diferente**, con el objetivo de que los alumnos tuvieran que enfrentarse a situaciones diferentes. Por este motivo da la impresión, si se analiza la información que se ha obtenido de las encuestas, que **la progresión respecto a la evolución del aprendizaje no es a veces lo suficientemente nítida**, ya que conforme los casos de los PSE van incrementando su dificultad, aparecen nuevas dificultades para el alumno. La 3ª entrevista fue la que supuso una mayor dificultad ya que debían atender y escuchar a una paciente con un problema de dolor asociado a una carga psicosocial importante. Este caso “desarmó” a aquellos alumnos que esperaban recoger los datos más relevantes y explorar sin más a la paciente.



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### ➤ Grupo control (GC)

La **implicación** de los alumnos fue en general **alta**, pues de algún modo, al realizar una sola entrevista, les predispuso a aprovecharla al máximo. Muchas de las **dificultades** que los alumnos, del Grupo control, encontraron en la primera entrevista fueron idénticas a las vividas por el Grupo de intervención durante el primer encuentro. Por otra parte, al no haber trabajado los video clips para, aprender a identificar los posibles errores, supuso para algunos alumnos una dificultad notable.

Los alumnos de **ambos grupos**, que ya habían realizado la entrevista con el mismo PSE, **comentaron con los que todavía no la habían realizado**, sus vivencias acerca de la misma. Aunque este aspecto pudo contaminar los resultados de la investigación, consideramos que no fue determinante para modificar los resultados de la calidad del encuentro, pues cada alumno con su bagaje formativo y su experiencia debía responder ante las demandas de la situación.

##### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS SESIONES DE RETROACCIÓN “VER EL VIDEO DE MI ENTREVISTA”

##### ➤ Grupo de intervención (GI)

#### CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA

El primer proceso en el que se ha notado una evolución clara, **desde la 1ª a la 3ª entrevista**, ha sido el hecho de **aprender a estructurar la entrevista** y a dar contenido a cada una de las fases. El hecho de **querer delimitar claramente cada una de las fases** durante el encuentro con los PSE, hizo que los encuentros fueran menos espontáneos durante la 1ª entrevista y algo más fluidos durante la segunda y la tercera.

Desde la **1ª entrevista** se tuvo que luchar contra los hábitos adquiridos, durante la carrera, es decir, a que el alumno no centrara el **foco de atención**, únicamente en la **exploración física** y más en el

fondo (qué información se obtenía) y en la forma (cómo se obtenía). En general los alumnos “huían” del análisis biopsicosocial del paciente, por la falta de experiencia, y se sentían más cómodos con el análisis de los problemas físicos. En este sentido, también hubo una evolución positiva, a lo largo de las 3 entrevistas realizadas, aunque menos notable y más sujeta a variaciones entre los alumnos. Otro aspecto a destacar fue la dificultad para progresar en la **realización de las preguntas**, durante la anamnesis, de más abiertas a más cerradas. Esta dificultad les llevo a perder mucha información y fue un aspecto tratado de forma recurrente durante las sesiones grupales de feedback.

### CATEGORÍA 2: PROPORCIONAR UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA

Como ya se comentó, una vez estructurada la entrevista la dificultad estribó en dotar de contenido a cada una de las fases y a saber realizar una transición entre cada una de ellas. Consideramos que en este caso, también hubo una evolución favorable desde la 1ª a la última entrevista.

### CATEGORÍA 3: ESTABLECER LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

El alumno tuvo más dificultades para tomar consciencia, y para realizar una evolución más nítida en su aprendizaje, en relación a las **habilidades comunicativas no verbales** que a las habilidades verbales. En este sentido, **el video** ayudó a percibir con mayor claridad aspectos de la comunicación que quizás nunca antes habían sido visualizados por cada alumno. Así, muchos pudieron observar si mantenían el contacto visual con el paciente, cuál era su postura habitual, cuál era su tono de voz, si utilizaban silencios o facilitadores, como se dirigían al paciente, etc.... y, tras el proceso de observación y las aportaciones realizadas por los compañeros y por el profesor, intentar corregir los hábitos adquiridos hasta el momento. Consideramos, que en este sentido, hubo una evolución positiva si bien, solo con la observación y el intento racional de superar estas dificultades, no fue en muchos casos suficiente para observar cambios importantes. **Probablemente la inclusión de técnicas que incidieran sobre la toma de conciencia de las habilidades de CNV podría facilitar el aprendizaje.**

Los alumnos que mostraron un mayor grado de implicación **lograron conectar mejor con el**

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**paciente**, si bien el perfil de los pacientes (distinto en los 3 casos) requería utilizar habilidades distintas. La percepción del alumno, respecto a tener que establecer una relación con el PSE, fue en algunos momentos controvertida, pues no entendían hasta que punto debían implicarse con un PSE. En este sentido hubo una evolución favorable, asociada probablemente a la toma de consciencia de los alumnos y al perfil del cada uno de los pacientes.

Otro aspecto de interés tuvo que ver con el **uso del lenguaje técnico** a la hora de explicar el problema al paciente. Bajo nuestro punto de vista hubo una evolución favorable, pero no fue hasta la 2ª entrevista, que el alumno tomó consciencia del uso de un lenguaje que podía resultar incomprensible para el paciente. A pesar de la insistencia hubo aspectos, relacionados con el **modo de proporcionar la información** al paciente, que costó asentar, como por ejemplo el hecho de resumir la información obtenida y el verificar si el paciente había comprendido la información más relevante.

#### CATEGORÍA 3: IMPACTO DEL VÍDEO, DEL ESCENARIO, DEL PS Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE

Durante el desarrollo de las sesiones grupales de retroacción, el **apoyo del video** fue esencial para poder generar aprendizaje a partir de la observación, de la participación y de la reflexión. En este sentido el **profesor** jugó un papel **dinamizador** para obtener el máximo provecho del análisis de cada una de las entrevistas. **El video** permitió repetir secuencias, explorar otras formas de relacionarse con el paciente, y de algún modo retener aquello que se había hecho de forma correcta y aquello que necesitaba mejorar. **Los inconvenientes** del video fueron, **para** una gran parte de los **alumnos**, el hecho de condicionar su espontaneidad y el hecho de sentir nervios durante el desarrollo de la entrevista. A pesar de ello, hubo una tendencia progresiva a disminuir la importancia de su presencia conforme los alumnos realizaron más entrevistas. Los **inconvenientes para el investigador**, durante las sesiones grupales, fueron la **dificultad para digitalizar con la rapidez suficiente todas las videograbaciones** y el tener que usar, como solución alternativa, la visualización de los vídeos desde las cámaras de vídeo y no desde los discos de DVD.

El **escenario de la consulta y la presencia del PSE** propiciaron que el alumno tuviera que afrontar

una situación desconocida. Este hecho provocó un cierto grado de **inseguridad y de incertidumbre**, durante las primeras sesiones, que mejoró durante el desarrollo de las entrevistas sucesivas. El impacto del escenario, y de la presencia del PSE, pudieron analizarse en las sesiones grupales, donde se debatieron las posibles dificultades y las estrategias de superación. Las **sesiones grupales** de feedback fueron claramente más provechosas para aquellos alumnos que tuvieron un **mayor grado de implicación**.

### ↗ Grupo control (GC)

El análisis realizado para el Grupo de intervención, con relación al impacto del vídeo, durante el desarrollo de las sesiones grupales es extrapolable al **Grupo control**. Resumiendo, podemos decir que las observaciones realizadas por los alumnos y por el profesor conductor de las sesiones, serían similares a las realizadas por el Grupo de intervención tras la visualización de la primera entrevista. **Las diferencias más notables** se relacionan con la dificultad para discriminar entre las intervenciones correctas o incorrectas, asociada al hecho de que los alumnos de este grupo, no realizaron las E-actividades relacionadas con el análisis de video clips (donde el alumno debía identificar las situaciones realizadas de forma correcta e incorrecta). La gran mayoría de alumnos destacó la importancia de las sesiones grupales para identificar los posibles errores y para generar aprendizaje a partir de la observación, el análisis y la reflexión, si bien destacaron la necesidad de realizar más entrevistas para mejorar sus habilidades.

### ▣ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE (PUNTO DE VISTA: GRUPO DE TRABAJO)

#### FUENTE DE LA INFORMACIÓN: AUDIO GRABACIÓN SESIONES

El investigador se reunió, al inicio y al final del proceso, con el **grupo de trabajo**. En la parte inicial, se analizó la información previa relacionada con el programa que se pretendía aplicar y se recogieron las sugerencias. En la fase final se analizaron, a partir de las aportaciones del investigador, las posibles dificultades y se propusieron algunas recomendaciones. Cada una de las sesiones fue registrada con una grabadora digital.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### ► FOCO DE ATENCIÓN: ORGANIZACIÓN DEL PROCESO

En cuanto a la **organización del proceso**, se propusieron una serie de recomendaciones que enumeramos a continuación:

- 1) Evitar las franjas horarias y los días de la semana asignados a los seminarios que suponen una dificultad añadida.
- 2) Adaptar el cronograma de la realización de las entrevistas a los pacientes simulados al cronograma de realización de las prácticas clínicas de los alumnos para evitar solapamientos.
- 3) Convocar a 6 alumnos en cada hora, para realizar las entrevistas a los PSE, en lugar de cuatro, pues a menudo los alumnos acudieron con retraso a su cita con el PS.
- 4) Mejorar la disposición de las cámaras de vídeo para registrar los aspectos de la CV y de la CNV con la máxima calidad posible (imagen y sonido).
- 5) Mejorar el proceso de captura y de digitalización de las entrevistas clínicas, este aspecto modificó en alguna ocasión el cronograma para poder ver las videograbaciones en las **sesiones de Feedback**. Se recomienda buscar más apoyos para que este proceso sea más fluido.

##### ► FOCO DE ATENCIÓN: VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

Tras analizar el impacto del **dossier y de los seminarios**, el Grupo de trabajo recomendó no realizar grandes modificaciones en el dossier, pero sí introducir alguna modificación en el modo de organizar la información y en el planteamiento de los seminarios. Se propuso mantener (en el GI) la **metodología del seminario** basada en la explicación de las distintas fases de la entrevista, pero se recomendó dar más énfasis a la correlación entre la obtención de la información (durante la entrevista clínica) y el proceso de **razonamiento clínico**. A su vez se acordó introducir sesiones de role play (practicar las fases de la ECF) y de análisis de video (observar fragmentos de entrevistas para analizar aspectos de la CNV). Con relación a las **E-actividades**, se propuso: disminuir el número de e-actividades a realizar y eliminar las preguntas relacionadas con la resolución de aspectos conceptuales de la entrevista e intercalar en los video clips, dedicados a analizar cada una

de las fases de la entrevista así como aspectos relacionados con la comunicación no verbal. En este sentido, se propuso utilizar fragmentos de películas (del espacio youtube) para analizar diversos aspectos de la comunicación verbal y no verbal, además de los ya utilizados durante los seminarios. Con relación a las actividades relacionadas **con el análisis de casos**, se propuso mantenerlas. En cuanto a la **interpretación de los PSE** se propuso modificar alguna parte de la escenificación de los casos donde el enfoque fue excesivamente médico. Además se propuso que el PSE pudiera jugar un papel educativo, con relación a cada uno de los encuentros con los alumnos, proporcionando feedback al finalizar la entrevista con cada alumno, siempre y cuando fuera posible atendiendo a las posibilidades organizativas y económicas. Con relación a la **Sesión de retroacción**, el grupo de trabajo examinó el desarrollo de tres sesiones escogidas al azar del GI y una de GC. El Grupo de trabajo, recomendó seguir utilizando esta metodología para facilitar el aprendizaje de habilidades de comunicación. Tras el análisis de las sesiones se plantearon como aspectos susceptibles de mejora:

- La necesidad de buscar un **mecanismo para digitalizar** con mayor rapidez las videograbaciones de las entrevistas, pues en muchos casos supuso una pérdida de tiempo notable, además de un déficit en la calidad del sonido.
- Dado que el conductor de las sesiones tenía que hacer un esfuerzo muy importante para que los alumnos focalizaran la atención en los aspectos comunicativos que debían analizarse, se propuso **utilizar una guía (check list)** para que el alumno identificara los aspectos más relevantes de la entrevista, que durante el debate debería comentar.

#### 4.1.3. Datos relacionados con la fiabilidad de los instrumentos de medición

Se ha tenido en cuenta la **fiabilidad de la Escala CICAA**, puesto que de los instrumentos de evaluación utilizados es el más fiable. Mostramos a continuación los datos. Se considera que la escala MAPE 2 es un instrumento que aporta la información relacionada con la percepción subjetiva, de la calidad de la ECF, del PS., útil para el análisis cualitativo pero difícil de extrapolar bajo un punto de vista cuantitativo.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

### ESCALA CICAA

Para analizar la fiabilidad del instrumento se analizó el **nivel de concordancia** o de consistencia entre los 2 observadores, cuando evaluaron cada una de las entrevistas realizadas por los alumnos, mediante el **índice de Kappa** (Test de Cohen).

### TAREA 1: CONECTAR

El **nivel de consistencia interna** para la evaluación de la **Tarea 1** fue bueno ( $k= 0,60$  a  $0,80$ ) al analizar la entrevista realizada por los alumnos del GI y del GC al PS3. Cuando se analizó la consistencia para los alumnos del GI que entrevistaron al **PS 1**, se obtuvieron valores de moderado ( $K=0,41$  a  $0,60$ ) a muy bueno ( $K=0,80$ ) y, de de débil ( $K=0,21$  a  $0,40$ ) a bueno, cuando se analizaron los valores de la entrevista 2 (ver **Tabla 74**).

PREGUNTA	CICAA (GI: PS1)	CICAA (GI: PS2)	CICAA (GC/GI: PS3)
	<u>K (valor)</u>	<u>K (valor)</u>	<u>K (valor)</u>
1	0,488	0,509	0,616
2	0,655	0,252	0,764
3	1,000	0,487	0,706
4	0,556	0,378	0,526
5	0,646	0,536	0,761
6	0,710	0,863	0,787

**TAREA 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS**

El nivel de consistencia interna para la evaluación de la **Tarea 2** fue en la mayoría de los casos bueno ( $k= 0,60$  a  $0,80$ ), en algunos casos fue muy bueno y en una menor proporción de casos, la consistencia fue moderada o débil (ver **Tabla 75**)

<b>TABLA 75</b>		<b>CONSISTENCIA INTERNA INTEROBSERVADOR (Test de Kappa): Tarea 2. Observador 1 vs. Observador 2 (GI:PS1, PS2 y GC/GI: PS3)</b>		
<b>CICAA. TAREA 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>				
<b>PREGUNTA</b>	<b>CICAA (GI: PS1)</b>	<b>CICAA (GI: PS2)</b>	<b>CICAA (GC/GI: PS3)</b>	
	<u>K (valor)</u>	<u>K (valor)</u>	<u>K (valor)</u>	
7	0,563	0,488	0,752	
8	0,862	0,591	0,587	
9	0,810	0,700	0,811	
10	0,583	0,381	0,941	
11	0,464	0,494	0,745	
12	0,750	0,563	0,670	
13	0,661	0,818	0,742	
14	0,605	0,804	0,808	
15	0,919	0,924	0,873	
16	0,704	0,620	0,770	
17	0,677	0,563	0,968	
18	0,788	0,643	0,883	
19	0,790	0,641	0,694	
20	0,679	0,552	0,868	



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

#### TAREAS 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR

El nivel de consistencia interna para la evaluación de las **Tareas 3 y 4** obtuvo valores situados entre los niveles bueno y muy bueno en la mayoría de los casos analizados, aunque hubo algunas preguntas, donde el nivel de consistencia fue débil (ver **Tabla 76**).

TABLA 76 CONSISTENCIA INTERNA INTEROBSERVADOR (Test de Kappa). Tareas 3-4: Observador 1 vs. Observador 2 (GI:PS1, PS2 y GC/GI: PS3)			
CICAA. TAREA 3: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR			
PREGUNTA	CICAA (GI: PS1) <u>K (valor)</u>	CICAA (GI: PS2) <u>K (valor)</u>	CICAA (GC/GI: PS3) <u>K (valor)</u>
21	0,854	0,920	0,747
22	0,726	0,329	0,767
23	0,654	0,350	0,662
24	0,859	0,435	0,883
25	-	-	-
26	0,710	0,698	0,872
27	-	-	-
28	0,680	0,589	0,797
29	0,780	0,352	0,778

#### 4.1.4. Datos relacionados con la validación de la información

##### **CREDIBILIDAD**

Los datos se ajustan a la realidad gracias a la **observación persistente** del investigador, a la posibilidad de **triangular la información** y al uso del **material referencial**.

El investigador estuvo durante un tiempo prolongado trabajando en esta investigación con una actitud de máxima implicación, hecho que favoreció la *observación persistente* del proceso seguido.

Al contrastar la información obtenida por parte del investigador (tras la interpretación de los datos), con la información proporcionada por el grupo de trabajo, por los alumnos, por los PS y por los observadores externos, se realizó la *triangulación de la información*. El uso de distintas técnicas de recogida de la información ha permitido corroborar, por distintas vías, aquellos aspectos que de algún modo fueron comunes en el análisis de la información y que contribuyen a complementar o a reforzar la descripción de la realidad estudiada (*material referencial*).

### ▮ TRANSFERIBILIDAD

La información obtenida aporta elementos que son potencialmente **extrapolables** a otras realidades similares. En nuestro caso a la formación de los alumnos de Grado de Fisioterapia, a la de los profesionales ya titulados en Fisioterapia o a la formación de alumnos de las Ciencias de la Salud.

### ▮ DEPENDENCIA

El investigador intentó buscar los instrumentos que proporcionaran la máxima fiabilidad al proceso realizado. Bajo un **punto de vista cuantitativo** se analizó el grado de consistencia interobservador, cuando los evaluadores externos evaluaron las entrevistas de los alumnos (índice de kappa). Bajo un **punto de vista cualitativo** los datos y los significados obtenidos fueron elaborados de forma ordenada y metódica. Para ello se contó con el apoyo de diversas técnicas de recogida y de análisis de datos.

### ▮ CONFIRMABILIDAD

En nuestra investigación hubo un intento de consensuar, por diferentes vías, la información obtenida para alcanzar en la medida de lo posible, la máxima objetividad. De este modo, se trató de buscar el máximo grado de acuerdo con *los alumnos*, con *los pacientes simulados* y con el *grupo de investigación*. En este sentido se especificó, en todo momento, cuál fue la **fuentes de la información** (posicionamiento del investigador) y posteriormente se buscaron **puntos de comprobación** (grupo de trabajo) y se **contrastó** la información obtenida desde diferentes vías

## IV. Ciclo I (2007-2010)

---

(triangulación).

### ▮ ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Previamente al inicio de este estudio el proyecto fue aceptado por un Comité ético. Los alumnos participantes en nuestro estudio firmaron una **hoja de consentimiento informado** (ver **Anexo 2**). La actitud del investigador y de los PS fue en todo momento respetuosa con relación a los alumnos. Los alumnos, a su vez fueron informados de la necesidad de respetar a los pacientes simulados y de cumplir ciertas normas (ver **Anexo 2**).

## 5. Redacción del informe: Ciclo I

Siguiendo el procedimiento del método de I-A, al finalizar el Ciclo I presentamos la **redacción del informe, donde aparece sintetizada la información más relevante**.

### 5.1. Resumen

Se propone buscar una *solución al déficit formativo en habilidades de comunicación, de los alumnos de Fisioterapia de la URV, para la realización de la entrevista clínica*. Para llevar a cabo la investigación se parte de un paradigma cualitativo y se utiliza el método de investigación-acción. Para desarrollar este método se realizan 2 ciclos de investigación acción. El Ciclo I se inicia en el curso académico 2007-08 y finaliza en el curso 2009-10. Durante este ciclo se efectúa el *diagnóstico preliminar de la situación*, se define la *hipótesis de acción* y se lleva a cabo la *acción* (Propuesta formativa I), su *observación* y el proceso de *reflexión* que finaliza con el *informe final*. Los alumnos, durante la aplicación de la P. formativa I, se dividen de forma aleatoria en 2 grupos: intervención (GI) y control (GC). Los alumnos del GI realizan 3 seminarios, 6 e-actividades, 3 entrevistas a 3 pacientes simulados con perfiles biopsicosociales diferentes y participan en sesiones grupales para visionar el vídeo de cada una de las entrevistas realizadas. Los alumnos del GC participan en 2 clases magistrales, realizan 3 E-actividades, entrevistan a un paciente simulado y visualizan el video de su entrevista. Paralelamente se recoge la información de: los alumnos, (encuestas, videgrabaciones), los profesores (audiograbación), los observadores, que evalúan las entrevistas realizadas por los alumnos mediante un instrumento validado (la Escala CICAA), y de los pacientes simulados (Cuestionario MAPE 2).

Tras la aplicación de los criterios de validación podemos *concluir* afirmando que los alumnos del GI aprendieron a estructurar las fases de la entrevista clínica y a identificar los errores más frecuentes de cada una de las fases. El PSE y el vídeo, y en menor grado las E-actividades y los seminarios, jugaron un papel relevante en el aprendizaje de HC para la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia.

## 5.2. Introducción

Una vez identificado el problema principal (déficit formativo en HC) y de haber elegido el método para iniciar esta investigación (**investigación-acción**) se inicia el Ciclo I. A continuación se **planifica la acción** a realizar (diagnóstico de la situación y aplicación de la Propuesta formativa I), se ejecuta y paralelamente se llevan a cabo los procesos de **observación** y de **reflexión**, tras la aplicación de los cuales se obtendrán evidencias para replantear el plan realizado e iniciar así el próximo Ciclo.

En los apartados que se suceden a continuación nos referiremos a la descripción del problema (**Foco**), a las circunstancias en las que sucede (**Contexto**), al método y al diseño utilizados (**Método de indagación**), a la descripción de los datos y a su interpretación (**El proyecto**) y al significado de la investigación en sus diferentes vertientes (**Significación**).

## 5.3. Foco

Los alumnos muestran dificultades, en el manejo de las habilidades comunicativas, para realizar la entrevista clínica de Fisioterapia. El currículo, en el momento de iniciar el estudio, muestra limitaciones a la hora de trabajar las habilidades comunicativas en general y aquellas que son necesarias para realizar la ECF en particular. No todos los alumnos pueden matricularse en aquellas asignaturas cuyos contenidos trabajan las habilidades de comunicación. Aunque dichas habilidades son necesarias para realizar las prácticas clínicas, en dichos centros no se evalúan y en la mayoría de casos, no se realizan entrevistas clínicas de Fisioterapia. Por ese motivo consideramos que es prioritario implementar un plan de acción.

La adquisición de habilidades de comunicación interpersonales (HCI) forma parte de las competencias que debe adquirir el Fisioterapeuta. En este sentido existe un consenso claro por parte de los docentes, de los profesionales y de los usuarios de los servicios de atención en

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

Fisioterapia (Ingram, 1997; Lopololo, 2004; Schafer et al, 2007). Diferentes autores sostienen que la aplicación correcta de las habilidades comunicativas durante el encuentro terapeuta - paciente aporta un gran número de ventajas que acabarán influyendo en la calidad de la relación terapeuta – paciente y de los resultados terapéuticos (Kurtz, Silverman y Draper, 2005; Silverman, Kurtz y Draper, 2005; Roberts, 2010; Clèries, 2010; Silverman, 2010; Borrell 2011). Del conjunto de habilidades de comunicación, merece una atención prioritaria, la realización de la entrevista clínica, pues supone el primer nivel de contacto entre el paciente y el fisioterapeuta y es uno de los aspectos más relevantes que influirán en el buen resultado del tratamiento realizado. Es en el ámbito del ejercicio libre de la Fisioterapia donde los alumnos egresados tienen, en el momento actual, más oportunidades de acceder al mundo laboral. La adquisición de habilidades comunicativas es en este ámbito especialmente relevante, pues en muchos casos el fisioterapeuta es el único profesional de referencia.

El establecimiento de un diagnóstico de la situación, ayudará a definir con mayor claridad la hipótesis de acción para buscar las posibles soluciones. La aplicación de la Propuesta formativa I podría contribuir a mejorar la situación descrita.

#### 5.4. Contexto

La propuesta formativa se ha llevado a cabo en la FMCS de Reus (Tarragona), perteneciente a la URV. Durante la realización del proceso de I-A, los alumnos participantes inician y finalizan sus estudios dentro del Plan de estudios de la Diplomatura de Fisioterapia. El profesorado implicado en la investigación pertenece a dos departamentos: al Departamento de Medicina y Cirugía (ubicado en la FMCS) y al Departamento de Pedagogía (ubicado en la Facultad de Ciencias de la Educación y de Psicología). El investigador pertenece a la Unidad de Fisioterapia del Departamento de Medicina y Cirugía. En el momento en el que se inicia la investigación, en el curso 2007-08, los planes de estudio de la Diplomatura en Fisioterapia todavía no se han adaptado al EEES. El problema que hemos definido se contextualiza, en los alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia, desde el curso académico 2007-2008 hasta el curso 2010-11. Tras el análisis de datos y de la información se define la Propuesta formativa final que finaliza en el Curso 2012-13.

## 5.5. Método de indagación

El **acercamiento a la realidad y a la interpretación** de la misma tiene que ver con un paradigma cualitativo. El paradigma de este estudio adquiere una **dimensión sociocrítica** pues no se limita únicamente a describir una realidad, sino que a su vez se proponen cambios a partir del análisis de la misma. Dichos cambios se canalizan en una *propuesta futura de investigación – acción*, en la que se busca la implicación de los diferentes protagonistas, para transformar la realidad relacionada con el aprendizaje de las HCI en el contexto en el que se desarrolla esta investigación.

La motivación que nos ha llevado a optar por este enfoque paradigmático se basa en: la **escasez de información** publicada en nuestro país relacionada con el análisis de las HCI, de los alumnos de Fisioterapia, y que incluye aspectos tales como la evaluación y la influencia del currículum en el aprendizaje de dichas habilidades, en la **dificultad para extrapolar** otras investigaciones, relacionadas con el aprendizaje de las HCI aplicadas a la ECF, realizadas en otros países distintos a nuestro contexto educativo y en la **complejidad para abordar el análisis del aprendizaje de las HCI** en sus diferentes ámbitos (comunicación verbal, no verbal, relación terapeuta-paciente, etc.).

## 5.6. El proyecto

Presentaremos los datos del **Ciclo I**, de acuerdo a su elaboración cronológica, en dos apartados: los obtenidos en la **Fase diagnóstica** y los obtenidos en la **Fase de aplicación de la Propuesta formativa I**. Cada apartado se dividirá a su vez, en dos bloques: la descripción de los datos y la interpretación de los mismos.

### 5.6.1. Ciclo I: Fase diagnóstica

#### A. DESCRIPCIÓN DE LOS DATOS

A continuación expondremos los datos descriptivos de la muestra y aquellos que tienen que ver con las preguntas de investigación realizadas.

##### └ Datos descriptivos de la muestra

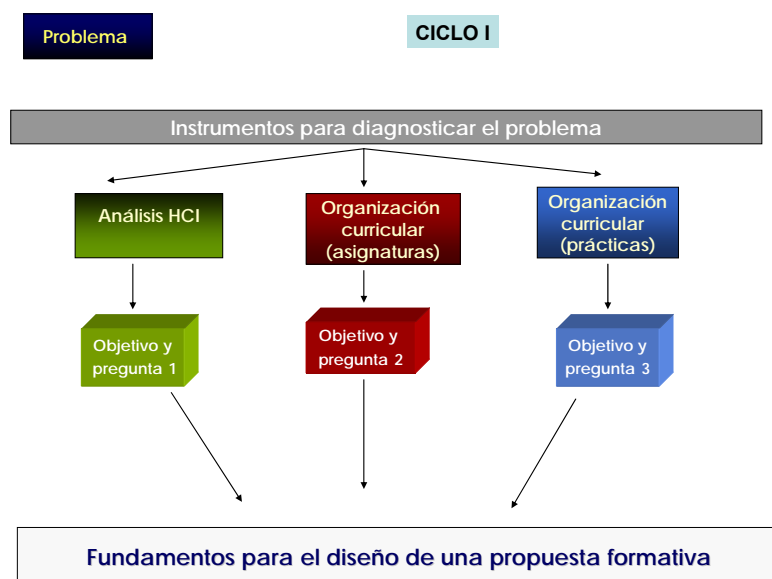
#### IV. Ciclo I (2007-2010)

Tal y como observamos en la **Tabla 77** de los 20 alumnos de la muestra, el 90% son mujeres y el 10% son hombres, con una edad media de  $23,05 \pm 2,62$  (DE), siendo la moda y la edad mínima de 21 años y la edad máxima de 29 años.

<b>TABLA 77</b>		<b>DATOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA: Ciclo I (Fase diagnóstica)</b>
<b>Variables</b>	<b>Grupo (n=20)</b>	
<u>Edad</u> , media $\pm$ DE	23,05 $\pm$ 2,62	
<u>Género</u> (%)		
Femenino	90%	
Masculino	10%	
<u>Exp. académico</u>		
Media $\pm$ DE	2,18 $\pm$ 0,56	

#### ┌ Objetivos y preguntas de investigación

Resumimos en la **Fig. 32** las preguntas de investigación planteadas, pues tendrá que ver con la dinámica seguida para presentar los datos de la Fase diagnóstica. Nuestro propósito es utilizar diferentes métodos e instrumentos para dar respuesta a dichas preguntas y establecer las bases para el diseño de una propuesta formativa dirigida a trabajar las habilidades de comunicación.



**Figura 32.** Presentación de los datos a partir de las preguntas de investigación (Ciclo I, Fase diagnóstica)

► **Pregunta 1: ¿Cuál es el nivel de HCI de los alumnos de Fisioterapia de la URV?**

**Cuestionario MAPE 2:** La **puntuación media total** (sobre 60 puntos) fue de 33,95 (7,46) puntos. La puntuación más alta (sobre 10 puntos) fue para el ítem de cordialidad: 5,6 (1,23) y la más baja para los de asertividad y despedida: 5,25 (1,37). El paciente simulado dijo **desear ser tratado**, en futuras ocasiones, por un 55% de los alumnos y no ser tratado por el 45% restante. **Escala CICAA:** La **puntuación media total** (sobre 58 puntos) fue de 19,40 (10,59) cuando los alumnos fueron evaluados por el *observador 1* y de 20,3 (9,83) puntos cuando fueron evaluados por el *observador 2*. En todas las **tareas evaluadas por ambos observadores** se obtuvieron valores de puntuación inferiores al 50% de su valor máximo a excepción de la tarea “conectar” que alcanzó un valor ligeramente superior (evaluada por el observador 1). **Encuesta 1 (P.3):** El 65% de los alumnos dijo haber recibido la **formación suficiente en habilidades de comunicación** durante la carrera y el 35% contestó que no. Para ambas respuestas (sí/no), la percepción fue que la formación recibida fue insuficiente, muy teórica y poco aplicada a la práctica clínica. Los alumnos tan apenas realizan entrevistas clínicas en los centros de prácticas. **Encuesta 1 (P.4):** Respecto a la percepción de los alumnos, en cuanto a la **adquisición de HC durante la carrera**, en una escala numérica del 1 al 10, la puntuación media fue de 5/10 (1,53). **Encuesta 1 (P.10):** A la pregunta abierta (“añadir **cualquier otro comentario o sugerencia relacionado con las HC**”), el 100% de los alumnos comentaron la necesidad de recibir más formación en HC, siendo las opiniones más frecuentes: realizar una formación más práctica (80%), trabajar con P. simulados (75%), en asignaturas troncales (90%). **Entrevista** (post visionado del video de la entrevista con el PS): participan el 75% de los alumnos y son preguntados por los aspectos positivos/negativos de haber participado en la experiencia. El 95% de los alumnos remarcó como **aspectos positivos**: la facilitación del aprendizaje y la vivencia de una experiencia próxima a la realidad (mundo laboral). El 95% nombró como **aspectos negativos** el nerviosismo y la inseguridad asociados al escenario y al hecho de no saber cómo desenvolverse en la entrevista con el PS.

► **Pregunta 2: ¿Cuál es el impacto de determinadas asignaturas del currículo de Fisioterapia, incluidas en la tipología de asignaturas, como promotoras de la formación en HCI?**



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**Encuesta 2:** Se pregunta a los **profesores**, en relación a diferentes **asignaturas** del currículo, qué **aspectos favorecen la formación en HC** (P.7, P.9), cuáles los **dificultan** (P.8) y cuáles son las **propuestas de mejora** (p.11). **CC. Psicosociales y aplicadas.** Favorecen: el hecho de que la valoración de los casos trabajados en el aula se realice mediante el diálogo. Dificultan: la falta de casos prácticos reales, la extrema dificultad de los casos que potencialmente podrían trabajarse y en el hecho de centrar la atención sobre la rehabilitación únicamente física. Propuestas: elaboración de casos entre distintos profesores que permitieran trabajar distintos aspectos. La competencia en HC, se evalúa (a nivel teórico). **Fisioterapia II** (Módulo ABP). Favorecen: la realización de la anamnesis del paciente dentro del módulo ABP, el hecho de que el profesor asuma el rol del paciente (role play) y el hecho de trabajar, en una ocasión, con un paciente real. Dificultan: la complejidad para trabajar con pacientes reales. La competencia en HC, no se evalúa. Propuestas: casos integrados con otras asignaturas con la metodología ABP. **Modelos de adaptación al envejecimiento.** Favorecen: la presencia de contenidos teóricos y la realización de una práctica de role play relacionados con las HC. Dificultan: no se produce ningún encuentro real entre el alumno y el paciente. La competencia en HC, no se evalúa. Propuestas: trabajar casos reales con el apoyo del video y generar aprendizaje a partir de la observación. **La escucha activa.** Favorecen: la realización de entrevistas a pacientes reales y la puesta en común en las sesiones presenciales. Dificultan: la escasa experiencia de los alumnos en la realización de entrevistas clínicas y el déficit formativo en HC. La competencia en HC sí que se evalúa. Propuestas: activar una asignatura troncal que trabaje contenidos en HC. **Encuesta 1:** Se pregunta a los **alumnos** (escala del 0-10) cuál es la importancia de las asignaturas del currículo seleccionadas en cuanto al trabajo de las HC (p.8). **CC. Psicosociales y aplicadas.** 5 (suficiente): 31,6% de los alumnos; 6 (suficiente): 26,3%; 4 (insuficiente): 21,1%; 3 (insuficiente): 21%. **Fisioterapia II.** 6 (suficiente): 36,4%, 5 (suficiente): 36,4%; 7(notable): 27,2%. **Modelos de adaptación al envejecimiento.** 8 (notable): 50%; 25%: 9 (excelente); 25%: 6 (suficiente). **La escucha activa.** 6 (suficiente): 25%; 7 (notable): 25%; 8 (notable): 25%; 9 (excelente): 25%. En la misma encuesta se preguntó si había **otras asignaturas**, no incluidas en la encuesta, en las que percibieron haber trabajado las HC. La asignatura que obtuvo una puntuación más alta fue Estancias clínicas (notable, 8). **Entrevista** (post visionado del video de la entrevista con el PS). La experiencia de la entrevista con el PS es vivida por los alumnos como una experiencia de aprendizaje real, superior en calidad a la percibida por las asignaturas del currículo y como una necesidad formativa para incorporarse al mundo laboral.

► **Pregunta 3: ¿Cuál es el impacto de los centros de prácticas como promotores de la formación de las HCI?**

**Encuesta 3 (profesores):** Se pregunta, en diferentes **centros de prácticas** clínicas del currículo, qué aspectos favorecen el aprendizaje de HC aplicadas a la ECF (P.7, P.9) y cuáles lo dificultan (P.8).

**Asociación provincial de parálisis cerebral de Tarragona.** Favorecen: disponibilidad de tiempo suficiente para realizar ECF. El perfil de pacientes obliga a aplicar las HC aunque no en la ECF clásica.

Las HC se evalúan indirectamente. Dificultan: poco tiempo de dedicación para los alumnos. **Centro**

**Socio Sanitario “Ciutat de Reus”.** Favorecen: espacio adecuado para el encuentro alumno-paciente y las recomendaciones proporcionadas al alumno acerca de la actitud i del uso de la CV y de la CNV. Evaluación indirecta de las HC. Dificultan: poco tiempo de dedicación disponible para los alumnos asociado a las cargas laborales del fisioterapeuta. El canon de la ECF no es el tradicional.

**Hospital psiquiátrico universitario “Institut Pere Mata”.** Favorecen: la peculiaridad de los pacientes que obliga a buscar métodos de comunicación alternativos. Evaluación indirecta de las HC. Dificultan: desconocimiento (alumnos) para saber cómo manejar las HC en esas circunstancias.

**Encuesta 1 (alumnos):** Se pide a los alumnos que realizaron las prácticas clínicas en los centros de prácticas mencionados, que evalúen cuál fue su percepción en cuanto a la adquisición de HC para la ECF en una escala de 0 a 10 puntos (P.6). **Asociación provincial de parálisis cerebral de**

**Tarragona.** n= 13; Nota media:  $6,92 \pm 1,9$  (DE). **Centro Socio Sanitario “Ciutat de Reus”.** n = 3;

Nota media:  $6,67 \pm 1,52$  (DE). **Hospital psiquiátrico universitario “Institut Pere Mata”.** n = 6;

Nota media:  $7,5 \pm 1,22$  (DE). En la **Encuesta 1, P.7**, se pide a los alumnos por la existencia de otros centros donde consideren que han trabajado HC para la ECF. El 75% de los alumnos identificaron otros centros, de éstos el 52% escogió al Hospital universitario Juan XXIII de Tarragona, el resto de porcentajes se distribuyó entre 5 centros más. **Entrevista** post visionado del video de la entrevista

con el PS (alumnos): El 90% de los alumnos manifestó no haber realizado entrevistas clínicas pues en los centros a los sumo exploran a los pacientes y aplican el tratamiento, pues ya llegan diagnosticados por el médico. *El video fue considerado por el 85% de los alumnos como un método de aprendizaje útil para la realización de la ECF.*

## B. INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS (FASE DIAGNÓSTICA, CICLO I)

### ► P. INVESTIGACIÓN 1

La puntuación total obtenida de la **Escala MAPE 2** en nuestro caso de 33,95 (7,46) puntos así

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

como la puntuación para cada uno de los ítems, nos proporciona una información útil, como referencia, para llevar a cabo sucesivas investigaciones. Sin embargo los resultados no son concluyentes ya que la Escala MAPE 2 no define valores preestablecidos para situar las habilidades de comunicación en un rango determinado y por otra parte no hemos podido comparar los datos con muestras similares. **El PS desearía ser tratado**, en futuras ocasiones, por el 55% de los alumnos. Bajo nuestro punto de vista parece haber una dificultad por parte de los alumnos para generar confianza en el PS, que podría estar relacionada con el déficit formativo, pero no podemos comparar este resultado con otros estudios.

La puntuación media global de la **Escala CICAA** sobre 58 puntos, fue de 19,40 (10,59) puntos, en el caso del observador 1 y de 20,3 (9,83) para el observador 2. Los resultados de nuestro estudio son ligeramente inferiores a los obtenidos por Ruíz Moral y Perula de Torres (2006), pero en este caso la Escala se aplicó a enfermeros, médicos residentes y a médicos de diferentes especialidades. Por este motivo los datos no son comparables.

Respecto a la **percepción de la formación recibida en HC** para la ECF (**Encuesta 1**, P.3), por los alumnos, tanto en el caso de los que contestaron de forma afirmativa como negativa se observa un déficit formativo, asociado a la dificultad para recibir formación (no existe ninguna asignatura troncal en la que se impartan estos contenidos) y a la no realización de entrevistas clínicas en los centros de prácticas clínicas. Cuando los alumnos puntúan su **grado de adquisición de conocimientos en HC para la ECF** (**Encuesta 1**, P.4), la puntuación media fue de 5/10 (1,53) puntos. Al contrastar esta información con las entrevistas realizadas y con las encuestas, el investigador considera que la mayoría de alumnos no tenían una idea precisa del concepto y del alcance de las HC cuando se aplicaban a la ECF. Los alumnos dieron más importancia a la recogida de datos del paciente y a la exploración que a los aspectos intrínsecos de la comunicación (la comunicación verbal y no verbal, la empatía, la asertividad, etc.) que pudieran ayudar a obtener más información, a establecer una mejor relación con el paciente o a estructurar mejor la entrevista. En la **Encuesta 1**, P. 10 (añade **cualquier otro comentario o sugerencia**) el 100% de los alumnos sugieren la necesidad de recibir más formación en HC para la ECF. Cuando comparamos estos resultados con los de la **Entrevista** (post visionado del encuentro con el PS), la gran mayoría de alumnos recomendaría a sus compañeros participar en una experiencia similar y comentaron

que nunca o casi nunca habían tenido que enfrentarse a una situación similar. Los alumnos se sintieron más cómodos durante la fase de exploración de la entrevista (pues aplicaban métodos ya conocidos) que cuando tuvieron que aplicar las HC para dirigirse al paciente, escucharle, explicar su posible problema o planificar la siguiente sesión. *Esta aproximación a la realidad, refuerza nuestra idea inicial asociada al déficit formativo de los alumnos en HCI para la ECF.*

## ► P. INVESTIGACIÓN 2

Cuando se analiza el **impacto de diferentes asignaturas del currículo** para trabajar las HC (**Encuesta 1**), en el caso de la asignatura **C. Psicosociales y aplicadas**, la puntuación más alta fue de 6 (suficiente) para un 26,3% de los alumnos. No existen contenidos en HCI aplicados a la ECF, tampoco existen referentes conceptuales para los alumnos (**Encuesta 2**) y ambos, alumnos y profesor, coinciden al señalar que no existen contenidos prácticos. En la asignatura **Fisioterapia II (Módulo ABP)**, la puntuación más alta fue de 7 (notable) para el 27,2% de los alumnos. Se señalaron como elementos facilitadores (**Encuesta 2**) la elaboración de la anamnesis de los casos trabajados (obtención de la información) si bien no se trabajaron aspectos comunicacionales específicos relacionados con la ECF. La percepción de los alumnos fue la de haber recibido formación en HC, aunque ésta se centró más en la anamnesis y en la exploración que en las HC necesarias para la ECF. En la asignatura **Modelos de adaptación al envejecimiento**, la puntuación más alta fue de 8 (notable) para el 50% de los alumnos. Los resultados tienen que ver con la realización de contenidos específicos de HC y con una práctica de role playing donde se realizó una ECF (**Encuesta 2**). A excepción de ésta práctica el resto de contenidos son teóricos, no se trabajan contenidos relacionados con la ECF y el tiempo de dedicación del alumno es de 3 horas. Esta asignatura es optativa y acotada a un máximo de 30 alumnos. La puntuación más alta de la asignatura **La escucha activa** fue de 9 (excelente), para el 25% de los alumnos. Es la única asignatura del currículo con contenidos específicos relacionados con la EC. Los alumnos realizan entrevistas a pacientes asignados previamente. El alumno expone en clase los aspectos más relevantes de la entrevista bajo una óptica biopsico social. El feedback proporcionado al alumno tiene que ver con la recogida de datos, pero no permite analizar aspectos de la comunicación verbal o no verbal de la entrevista realizada pues ésta no está registrada en vídeo. Esta es una asignatura optativa y acotada a 30 alumnos. Lo que menos les gustó del encuentro con el PS (**Encuesta 1**, P.2)

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

fue la sensación de inseguridad y el déficit formativo. Los alumnos, a pesar de saber manejarse en la anamnesis y en la exploración, tomaron consciencia de las dificultades relacionadas con el manejo de las habilidades de comunicación. Al preguntar por otras asignaturas relevantes en el aprendizaje de HC (**Encuesta 1**, P.2), no incluidas en la tipología de las asignaturas, un 35% de los alumnos reconoció el posible impacto de otras asignaturas. Hubo una gran dispersión en las respuestas obtenidas, pues cada alumno identificó asignaturas diferentes no coincidentes entre cada uno de los alumnos. Cuando se analizan algunas de las asignaturas, sorprende (a excepción de la asignatura Estancias clínicas) que sean identificadas como promotoras del aprendizaje de las HC en la ECF. Es probable que el alumno identifique algunas actividades del aula, como la exposición de trabajos o la estimulación por parte de los profesores para participar en los seminarios, como actividades relacionadas con las HC si bien no se trabajan contenidos relacionados con la ECF. Durante la **entrevista** los alumnos valoraron al PS como un método útil para el aprendizaje de HC. Consideramos que esta valoración podría relacionarse con: *el efecto novedad del medio, la falta de experiencia, su participación voluntaria (no sujeta a una evaluación sumativa), la posibilidad de obtener feedback de su entrevista (evaluación formativa) y el hecho de generar aprendizaje.*

#### ► P. INVESTIGACIÓN 3

Al analizar el **impacto de diferentes centros de prácticas** para trabajar las HC, en el centro **Asociación provincial de parálisis cerebral**, la puntuación media asignada por los alumnos (**Encuesta 1**, P.6) fue de 6,92 (1,9). A pesar de las dificultades que entraña la comunicación con muchos pacientes, es probable que una atención más personalizada durante la relación terapeuta-paciente incida en la percepción de los alumnos respecto a su aprendizaje de HC, si bien no se trabajó la ECF. En el **Centro Socio sanitario "Ciutat de Reus"**, el profesor proporciona pautas al alumno acerca de cómo dirigirse a los pacientes (aspectos comunicacionales básicos) relacionados con la CV y con la CNV (**Encuesta 3**). La puntuación media asignada a este centro (**Encuesta 1**, P.6) fue de: 6,67 (1,52), aunque en este centro no se trabaja la ECF. Solo 3 alumnos realizaron prácticas en este centro siendo los datos cuantitativos de poco valor. Los profesores realizan un seminario con los alumnos, en el **Hospital psiquiátrico "Institut Pere Mata"**, acerca de las HC básicas para tratar a los pacientes del centro. La puntuación media asignada a este centro (**Encuesta 1**, P.6) fue de 6,67 (1,52). En este centro no se trabaja la ECF y el tamaño de la muestra (3 alumnos) es escaso

para obtener conclusiones relevantes. Al preguntar por el posible impacto de otros centros de prácticas (**Encuesta 1**, P.7), el centro más citado fue el **Hospital Universitario “Joan XXII de Tarragona”**, si bien en ese centro no se realizan ECF. Es posible que el hecho de tener que tratar con diferentes perfiles biopsicosociales de pacientes y de tener que realizar alguna exploración física, el alumno percibe que trabaja las HC. Si bien de algún modo las trabaja parcialmente, las HC no se evalúan y tampoco se trabaja la ECF de forma específica. En la **Encuesta 1**, P.10, los alumnos afirman que nunca antes de realizar la entrevista al PS habían tenido que “enfrentarse” a solas con el paciente (o realizar una ECF) aunque sea de forma supervisada. Ello confirma el déficit formativo en los centros de prácticas clínicas. *Si a esta situación añadimos que los fisioterapeutas, de los centros de prácticas, no utilizan habitualmente la ECF para obtener el diagnóstico de Fisioterapia, es poco probable que el alumno aprenda a realizar entrevistas clínicas de Fisioterapia.*

#### ➤ PROPUESTAS DE ACCIÓN. Ciclo I (Aplicación de la Propuesta formativa I)

Se propone diseñar una propuesta formativa, para mejorar las habilidades dirigidas a la realización de la ECF, que se concretará en la aplicación de la **Propuesta formativa I**.

La intervención tendrá en cuenta diferentes ámbitos: **organizativo** (adecuación de las infraestructuras y de los recursos), **tecnológico** (incorporación del video y de las e-actividades), **metodológico** (propuesta de metodologías aplicables a nuestro contexto). Teniendo en cuenta los datos obtenidos y las peculiaridades de nuestro contexto, consideramos que es más viable iniciar esta propuesta en el marco de una asignatura troncal (Estancias clínicas), a la que podrán acceder todos los alumnos y donde se impartirán los contenidos básicos. Después de revisar otras intervenciones formativas y de tener en cuenta nuestra propia experiencia, *la propuesta incluirá: la elaboración de un dossier para el alumno, la realización de seminarios, de E-actividades y de entrevistas clínicas a pacientes simulados donde el alumno, tras la visualización de la videograbación, recibirá retroacción, de la calidad del encuentro con el paciente, por parte de los compañeros y del profesor.*

## IV. Ciclo I (2007-2010)

### 5.6.2. Acción: Aplicación de la Propuesta formativa I (Ciclo I)

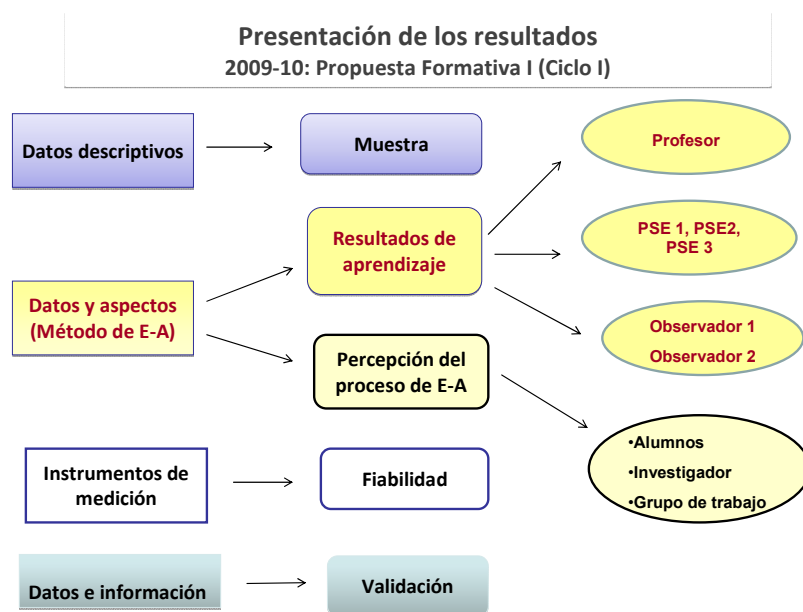


Fig. 33. Esquema presentación de resultados Propuesta formativa I

Mostramos los datos relacionados con la aplicación de la Propuesta formativa I. Para su explicación seguiremos la secuencia de la **Fig.33**.

#### A.1. DATOS DESCRIPTIVOS

Fueron **57 alumnos** los que participaron en el estudio, de los cuales el 24,60% fueron hombres y el 75,40% mujeres. La media de edad fue de 23,5 (2,9) años.

#### A.2. DATOS Y ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MÉTODO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

#### ➤ RESULTADOS DE APRENDIZAJE

El resumen de los datos más relevantes, de acuerdo a los resultados de aprendizaje, se presentarán

siguiendo el esquema de la **Tabla 78**.

<b>TABLA 78</b>		
<b>Evaluación de los resultados de aprendizaje (Ciclo I, P. Formativa I)</b>		
<b>EVALUADOR</b>	<b>INSTRUMENTO UTILIZADO</b>	<b>FOCO DE EVALUACIÓN</b>
Investigador principal	Evaluación de las e- actividades realizadas por los alumnos	Grupo de intervención (GI)
Pacientes simulados (PS)	Escala MAPE 2	
Investigador	Datos generales del encuentro	Grupo control (GC)
Observador 1	Cuestionario CICA	
Observador 2		

El **investigador principal** evaluó las E-actividades realizadas por los alumnos de cada grupo. El GI realizó 6 e-actividades y la nota media del grupo (sobre 10 puntos) fue de 7,8 (2,46). El GC realizó 4 e-actividades siendo la nota media del grupo de 7,75 (2,12).

Los alumnos del GI entrevistaron a 3 pacientes simulados distintos (PS1, PS2, PS3) y los del GC a un solo paciente (PS3). Los alumnos fueron evaluados por el **Paciente simulado** (Escala MAPE 2) sobre un **valor total** de 60 puntos (ver Tabla 65). La **puntuación obtenida por el GI** fue, en el caso del PS1, de 39 (6,75) puntos, en el del PS2 de 44 (5,00) y de 37 (7,5) en la 3ª entrevista (PS3). Los alumnos del GC obtuvieron una puntuación (PS3) de 31 (4,5). Hubo diferencias significativas entre el GI y el GC ( $p < 0,05$ ). Con relación a la **puntuación obtenida, en cada una de las fases** de la entrevista clínica (Escala MAPE 2) sobre 10 puntos, destacamos los siguientes datos: para la **Fase inicial** (cordialidad), la puntuación máxima, dentro del GI, correspondió a la 2ª entrevista (PS2): 8 (1,00). Cuando se comparó, entre los **GI vs. GC**, la puntuación fue superior en el GI: 6,0 (2,0). Para la **Fase de exploración** (escucha activa), la puntuación máxima, dentro del GI, correspondió a la 2ª entrevista (PS2). Cuando se comparó, entre los grupos de intervención y control, la puntuación fue superior en el GI: 6,0 (1,75). Para la **Fase de exploración** (empatía), la puntuación máxima, dentro del GI, correspondió a la 2ª entrevista (PS2). Cuando se comparó, entre los grupos de intervención y control, la puntuación fue superior en el GI: 6,0 (1,0). Para la **Fase de exploración** (contacto) la máxima puntuación, dentro del GI, correspondió a la 3ª entrevista (PS3). Cuando se compararon los



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

GI y GC, la puntuación máxima fue obtenida por el GI: 7,0 (1,0). En la **Fase de resolución** (asertividad) la puntuación máxima, dentro del GI, correspondió a la 2ª (PS2) y a la 3ª entrevista (PS3). Cuando se compararon los GI y GC, la puntuación máxima fue obtenida por el GI: 7,0 (1,0). En la **Fase final** (cierre). La máxima puntuación, dentro del GI, correspondió a la 2ª (PS2) y a la 3ª entrevista (PS3). Cuando se compararon los GI y GC, la puntuación máxima fue obtenida por el GI: 7,0 (1,0). En todos los casos hubo **diferencias significativas entre el GI y el GC** (ver Tabla 66).

En cuanto a los **datos generales del encuentro** (alumno-PS), la entrevista del **GI** que **duró más tiempo** fue la realizada con el PSE1 (13,65 min.). Respecto al **deseo del paciente de ser tratado por el alumno** en sucesivas ocasiones, en el Grupo de intervención, la respuesta afirmativa fue mayor en la 2ª entrevista (100%) y la negativa, fue más importante en la 1ª entrevista (17,8 %). Al comparar ambos grupos, la respuesta afirmativa fue mayor en el Grupo de intervención (96,42%) que en el Grupo control (86,2%). El **grado de implicación del alumno**, en una puntuación de 0 a 10 puntos, en el caso del **GI** fue mayor en la 3ª entrevista 8,07 (1,38). Al **comparar ambos grupos**, los resultados fueron superiores en el **GI**: 8,07 (1,38) respecto al **GC**: 7,5 (1,52).

De la evaluación de cada entrevista, realizada por **2 observadores externos**, mediante el **Cuestionario CICAA**, se obtuvieron **dos resultados**: la **puntuación total** y la **puntuación de cada una de las tareas** descritas en el Cuestionario. Entre los alumnos del **Grupo de intervención**, la **puntuación total** (sobre 54 puntos) más alta correspondió, cuando fue evaluada por cualquiera de los observadores, a la 3ª entrevista (PSE 3). Al comparar ambos grupos: intervención (PS3) y control (PS3), la puntuación más alta correspondió al Grupo de intervención: 43/54 (11,25). **Se observaron diferencias significativas entre el GI y el GC** (para los dos observadores) (ver Tabla 67). Respecto a la **puntuación por tareas**, en el caso de la **Tarea 1** (conectar/puntuación máx.: 12 puntos) en del GI, hubo una **puntuación más alta en la 3ª entrevista** (PS3) cuando fue evaluada por cualquiera de los observadores. Cuando se compararon los resultados, entre ambos grupos (GC vs. GI), la puntuación más alta correspondió al GI, siendo de 10,0/12 (2,75) para el observador 1 y de 10,5/12 (2,0) para el observador 2. En cuanto a la **Tarea 2** (identificar y comprender los problemas: puntuación máx. 28 puntos), dentro del GI, hubo una **puntuación ligeramente más alta en la 3ª entrevista** (PS3) cuando fue evaluada por el 2º observador. Entre ambos grupos (GI vs. GC),

la puntuación más alta correspondió al GI, siendo de 13,5/28 (6,0) para el observador 1 y de 14/28 (7,00) para el 2º. Con relación a las **Tareas 3-4** (acordar y ayudar a actuar: puntuación máx. 14 puntos), hubo una puntuación más alta en la 3ª entrevista (PS3) cuando fue evaluada por el primer observador. Entre ambos grupos (GI vs. GC), la puntuación más alta correspondió al GI, siendo de 13,0/14 (2,00) para el observador 1 y de 12,0/14 (1,0) para el 2º. **Se obtuvieron diferencias significativas entre el GI y el GC** para todas y cada una de las tareas independientemente del observador que evaluara la prueba (ver Tabla 68).

### 7 PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

A continuación se mostrarán los datos más relevantes relacionados con la percepción del proceso de E-A, bajo el punto de vista de los **alumnos**, del **investigador** y del **Grupo de trabajo**. En la **Tabla 79** puede apreciarse cuál es el foco de atención y los instrumentos utilizados para obtener la información.

TABLA 79		Métodos de obtención de la información para el análisis del proceso de E-A (Ciclo I, P. formativa I)
PERCEPCIÓN OBTENIDA DE	INSTRUMENTO	FOCO DE ATENCIÓN
<b>Alumnos (GI)</b>	Encuestas 1, 2, 3 Entrevistas (SFB), vídeo	<b>Impacto del proceso de E-A realizado:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarios</li> </ul>
<b>Alumnos (GC)</b>	Encuesta 4 Entrevistas (SFB), vídeo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E-actividades</li> <li>• Entrevista al PSE                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprensión teórica</li> <li>- Habilidad práctica</li> <li>- Grado de implicación</li> </ul> </li> </ul>
<b>Investigador</b>	Cuaderno del investigador	
<b>Grupo de trabajo</b>	Reuniones de coordinación (audiograbación)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesión de feedback (ver el vídeo de la entrevista)</li> </ul>

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### ► PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A: ALUMNOS (Ciclo I)

#### ↗ IMPACTO DE LAS DISTINTAS METODOLOGÍAS

Para el **GI**, el **dossier** proporcionó a los alumnos las bases teóricas para realizar las ECF, a un 65% les ayudo a realizar las E-actividades y a identificar los posibles errores de los video clips (75%). Los alumnos del **GC** consideraron que el dossier fue un elemento útil: para realizar las E-actividades (75%) y para preparar la ECF (80%). Para el 42,86% de los alumnos del **GI**, **los seminarios** no fueron considerados como elementos de aprendizaje imprescindibles. Para el 57,14% fueron un instrumento de aprendizaje útil aunque el horario de realización no fue el idóneo. Las **E-actividades** ayudaron a dar contenido, y a integrar cada una de las fases de la entrevista clínica de Fisioterapia, a un 45% de los alumnos del **GI** y a un 62,07% de los del **GC**. Para el 85,71% de los alumnos del **GI** el método más importante de aprendizaje, antes de realizar la entrevista con el PSE, tuvo que ver con el **análisis de video clips**. El **GC** no analizó video clips. La actividad relacionada con la **resolución de casos** supuso para el 67,86% de los alumnos del **GI**, un método interesante para anticiparse a situaciones, relacionadas con pacientes, de mayor complejidad. Para un 85,71% de los alumnos del **GI** y para el 24,14% de los del **GC**, el número de E-actividades a realizar fue excesivo.

#### ↗ ENCUENTRO: ALUMNO - PACIENTE SIMULADO (ECF)

Presentamos un resumen de la información relacionada con la percepción del alumno respecto a: la **comprensión teórica** de la ECF, las **habilidades** para realizar la ECF, su **implicación** en la realización de cada ECF con los pacientes simulados y la **evolución del aprendizaje** en cada una de las **fases** de la ECF.

#### • EVOLUCIÓN DEL GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ECF

**El grado de comprensión teórica global de la ECF** (sobre un valor máximo de 50 puntos), para los alumnos del **GI**, **mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3)** en 3 puntos. La puntuación del **GI (E3) fue superior [38,5/50 (1,30)] que la del GC (E) [34/50 (1,2)]**, con una diferencia de 4 puntos, siendo las diferencias significativas (ver Tabla 70). **El grado de comprensión**

**teórica, para cada una de las fases de la ECF**, de los alumnos del **GI**, **mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3)** en todas las fases analizadas, a excepción de la Fase de examen físico en la que no hubo variación en la puntuación entre las entrevistas realizadas. La puntuación del **GI (E3) fue superior a la del GC (E)** al analizar los resultados de cada fase, siendo las diferencias significativas (ver Tabla 71).

#### • EVOLUCIÓN DEL GRADO DE HABILIDAD TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ECF

En cuanto a la evolución del **grado de habilidad general para la realización de la ECF** (sobre un valor máximo de 50 puntos), **la habilidad percibida, por los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3)** en 2 puntos. La puntuación del **GI (E3) fue superior a la del GC (E)**, con una diferencia de 5 puntos. Hubo diferencias significativas entre el GI y el GC (ver Tabla 72). **El grado de habilidad percibido, para realizar cada una de las fases de la ECF**, por los alumnos del **GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3)** en la Fase inicial, y en la Fase de cierre de la entrevista. La puntuación del **GI (E3) fue superior** que la del **GC (E)** y las diferencias observadas fueron significativas (ver Tabla 73).

#### • GRADO DE IMPLICACIÓN: ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA (ECF) AL P. SIMULADO

El **grado de implicación de los alumnos** al realizar cada una de las entrevistas, fue en el caso del **GI** de 7,14/10 (1,38) puntos para la 1ª entrevista, de 7,6 (1,25) para la 2ª y de 8,07 (1,38) para la 3ª (PS3). En el caso del **GC**, al entrevistar al PS3, fue de 7,5 (1,52).

#### • FASES Y ASPECTOS DE LA ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA: APRENDIZAJE GENERADO

**FASE INICIAL:** Hubo una **mejora sustancial desde la 1ª entrevista** (el 14,29% de los alumnos no se presentaron adecuadamente) **a la 3ª entrevista en el GI** (el 92% de los alumnos expresaron haber mejorado). Un 37,93% de los alumnos del **GC** no se presentaron ni aclararon su rol de forma correcta.

**FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** En el **GI** hubo una evolución favorable para desarrollar cada uno de los aspectos relacionados con esta fase **desde la 1ª a la 3ª entrevista**. En la 1ª entrevista la anamnesis fue incompleta (50%), el tiempo de dedicación fue insuficiente

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

(39,29%) y la información se recogió de forma desordenada (35,71%). Un 73,08% de los alumnos que realizaron la 2ª entrevista dijo haber mejorado. En la 3ª entrevista hubo una percepción de mejoría del 76%. Un 75,86% de los alumnos del **GC** tuvo dificultades para obtener la máxima información del paciente.

**FASE DE EXPLORACIÓN:** Esta fase generó dudas en los alumnos respecto a si debían realizar la exploración, qué debían explorar y cómo llevarla a cabo. Esta situación se dio en el **GI** durante la 1ª entrevista (57,14%), en la 2ª (30,77%) y en la 3ª (24%). Los alumnos del **GC** mostraron dudas similares en el 58,62% de los casos.

**FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN:** La explicación del diagnóstico de Fisioterapia y la planificación del plan de tratamiento a seguir fue, en el caso del **GI**, insuficiente en un 25% de los casos (1ª entrevista), poco fundamentada y poco concreta en un 19,23% (2ª entrevista) y los aspectos comunicativos mejoraron durante la 3ª entrevista. Un 65,52% de los alumnos del **GC** olvidaron explicar detalles importantes de esta fase.

**FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA:** El **GI** realizó una evolución positiva desde la 1ª a la 3ª entrevista. La 1ª entrevista se cerró adecuadamente en el 39,29 % de los casos, la 2ª en un 61,54% y la 3ª, en el 72%. El 68,97% de los alumnos del **GC** tuvo dificultades para cerrar correctamente entrevista clínica.

**PROPORCIONAR ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA:** El 42,86% de los alumnos del **GI** que realizaron la 1ª entrevista tuvieron dificultades para ordenar la secuencia de cada una de las fases. En la 2ª entrevista tuvieron el mismo problema el 30,77% de los alumnos y en la 3ª, el 24% de los alumnos. Un 68,97% de los alumnos del **GC**, tuvo dificultades para estructurar cada una de las fases de la ECF.

**ESTABLECER Y CONSTRUIR LA RELACIÓN CON EL PACIENTE:** Desde la 1ª a la 3ª entrevista del **GI** hubo una mejoría gradual en cuanto al uso de las habilidades comunicativas verbales y no verbales tales como: el contacto visual con el paciente, las interrupciones, el ritmo de la entrevista, el uso de facilitadores, de silencios, de silencios disfuncionales, de parásitos, etc. Los alumnos del **GC** tuvieron dificultades similares a los alumnos del **GI**, durante la 1ª entrevista.

En cuanto a la capacidad para prestar la atención suficiente al punto de vista del paciente, para

responder a sus preguntas y para aprovechar las oportunidades empáticas, hubo una evolución similar, a las analizadas anteriormente, desde la 1ª a la 3ª entrevista, observándose una mayor dificultad en los alumnos del **GC**.

#### • IMPACTO DEL ESCENARIO (PACIENTE SIMULADO Y VÍDEO) Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE

Durante la 1ª entrevista (**GI**) el **escenario** condicionó la conducta a un 51,72% de los alumnos debido a la presencia del vídeo, hecho que provocó una dificultad para controlar los nervios. En la 2ª (28,5%) y en la 3ª (10%). Para el GI la situación de simulación facilitó el aprendizaje (85%) y en el caso del **GC** en un 50%. Un 85% de los alumnos dijo implicarse más por haber participado en una experiencia muy creíble.

Para un 92,86% de los alumnos del GI **el vídeo** facilitó el proceso de *observación* y, **la sesión de Feedback** el de *reflexión*. El mismo porcentaje de alumnos dijo haber aprendido durante las sesiones de Feedback de los aciertos y errores propios y de los compañeros. La **implicación de los alumnos del GI fue progresiva** desde la 1ª a la 3ª entrevista y en un elevado porcentaje de alumnos la entrevista con el PS fue vivida como una **experiencia real** o muy próxima a la realidad (27,59% en la 1ª, 57,69% en la 2ª y 75,86% en la 3ª entrevista).

#### ► PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A: INVESTIGADOR

Presentaremos los datos (percepción del investigador) relacionados con el dossier, los seminarios, las e-actividades, las entrevistas al PS y las sesiones de Feedback, a partir de dos fuentes de información: las videograbaciones de las sesiones de Feedback y el cuaderno del investigador.

#### ↗ IMPACTO DE LAS DISTINTAS METODOLOGÍAS

El **dossier** jugó un papel de soporte útil para la realización de las E-actividades y para la realización de las entrevistas clínicas. Su lectura y comprensión fue necesaria para realizar las E-actividades. El **seminario** fue diseñado para reforzar, mediante ejemplos, los aspectos básicos de la comunicación y la dinámica de cada una de las fases de la ECF. Faltó generar *más implicación* en los alumnos, *mejorar los horarios* y superar las *ideas preconcebidas* de los alumnos respecto a centrar la

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

entrevista en la exploración y en el diagnóstico. Los contenidos se trabajaron de una forma más dinámica en el **GI** y mediante la clase magistral en el **GC**. Con relación a las **E-actividades**, en el **GI** tuvieron más aceptación, las relacionadas con el análisis de los video clips, en segundo lugar el análisis de casos y en último lugar, la resolución de aspectos conceptuales. En el **GC**, tuvo mayor aceptación el análisis de casos que la resolución de aspectos conceptuales. El cronograma estuvo más comprimido para el GI que para el GC. Los alumnos del GI realizaron más E-actividades y en algún momento éstas fueron excesivas, aunque este hecho no afectó a la implicación real de los alumnos a la hora de realizarlas. Dentro de las E-actividades, las que generaron más dudas fueron los análisis de casos. El investigador considera que esta actividad estimuló el proceso de reflexión. En cuanto a las **entrevistas clínicas con los PS**, el investigador se planteó como objetivos de aprendizaje: saber estructurar la entrevista, dar contenido a cada fase, detectar los errores básicos y construir la relación con el paciente. En la *primera entrevista* (PS1) los alumnos del **GI** empezaron a tomar consciencia de las dificultades, *en la 2ª* (PS2) intentaron corregir los errores pero se detectaron de nuevos y *en la 3ª* (PS3), una vez aprendidos los aspectos básicos surgieron dudas relacionadas con aspectos de mayor complejidad (la actitud ante el dolor, el manejo de la CV y de la CNV, la asertividad, etc.). Los casos clínicos de los PS tuvieron una dificultad progresiva desde el 1º al 3º, sin embargo para algunos alumnos, el tercer paciente fue más difícil de gestionar pues requería un plus de habilidades comunicativas que todavía no se habían adquirido. El **GC** realizó una única entrevista al PS3 y en general, los alumnos tuvieron las mismas dificultades de los alumnos que entrevistaron al PS1. Los alumnos el GC tuvieron 2 dificultades añadidas: el perfil peculiar de la paciente y el no haber aprendido a detectar los errores de cada fase, pues no analizaron video clips. Durante las **sesiones de retroacción** hubo una evolución positiva desde la 1ª a la 3ª entrevista (GI) en cuanto a saber cómo **estructurar la entrevista** y cómo dar contenido a cada una de las fases. El hecho de **querer delimitar claramente cada una de las fases** durante el encuentro con los PSE, hizo que los encuentros fueran menos espontáneos durante la 1ª entrevista y algo más fluidos durante la segunda y la tercera. Desde la 1ª entrevista se tuvo que luchar contra los hábitos adquiridos durante la carrera. Es decir, a que el alumno no centrara el **foco de atención**, únicamente en la **exploración física** y más en el fondo (qué información se obtenía) y en la forma (cómo se obtenía). En general los alumnos “huían” del análisis biopsicosocial del paciente, por la falta de experiencia, y se sentían más cómodos con el análisis de los problemas físicos. Hubo una dificultad notable para progresar en la **realización de las preguntas**, durante la anamnesis, de más abiertas a más cerradas. Por este motivo se perdió mucha información del paciente. Este problema

mejoró ligeramente desde la 1ª a la 3ª entrevista. El alumno tuvo más dificultades para tomar conciencia del déficit de **habilidades comunicativas no verbales** que de las habilidades verbales. En este sentido, el video ayudó a percibir con mayor claridad aspectos de la comunicación que quizás nunca antes habían sido visualizados por cada alumno. Los alumnos que mostraron un mayor grado de implicación **lograron conectar mejor con el paciente**, si bien el perfil de los pacientes (distinto en los 3 casos) requería utilizar habilidades distintas. No fue hasta la 2ª entrevista (PS2) que el alumno tomó conciencia del uso de un lenguaje, demasiado técnico, que podía resultar incomprensible para el paciente. Durante el desarrollo de las sesiones grupales el **apoyo del video** fue esencial para poder generar aprendizaje a partir de la observación, de la participación y de la reflexión. Los *inconvenientes del video* fueron, para una gran parte de los alumnos, el hecho de condicionar su espontaneidad y el hecho de sentir nervios durante el desarrollo de la entrevista. A pesar de ello, hubo una tendencia progresiva a disminuir la importancia de su presencia conforme los alumnos realizaron más entrevistas. Las **sesiones grupales** de retroacción fueron claramente más provechosas para aquellos alumnos que tuvieron un **mayor grado de implicación**. La gran mayoría de alumnos, del **GC**, destacó la importancia de las sesiones grupales para identificar los posibles errores y para generar aprendizaje a partir de la observación, el análisis y la reflexión, si bien destacaron la necesidad de realizar más entrevistas para mejorar sus habilidades. *Bajo nuestro punto de vista el alumno tenía poco criterio para "evaluar" las entrevistas de sus compañeros*. En este sentido debe introducirse, en sucesivas intervenciones, algún método que proporcione una estructura sólida sobre la que generar aprendizaje durante el análisis de las entrevistas.

#### ► PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A: GRUPO DE TRABAJO

El investigador se reunió al inicio y al final de la aplicación de la propuesta formativa I con la finalidad de generar, a partir del análisis y de la reflexión, la validación del proceso realizado y la propuesta de recomendaciones para la puesta en marcha del Ciclo II de investigación-acción.

#### ↗ RECOMENDACIONES

En cuanto a la **organización** de la Propuesta formativa I, se propone *modificar los horarios de los*



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

*seminarios y mejorar el cronograma de las prácticas* clínicas de los alumnos para evitar el solapamiento con la realización de las **entrevistas a los pacientes simulados**. Se recomienda, para evitar tempos muertos en los que el PS no realiza ninguna entrevista, convocar a 6 alumnos por hora en lugar de 4 y que éstos acudan con 30 minutos de antelación. En cuanto a la **recogida de datos**, durante la **realización de las entrevistas**, debe mejorar la disposición de las cámaras (pues ayudará a registrar aspectos de la comunicación no verbal con más claridad) y el ajuste del registro de la voz. El proceso de captura y digitalización, de las videograbaciones, fue muy laborioso hasta tal punto que afectó al cronograma de los alumnos convocados a las sesiones de Feedback. Se propone buscar apoyos para gestionar este proceso. En cuanto a la **metodología utilizada** el Grupo de trabajo recomendó no realizar grandes modificaciones en el dossier, pero sí introducir alguna modificación en el modo de organizar la información y en el planteamiento de los seminarios. Se propuso mantener (Grupo de intervención) la **metodología del seminario** basada en la explicación de las distintas fases de la entrevista, pero se recomendó dar más énfasis a la correlación entre la obtención de la información (durante la entrevista clínica) y el proceso de **razonamiento clínico**. Con relación a las **E-actividades**, se propuso: disminuir el número de e-actividades a realizar, suprimir la resolución de aspectos conceptuales de la entrevista e intercalar en el análisis de los video clips, aspectos relacionados con la comunicación no verbal. Con relación a los **pacientes simulados**, se propuso rediseñar algunas secuencias relacionadas con la interpretación de cada caso y que pudieran proporcionar feedback al alumno al final de cada entrevista. Respecto a la **sesión de retroacción** se recomendó buscar una guía para que los alumnos pudieran hacer un check list de cada entrevista que les ayudara, durante el proceso de observación, a detectar los aspectos más relevantes que se comentarían durante la sesión.

### A.3. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN: DATOS RELACIONADOS CON LA FIABILIDAD Y CON LA VALIDACIÓN

#### ► DATOS RELACIONADOS CON LA FIABILIDAD

Se resumen los datos relacionados con la Fiabilidad de la Escala CICAA, donde 2 observadores externos evaluaron la entrevista de cada alumno. Para ello se analizará el **nivel de consistencia interobservador** mediante el índice de Kappa. Analizaremos el nivel de consistencia logrado para

cada entrevista (PS1, PS2 y del PS3) y para cada una de las tareas de la Escala CICAA. Con relación a la **Tarea 1 (conectar)** solo se obtuvieron 2 valores de consistencia débil ( $k=0,21$  a  $0,40$ ), en la 2ª entrevista. Para el resto de valores en todas y cada una de las entrevistas el valor alcanzado fue de aceptable ( $k>0,4$ ) al máximo nivel ( $k=1$ ). La 3ª entrevista en la que los alumnos del GI y del GC entrevistaron al PS3 la mayoría todos los valores, excepto uno, alcanzaron un nivel de consistencia bueno ( $k>0,6$ ). En cuanto a la **Tarea 2 (identificar y comprender los problemas)** se obtuvo 1 valor de consistencia débil en la 2ª entrevista. El resto de valores alcanzados supero el nivel de consistencia aceptable ( $k>0,4$ ). En la 3ª entrevista todos los valores (excepto 1) obtuvieron un nivel de consistencia bueno ( $k>0,6$ ). En las **Tareas 3-4 (Acordar y ayudar a actuar)**, se obtuvieron 3 valores de consistencia débil en la 2ª entrevista. El resto de valores alcanzados para todas las entrevistas superó el nivel de consistencia bueno ( $k>0,6$ ).

#### ► DATOS RELACIONADOS CON LA VALIDACIÓN

Con relación a la **credibilidad** el investigador observó y registró los aspectos relacionados con el diseño y la aplicación de la Propuesta formativa I en el cuaderno del investigador. Para hacer posible la triangulación se han combinado diferentes métodos de recogida y de análisis de datos para dar mayor validez al proceso realizado. La recogida y el análisis de material de referencia (video grabaciones y audiograbaciones) ha ayudado a interpretar los resultados obtenidos. Respecto a la **transferibilidad**, consideramos que los datos obtenidos pueden ayudar a definir las propuestas de mejora para la aplicación del Ciclo II de investigación-acción. A su vez, la experiencia realizada podría ser aplicable a alumnos de las Ciencias de la Salud realizando ligeras adaptaciones, pues el volumen de información recogida permite contextualizar la experiencia en otros escenarios. En cuanto a la **dependencia**, se han buscado instrumentos para analizar la consistencia de los resultados cuantitativos (índice de Kappa). En cuanto a los de tipo cualitativo, se han realizado reuniones de validación para examinar el proceso seguido, por parte del Grupo de trabajo y por parte del tutor de la investigación.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

### B. INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS (P. FORMATIVA I, CICLO I)

En este apartado se interpretarán: las afirmaciones o resultados principales y su relación con la validación.

#### ▶ RESULTADOS: RELACIÓN CON LOS DATOS OBTENIDOS Y CON SU VALIDACIÓN

##### Fase diagnóstica (Ciclo I)

- **Los alumnos mostraron dificultades para manejar las HC al realizar la entrevista clínica de Fisioterapia.**

*Diferentes métodos de análisis nos proporcionan indicios o confirmaron esta afirmación:* la percepción del paciente simulado (Escala MAPE 2), respecto al deseo de ser tratado de nuevo por los alumnos, obtuvo un resultado afirmativo para el 55% de los alumnos y negativo para el 45%. Los resultados de la puntuación media total de la Escala MAPE 2 de 33,95/60 (7,46) y del Cuestionario CICAA de 19/58 (10,59) para el observador 1 y de 20,3/58 (9,83) para el observador 2.

Cuando se analizaron los vídeos de las entrevistas realizadas, y se les preguntó a los alumnos, por las dificultades observadas, éstos mostraron *más habilidades para realizar la exploración y más dificultades para estructurar la entrevista, establecer la relación con el paciente y para aplicar las habilidades de comunicación en cada una de las fases.* El hecho de enfrentarse a una situación nueva y de tener que superar dificultades (no trabajadas anteriormente) hizo que en un elevado porcentaje de casos, los alumnos mostraran nervios e inseguridad al realizar la entrevista.

- **Las dificultades para manejar las HC tienen que ver, bajo nuestro punto de vista, con:**
  - **La estructura del currículo.**

Diferentes preguntas de la **Encuesta 1 (opinión de los alumnos)** tiene que ver con esta afirmación. Al analizar los resultados de la **P. 3**, el 65% de los alumnos consideró haber recibido **formación suficiente en HC** durante la carrera y el 35% no. Al solicitar la justificación de la

respuesta, los que contestaron que sí también comentaron que la formación proporcionada fue insuficiente, alejada de la realidad o poco práctica. Para los que contestaron negativamente, la formación fue escasa y basada en conceptos teóricos. En la **P.4, el nivel de HC adquiridos durante la carrera** obtuvo un resultado de 5/10 (1,53) puntos. Muchos alumnos no tenían una idea precisa del concepto de HC, pues para algunos tenía más que ver con el qué (la recogida de datos y la exploración) que con el cómo (aspectos de la comunicación verbal y no verbal aplicados al desarrollo de la ECF, a su estructura o a saber establecer la relación con el paciente). En la **P.10 (comentarios o sugerencias)**, la mayoría de los alumnos insistió en la necesidad de incrementar las estrategias formativas en HC. En la **entrevista** realizada por el investigador después de que cada alumno viera el video de su entrevista (con el PS), casi el 100% de los alumnos afirmaron no haberse enfrentado nunca antes a una experiencia similar, es decir estar a solas con un paciente y asumir la responsabilidad de llevar a cabo una entrevista. Para el investigador, los nervios y la inseguridad de los alumnos tuvo más que ver con el hecho de no saber gestionar la entrevista con el paciente que con el estrés asociado a los posibles resultados de la evaluación, pues en este caso la evaluación fue únicamente formativa. Pocas asignaturas del currículo, incluidas bajo la tipología de asignaturas analizadas, tuvieron bajo el punto de vista de los alumnos (**Encuesta 1**), de los profesores (**Encuesta 2**) y del investigador (**Entrevista realizada a los alumnos**) un impacto real sobre la formación en HC para la ECF. En este sentido las únicas asignaturas con contenidos en HC eran optativas y estaban acotadas en número de alumnos. Además, en ninguna de ellas se analizaban aspectos de la comunicación verbal o no verbal o se trabajó la entrevista clínica en profundidad. Cuando se les pregunto a los alumnos (**Encuesta 1**) por la existencia de otras asignaturas (en las que se trabajaran las HC) la respuesta fue dispersa y no pudieron extraerse conclusiones de interés.

Bajo el punto de vista de los profesores (**Encuesta 3**), de los alumnos (**Encuesta 1**) y del investigador (**Entrevista a los alumnos**) no se identificó ningún centro de prácticas en el que los alumnos tuvieran la oportunidad de realizar entrevistas clínicas completas, tal y como se entiende el concepto clásico de entrevista clínica. A lo sumo se recogía una parte de la información del paciente y se le exploraba, pero en raras ocasiones se llevaba a cabo todo el proceso. Cuando se les pregunto a los alumnos (**Encuesta 1**) por la existencia de otros centros de prácticas clínicas en los que se trabajaran las HC para la ECF, las respuestas no permitieron extraer conclusiones de interés por su dispersión.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

##### - **La dinámica de los centros de prácticas respecto a la obtención del diagnóstico de Fisioterapia.**

Puesto que hasta hace poco tiempo no se aceptaba el diagnóstico de Fisioterapia como una parte del proceso de obtención de la Historia del paciente (y como una parte importante del razonamiento clínico para decidir el tratamiento a realizar por el fisioterapeuta), *existen pocos centros de prácticas clínicas en los que los Fisioterapeutas realicen esta actividad o en los que se hayan habilitado espacios para este fin*. Sin embargo es una práctica mucho más habitual en los centros de atención privada. Los alumnos no realizan prácticas en centros privados y por tanto es poco probable que puedan realizar entrevistas de forma normalizada a lo largo de la carrera. Teniendo en cuenta que *una de las salidas profesionales, con mayor probabilidad de inserción laboral, se produce en el ámbito del ejercicio libre de la Fisioterapia, el alumno debería haber adquirido la competencia suficiente en HC para la realización de la ECF*.

El proceso de validación de los datos obtenidos, en la Fase diagnóstica, se efectuó mediante la triangulación de la información obtenida de las encuestas realizadas a alumnos y a profesores y de la entrevista realizada a los alumnos.

#### Aplicación de la Propuesta Formativa I (Ciclo I)

##### ➤ **RESULTADOS DE APRENDIZAJE**

- **La calificación de las E-actividades** (puntuación media) obtenida por los alumnos del GI fue de 7,8 (2,46) y de 7,75 (2,12) para el GC. *No es posible la comparación de resultados porque ambos grupos realizaron actividades diferentes, pero podemos afirmar que el grado de realización y de implicación en las mismas, fue bajo el punto de vista del investigador alto*. Hubo un declive, en cuanto al grado de implicación en el caso del GI, en la realización de las 2 últimas actividades asociado al hecho de que los alumnos tenían que realizar, además de las E-actividades, prácticas clínicas y clases teóricas en un reducido periodo de tiempo.
- **Los alumnos del GI obtuvieron mejores resultados que el GC, en relación al manejo de las HC para realizar la ECF, cuando fueron evaluados mediante instrumentos**

**diseñados para tal fin.** Al comparar los resultados, de la **Escala MAPE 2, entre el GI y del GC al entrevistar al PS3, la puntuación fue superior en el GI [37/60 (7,5)] respecto al GC [31/60 (4,5)] siendo las diferencias entre ambos grupos significativas ( $p \leq 0,05$ ).** Cuando se compararon los resultados de ambos grupos en relación a cada una de las **fases y ítems de la entrevista** (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad y cierre) **las puntuaciones siempre fueron superiores en el GI, observándose diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) en todos los casos.** Al analizar las puntuaciones de cada ítem del GI, la máxima puntuación fue obtenida para el ítem de cordialidad en la 2ª entrevista, para el de escucha activa y empatía en las 2 primeras entrevistas, para los ítems de contacto, asertividad y de cierre en la 2ª y en la 3ª entrevista. Esta diferencia (ítems de cada una de las fases), podría relacionarse con las dificultades del alumno para tratar con los distintos perfiles de los pacientes entrevistados. Respecto al **deseo del paciente de ser tratado por cada alumno** en sucesivas ocasiones, *los resultados fueron ligeramente más altos para el GI (96,4%) que para el GC (86,2%).* Los datos de la Escala MAPE 2, nos aportan una información proporcionada por el paciente, que nos acercan a la realidad si bien la escala no está validada.

Al comparar los resultados del **Cuestionario CICAA** entre el GI y el GC, **la puntuación total más alta correspondió al GI [43/54 (11,25)], observándose diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0,05$ ).** Los resultados obtenidos fueron superiores, en el GI respecto al GC, para todas las tareas (conectar, identificar y comprender los problemas, acordar y ayudar a actuar) y se observaron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p < 0,05$ ) cuando fueron evaluadas por cualquiera de los 2 observadores. Cuando se compararon los resultados dentro del GI, las puntuaciones obtenidas para cada tarea fueron superiores en la 3ª entrevista (excepto en la Tarea 2 cuando fue evaluada por el observador 2). Bajo nuestro punto de vista hubo, desde la 1ª a la 3ª entrevista una evolución positiva en el manejo de las HC que se relaciona con los datos obtenidos. Los datos del Cuestionario CICAA han sido obtenidos a partir de un instrumento validado y fiable. En este sentido, **los resultados obtenidos tras la aplicación del índice de Kappa** (test de fiabilidad o de concordancia interobservador) **muestran un nivel de consistencia bueno ( $k > 0,6$ )** para la gran mayoría de cuestiones, incluidas en cada tarea, en las 3 entrevistas analizadas.

La puntuación media total obtenida, para los distintos aspectos evaluados, mediante la **Escala**

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**MAPE 2 y el Cuestionario CICAA**, durante la **Fase diagnóstica** (Ciclo I) **fue inferior a la puntuación obtenida tras la aplicación de la Propuesta formativa I** (Ciclo I) en la 3ª entrevista de los alumnos del GI. Del mismo modo, la percepción del paciente respecto al deseo de continuar el tratamiento con los alumnos entrevistados, fue inferior. *Esto nos lleva a pensar que los cambios observados son coherentes con la percepción de cambio expresada por el investigador.*

#### ➤ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA – APRENDIZAJE

- **La metodología utilizada, para facilitar el aprendizaje, fue valorada positivamente por los alumnos de ambos grupos aunque de forma desigual en función de los medios utilizados.**

El **material de soporte** (dossier) **facilitó, en el GI, la realización de las E-actividades**, relacionadas con la revisión de aspectos conceptuales a un 65% de los alumnos y a realizar el **análisis de vídeo clips** (identificación de los errores más habituales de cada una de las fases de la ECF) a un 75% de los alumnos. Para Los alumnos del **GC** el dossier fue un elemento útil: para realizar las **E-actividades** (75%) y para **preparar la ECF** (80%). Bajo nuestro punto de vista el dossier permitió definir las bases teóricas para proporcionar un mayor dinamismo a los seminarios y para ser utilizado como una herramienta de consulta (estructura de la entrevista, descripción de los errores más habituales, habilidades de comunicación básicas, etc.).

Para un 45% de los alumnos del GI los **seminarios** podrían ser prescindibles y, para el 55% útiles, pues tomaron consciencia de los posibles errores de cada una de las fases de la ECF, pero modificando el horario. El diseño de las sesiones en dos partes, la primera de revisión de aspectos conceptuales y la segunda de resolución de problemas (con relación a cada Fase de la ECF), ayudaron a que el alumno se familiarizara con los objetivos y con la dinámica de la entrevista. Sin embargo el nivel de implicación de los alumnos, asociado al día y a los horarios asignados, no permitió extraer el máximo rendimiento de los mismos. **Las ideas preconcebidas del alumno, respecto a la finalidad de la entrevista, supusieron una dificultad añadida pues les costó correlacionar la habilidad para obtener y para estructurar la información con el proceso de razonamiento clínico y con la obtención del diagnóstico de Fisioterapia.**

Respecto a las **E-actividades**, la parte dedicada a la **revisión conceptual** ayudó al 45% de los alumnos del GI y al 60% del GC a saber dar contenido a cada una de las fases de la ECF cuando entrevistaron a los PS. Para el 85% de los **alumnos del GI**, el método más importante para su aprendizaje, antes de realizar la ECF, tuvo que ver con el análisis de video clips. La **resolución de casos** ayudo al 65% de los alumnos del GI a anticiparse a situaciones de mayor complejidad. Para el 87% de los alumnos del GI, el **número de actividades a realizar fue excesivo**. Esta opinión fue compartida por el 25% de los alumnos del **GC**. Para los alumnos el mayor inconveniente de su realización tuvo que ver con el número excesivo de actividades a realizar y con el hecho de tener que revisar aspectos conceptuales que ya se encontraban en el dossier. **La resolución de casos y el análisis de video clips fueron percibidos de un modo más positivo y útil, pues de algún modo acercaban más al alumno a la práctica real.**

En cuanto a las **entrevistas con los PS**, los alumnos percibieron acercarse a una **experiencia casi real**, siendo esta percepción superior en la 2ª entrevista (57,14%) y en la 3ª entrevista (75%). Los **nervios** (y la videograbación) jugaron un papel de dificultad en la 1ª entrevista (50%), en la 2ª (28,5%) y en la 3ª (10%). Para el **GI** la situación de simulación facilitó el aprendizaje (85%) y en el caso del **GC** en un 50%. Un 85% de los alumnos (GI) dijo implicarse más por haber participado en una experiencia muy creíble.

La realización de entrevistas a los pacientes simulados permitió crear un escenario controlado para facilitar el aprendizaje. **Los alumnos que más se implicaron obtuvieron más feedback durante las sesiones grupales y probablemente más posibilidades de aprendizaje.** Las entrevistas fueron menos espontáneas durante la 1ª entrevista y algo más fluidas entre la 2ª y la 3ª entrevista, pues la novedad de la situación o la presión del escenario (videograbación) fueron decreciendo desde la 1ª a la 3ª entrevista. **Una de las dificultades a superar tuvo que ver con el hecho de que los alumnos centraran su energía en la exploración física y no en la obtención y en la selección de la información, acorde al proceso de razonamiento clínico.** Por otra parte cuando tuvieron que entrevistar a un paciente con un perfil biopsicosocial algo más complejo (3ª entrevista), se observó en algunos casos una sensación de desconcierto.

En cuanto a las **sesiones de Feedback**, para el 92% de los alumnos del GI, **el vídeo facilitó el**



#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

**proceso de observación y la sesión de Feedback, el de reflexión.** El 92% de los alumnos dijo haber aprendido de los aciertos y errores propios y de los de sus compañeros del grupo tras la entrevista con el PS1. En la 2ª y en la 3ª entrevista, el 100% de los alumnos (**GI**) valoró la observación de los videos como un instrumento de aprendizaje muy útil. Para los alumnos del **GC** los métodos que generaron más aprendizaje, además de la entrevista con el PS, fueron la visualización del video y su participación en las sesiones de Feedback (75%). **Bajo nuestro punto de vista las sesiones grupales de Feedback, con el apoyo del video, son un medio muy útil para facilitar el aprendizaje a partir de la observación, de la puesta en común y del proceso de reflexión generados en el aula.** Sin embargo, el hecho de que las dificultades fueran puestas en común y se evidenciaran con ejemplos plausibles, no garantizó que en sucesivas entrevistas se repitieran errores similares. Las dificultades observadas, de forma más habitual, tuvieron que ver con: *la necesidad de estimular la participación activa de los alumnos, la comprensión de la correlación entre el manejo adecuado de las habilidades comunicativas y la calidad de la información obtenida, el saber relacionar la información obtenida con las bases teóricas y con el diagnóstico de Fisioterapia.* Estas dificultades desalentaron a más de un alumno, pues la evolución del proceso de aprendizaje fue más lento y complejo de lo que en un principio cabría esperar.

- **Los alumnos del GI obtuvieron, bajo su punto de vista, ligeros cambios en el grado de comprensión teórica y una mejoría en el manejo de las habilidades para realizar la ECF.**

**La puntuación del grado de comprensión teórica total de la ECF** (siendo el valor máximo de 50 puntos) **del GI fue superior a la del GC** aunque no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos ( $p > ,05$ ). Cuando se valoró el **grado de comprensión teórica parcial, para cada una de las fases de la ECF, la puntuación del GI fue superior que la del GC al analizar los resultados de cada fase**, pero solo se obtuvieron resultados significativos ( $p \leq ,05$ ) para la *Fase de recogida de la información*. La percepción de la comprensión teórica varió entre ambos grupos, pero de un modo muy sutil, en realidad el material proporcionado a ambos grupos de alumnos fue idéntico y bajo el punto de vista del investigador el grado de comprensión teórica de una materia que no fue evaluada tuvo un interés relativo para los alumnos.

**El grado de habilidad general percibido por los alumnos, para realizar la ECF (sobre un valor total de 50 puntos) fue superior en el GI que en el GC en 5 puntos. Hubo diferencias significativas entre el GI y el GC ( $p \leq 0,05$ ). El grado de habilidad percibido, para realizar cada una de las fases de la ECF, fue superior en el GI respecto al GC. Cuando se buscaron diferencias, entre el GI y el GC, se obtuvieron resultados significativos ( $p < 0,05$ ) en todas las fases.** En este caso, *el manejo de habilidades prácticas fue percibido por los alumnos de un modo diferente a la obtención de comprensión teórica.* Los alumnos del **GI** participaron en 3 sesiones de Feedback y realizaron 3 entrevistas. Es posible que la mejora de la seguridad y de la confianza para realizar entrevistas clínicas fuera superior al GC. Si además tenemos en cuenta que el grado de implicación de los alumnos del GI fue progresando en orden creciente desde la 1ª a la 3ª entrevista la percepción podría reforzarse por este motivo. Tal y como hemos comentado a lo largo de las sesiones *hubo aspectos recurrentes en los que costó pasar de la comprensión teórica a la aplicación práctica.* En este sentido dentro del **GI**, *no hubo una mejoría significativa en los alumnos del GI desde la 1ª a la 3ª entrevista en los ítems de recogida de información, examen físico o en la fase de explicación y de planificación.*

## 5.7. Significación

Para desarrollar este apartado se proporcionará la información relacionada con: la comprensión del problema, la relevancia de la información obtenida para la institución, las dificultades para el cambio y las aportaciones de la investigación.

### 5.7.1. Comprensión del problema: evolución en el aprendizaje de los alumnos

- Una vez detectado el déficit formativo de los alumnos (Fase diagnóstica, Ciclo I), la acción iniciada (Propuesta Formativa I, Ciclo I) permitió a los alumnos aprender las bases y las dificultades para saber desenvolverse en la realización de una entrevista clínica. En el caso de los alumnos del GI aprendieron a estructurar la entrevista clínica, a dar contenido a cada una de las fases de la ECF y a aplicar las HC de comunicaciones básicas. *Deberán trabajarse más a fondo los aspectos que tienen que ver con saber establecer la relación con el paciente y con el manejo de las habilidades de comunicación no verbal y verbal.*

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- En nuestro caso *no se trabajó el proceso de integración entre la realización de la ECF y el razonamiento clínico*. Sin embargo esta tarea no pudo abordarse por el hecho de superar los objetivos de nuestra intervención.

##### 5.7.2. Relevancia de la información obtenida para la institución

- Existe un **déficit formativo** asociado a distintos factores (información obtenida de la Fase diagnóstica): *el currículo actual* (escasez de asignaturas que trabajen la ECF y las HC necesarias para su realización), *las características de los centros de prácticas clínicas* (donde apenas se realizan ECF) y *las ideas preconcebidas del alumno* (acerca de la información que debe de obtener del paciente, cómo debería obtenerla y con qué debería relacionarla hasta obtener el diagnóstico de Fisioterapia).
- Existe la **necesidad de incluir** en la nueva propuesta del Plan de estudios de Grado en Fisioterapia, **contenidos realizados en asignaturas troncales que trabajen las habilidades de comunicación y su aplicación a la entrevista clínica de Fisioterapia**.
- A la espera de que se implemente el nuevo Plan de estudios proponemos seguir avanzando en la **mejora de la propuesta formativa I**, donde los alumnos de tercer curso tendrán la oportunidad de mejorar sus habilidades comunicativas.

##### 5.7.3. Dificultades para el cambio

- Las **ideas preconcebidas de los alumnos** acerca de su concepción de la entrevista clínica de Fisioterapia, condicionadas a su vez por la formación curricular recibida hasta el momento.
- La **escasez de oportunidades**, para los alumnos, de poner en práctica su aprendizaje en situaciones reales (prácticas clínicas) asociada a la organización de los centros de prácticas, que hacen difícil aplicar los aspectos aprendidos.

- La **falta de integración de los contenidos** aprendidos en la estructura curricular actual. Este hecho es interpretado por el alumno con una sensación de desconcierto, pues por una parte se le transmite la relevancia de mejorar su aprendizaje en HC pero por otra parte no visualiza su aplicación en la práctica real.

#### 5.7.4. Aportaciones a la teoría a la práctica y a la investigación

##### ❖ Teoría

- **El Paciente simulado estandarizado y el vídeo son métodos con un gran impacto en el proceso de aprendizaje de HC** de los alumnos para manejar la ECF tal y como lo corroboran los datos de nuestra investigación (información obtenida tras la Aplicación formativa I). El PS permite al alumno practicar sus habilidades en un medio seguro y controlado (Ladyshevsky et al., 2000; Pedregal et al., 2004; Lurie et al., 2008). El video ayudó al alumno a identificar los comportamientos y los hábitos susceptibles de mejora respecto a la construcción de la relación terapeuta-paciente (Hulsman et al., 2006; Mazor et al, 2007; Zick, Granieri y Makoul, 2007; Karabilgin et al., 2012).
- **Las Sesiones de Feedback, donde los alumnos podían ver el vídeo de su entrevista, fueron uno de los métodos que generaron más aprendizaje.** Consideramos que si se logra un mayor nivel de implicación de los alumnos y una mejora en la metodología (proporcionando instrumentos que faciliten la observación y el análisis) es posible que mejore su impacto educativo. En este sentido las recomendaciones de Kurtz, Silverman y Draper (2005), Liu (1997), Carvalho et al. (2011), respecto a crear un clima colaborativo, flexible, empático, en el que cada alumno pueda sentirse reconocido en base a sus habilidades particulares pueden ser la base sobre la que pueda mejorar el aprendizaje y se facilite la participación de los alumnos. A su vez, el uso de instrumentos que ayuden a observar los aspectos más relevantes de la entrevista (mediante un check list) harán que las intervenciones sean más fundadas y menos dispersas. Para ello proponemos el uso de la Guía de Calgary-Cambridge (Kurtz & Silverman, 1996) ya que sigue la misma estructura que hemos propuesto en el dossier.

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

- Corroboramos que **el aprendizaje de habilidades comunicativas no es una tarea fácil**. No pudimos abordar en mayor profundidad dos aspectos relevantes, por una parte el proceso de razonamiento clínico y su integración en la entrevista clínica y por otra, el trabajo de las habilidades de comunicación no verbal.

#### ❖ **Práctica**

- Los **seminarios y la realización de E-actividades** pueden jugar un papel de apoyo en el aprendizaje de HC, si bien deben definirse con claridad los contenidos y el método de impartirlos.
- Los alumnos tuvieron **dificultades** para comprender e integrar los siguientes procesos: el de *recogida de la información, el manejo de las habilidades comunicativas, el de razonamiento clínico y el de la obtención del diagnóstico de Fisioterapia*. Probablemente no tuvieron la ocasión de integrar todos estos procesos en ninguna práctica del currículo ni durante la aplicación de la Propuesta formativa I.

#### ❖ **Investigación**

- **La participación de los alumnos en un programa formativo**, para trabajar las habilidades de comunicación y su aplicación a la entrevista clínica de Fisioterapia, en el que realizaron 2 seminarios, e-actividades, 3 entrevistas a PS distintos y la visualización de las mismas, mediante el video, **obtuvo resultados satisfactorios en cuanto a los resultados de aprendizaje** valorados mediante los siguientes métodos: Escala MAPE 2, Cuestionario CICAA, entrevistas y encuestas.

### 5.8. Conclusiones y recomendaciones

A continuación se enumerarán: los efectos de las acciones realizadas, los efectos sobre la formación de los alumnos y los nuevos planteamientos y de las nuevas propuestas de acción.

#### 5.8.1. Efectos de las acciones

- Mejora en la comprensión del problema.
- Mejora en las HC de los alumnos
- Inicio de una intervención educativa destinada a trabajar el déficit de habilidades de los alumnos para realizar la ECF que puede mejorar en las sucesivas intervenciones.

#### 5.8.2. Efectos formativos en los alumnos

- Mejoría en las habilidades comunicativas de los alumnos que fueron corroboradas por: el paciente simulado (Escala MAPE 2), por los observadores externos (Cuestionario CICAA), por los alumnos (entrevista y encuestas), por el investigador (Cuaderno del investigador) y por el Grupo de trabajo.
- Toma de consciencia respecto a las dificultades observadas y a los focos de atención más relevantes comentados en las sesiones grupales de Feedback.

#### 5.8.3. Nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción

- **Modificar la dinámica de los seminarios** (contenidos) y los horarios de realización de los mismos. En cuanto al contenido, proporcionar más elementos de análisis relacionados con la comunicación no verbal. En este sentido se propone realizar sesiones de roleplay (entrevistas clínicas) y análisis de vídeos de entrevistas.
- **Modificar el número de E-actividades a realizar y seleccionar el foco de atención de las mismas** en base a la experiencia observada en el Ciclo I. Se propone realizar 3 E-actividades y replantear las cuestiones relacionadas con los aspectos conceptuales. En este sentido, se propone utilizar videoclips de películas, tomados de youtube o de otras entrevistas realizadas por los alumnos, que permitan observar y analizar estos aspectos en cada una de las fases de la entrevista clínica.
- **Mejorar el entrenamiento de los PS** para que dirijan la interpretación de los casos a los alumnos de Fisioterapia. Los PS solo habían interactuado con los alumnos de Fisioterapia

#### IV. Ciclo I (2007-2010)

---

una o dos veces. Su experiencia formativa siempre se había realizado en el ámbito de los alumnos de Medicina. Se propone utilizar el potencial de los PS como elementos de apoyo a la formación de los alumnos. **En este sentido, al final de las sesiones pueden proporcionar feedback al alumno**, en relación a las habilidades comunicativas, al menos en una de las entrevistas.

- **Mejorar la participación activa de los alumnos en las sesiones de feedback.** Proponemos utilizar la Guía Calgary-Cambridge para facilitar el seguimiento (checklist) y la observación de cada una de las fases de la entrevista y de los aspectos comunicativos de los alumnos.
- **Agilizar el proceso de captura y digitalización de las videograbaciones.** Buscar apoyos institucionales en el Servio de Recursos Educativos de la de la misma universidad.
- Recibir, por parte del investigador, **más formación relacionada con la enseñanza de las HC.** Consideramos que la participación del investigador principal en un curso de especialistas en habilidades de comunicación para las Ciencias de la Salud puede contribuir a mejorar la propuesta formativa de los alumnos.
- Establecer **un consenso, respecto a los criterios**, para valorar la entrevista de los alumnos con el PS (Escala MAPE 2) y con los observadores externos (Cuestionario CICAA).

## CAPÍTULO V. Ciclo II (2010-2013)

Tomando en consideración las propuestas de acción definidas en el informe final del Ciclo I, explicaremos las Fases del Ciclo II desarrolladas durante el curso académico 2010-11 y que tienen que ver con: el **Plan de acción**, la **Acción**, la **Observación** de la acción, la **Reflexión** y la **Redacción del informe**.

### 1. Plan de acción: Propuesta formativa II

En este apartado se tendrá en cuenta la **hipótesis de acción y la reformulación de la acción estratégica** a seguir en relación a dos aspectos: la *formación en habilidades de comunicación* y al *método de investigación – acción* aplicada.

#### 1.1. Hipótesis de acción y formulación de la acción estratégica

Si tenemos en cuenta los planteamientos y las propuestas de acción que se desprenden del Ciclo I, procederemos a **reformular la acción estratégica** en los apartados que aparecen a continuación.

##### 1.1.1. Respecto a la formación en HC aplicadas a la realización de la ECF

Especificaremos las **modificaciones relacionadas con la formación, en HC aplicadas a la obtención de la ECF, de los alumnos**, y que tienen que ver con: la *acción formativa* realizada, con la *implicación* del profesorado y con el *apoyo institucional*.

### ■ ACCIÓN FORMATIVA

Se decide mantener la metodología docente aplicada durante el Ciclo I, para cada uno de los grupos (**GI y GC**), y describiremos las propuestas de cambio que surgen del proceso de análisis y de reflexión (Ciclo I).



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ➤ ¿Qué aspectos deben modificarse, con relación a la metodología docente, que contribuyan a mejorar el proceso de enseñanza - aprendizaje?

Describiremos a continuación los aspectos susceptibles de ser modificados, de acuerdo al informe final del Ciclo I, con relación a: los seminarios, las E-actividades, el PSE y las sesiones grupales de retroacción.

#### ▮ SEMINARIOS

Se propone **cambiar el día de la semana y el horario** utilizados para realizar esta actividad (recordar que en alguna ocasión las clases se realizaban los viernes de 16 a 18h y de 18 a 20h). En relación al **GI**, se suprimirán las clases magistrales y se introducirán dos nuevas actividades: **el análisis de vídeo clips** y las sesiones de **roleplaying (SRP)**. Los alumnos se dividirán en dos grupos (de 14 alumnos) para facilitar la participación y la dinámica de las sesiones.

Mediante las SRP se trabajará la estructura de la ECF y se revisarán las habilidades de comunicación básicas, los errores más habituales y las posibles alternativas. A través del análisis de **vídeo clips**, extraídos de la filmoteca de libre acceso de youtube, se analizarán las habilidades de CV y las de CNV. En cualquiera de las metodologías se fomentará el aprendizaje colaborativo.

#### ▮ E-ACTIVIDADES

Se decide **disminuir el número de E-actividades** a realizar por los alumnos de ambos grupos. Mientras que en el **GC** se mantienen las mismas actividades, en el **GI** se eliminarán las actividades relacionadas con la búsqueda de respuestas a las preguntas conceptuales planteadas. En cuanto al **análisis de vídeo clips, de entrevistas realizadas por los alumnos a distintos pacientes o bien tomados de youtube**, se busca más que identificar posibles errores, profundizar en la *observación* y en el análisis de las *habilidades comunicativas verbales y no verbales*, de acuerdo a cada una de las fases de la entrevista clínica. Se decide mantener la **resolución de casos-problema** y se estimula la participación de los alumnos en

el foro virtual.

### ▣ EL PACIENTE SIMULADO

Se consensuarán los **criterios de evaluación** del alumno, mediante la **Escala MAPE 2**, para evitar los sesgos asociados al hábito (de los PS) de valorar más a menudo las entrevistas de los alumnos de Medicina. Por otra parte se solicitará a los PS que proporcionen **feedback**, a cada uno de los alumnos del **GI**, al finalizar la entrevista durante un tiempo máximo de 10 minutos. Durante este proceso se prestará atención a aquellos aspectos que, bajo el punto de vista comunicativo, se realizaron correctamente y a aquellos que fueron susceptibles de mejora. Los alumnos recibirán retroacción de al menos una de las entrevistas.

### ▣ LAS SESIONES GRUPALES DE RETROACCIÓN

Tras detectar la dificultad de los alumnos, para concretar qué aspectos de la entrevista podían ser susceptibles de corrección, durante las sesiones de observación y de análisis de cada una de las entrevistas mediante el vídeo, se propone utilizar la **Guía Calgary-Cambridge** (Kurtz y Silverman, 1996), dicho documento puede observarse en el **Anexo 3**. Este instrumento permite, al mismo tiempo que se observa el video, realizar un check list de los aspectos más relevantes de la entrevista clínica. De este modo las aportaciones de los alumnos, durante las sesiones grupales, son más ordenadas, facilitan la concreción y el debate y contribuyen a la elaboración del aprendizaje colaborativo.

### ▣ IMPLICACIÓN DEL PROFESORADO

➤ **¿Qué profesores pueden y aceptan participar en la actividad propuesta?**

### ▣ PROPUESTA A LOS PROFESORES PARA COLABORAR EN LA PUESTA EN MARCHA DEL MÓDULO DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

No se proponen cambios relevantes, respecto a la implicación del profesorado para llevar a cabo la acción propuesta, y colaboran los mismos profesores que participaron en el Ciclo I.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ■ APOYO INSTITUCIONAL

- ¿Qué aspectos deben modificarse, con relación al apoyo institucional, que contribuyan a mejorar la formación de los alumnos y el proceso de investigación-acción?

### ▮ BÚSQUEDA Y CONFIRMACIÓN DE APOYOS INSTITUCIONALES

Aunque se sigue contando con el apoyo institucional, definido en el Ciclo I, se solicita el apoyo del Servicio de Recursos Educativos (SRE) de la misma universidad para facilitar el proceso de **captura y digitalización de las entrevistas y de las sesiones grupales** de retroacción, registradas mediante el vídeo. Por otra parte se solicita el apoyo institucional para ampliar la **formación en habilidades de comunicación**, por parte del investigador principal, en el Instituto de Estudios de la Salud (IES) durante el curso académico 2010-11.

#### 1.1.2. Respecto al método de investigación-acción aplicado

Se tendrán en cuenta las adaptaciones relacionadas con la **acción** (diseño y aplicación de la Propuesta formativa II) y con la **observación de la acción** (método de observación, supervisión y documentación de la investigación-acción).

### ■ ADAPTACIONES: ACCIÓN

En este apartado se especificarán las **modificaciones relacionadas con la acción** y que tienen que ver con: el *cronograma general* de la intervención, la *especificación de tareas* y la *definición de los recursos necesarios y con la confirmación de los recursos disponibles, la preparación de los casos clínicos y el entrenamiento de los PSE*.

- ¿Qué aspectos deberían modificarse para lograr una mejora durante la Fase de acción del Ciclo II?

De cada aspecto que se ha tomado en consideración, definiremos el problema y la posible solución.

## ☐ CRONOGRAMA

### **Problema:**

El retraso en el proceso de captura y digitalización (de las videograbaciones de cada una de las entrevistas) hizo que el cronograma original sufriera alteraciones, hecho que dificultó en algún caso la asistencia de los alumnos a la realización de las sesiones.

### **Solución:**

El hecho de agilizar el proceso de captura y digitalización de las videograbaciones permitirá seguir el cronograma propuesto.

## ☐ ESPECIFICACIÓN DE TAREAS

La única modificación realizada tiene que ver con la inclusión en la Fase IV (Recogida y análisis de datos) de la solicitud de apoyo al Servicio de Recursos Educativos para facilitar el proceso de captura y de digitalización de la información.

## ☐ DEFINICIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS

No hay cambios, ni en la definición de los **recursos necesarios** ni en la confirmación de los **recursos disponibles**. Respecto a los **recursos económicos** se consigue la aceptación de un nuevo proyecto de innovación docente, por parte del ICE, que permite asumir los costes para desarrollar la Propuesta formativa II.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ▮ PREPARACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y ENTRENAMIENTO DE LOS PACIENTES SIMULADOS

Los casos a trabajar son idénticos y los únicos cambios que se producen, tienen que ver con la búsqueda de **consenso para evaluar a los alumnos de Fisioterapia** (mediante la Escala MAPE 2) y con la **definición de criterios para que el PSE proporcione retroacción** a los alumnos al finalizar la entrevista. Para facilitar la comprensión de nuestros objetivos, por parte del PSE, se le solicitará que utilice como referencia los ítems de evaluación de la Escala MAPE 2 (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad, despedida). Se elegirán 6 entrevistas al azar, desarrolladas durante el Ciclo I, y se entrenará al PSE (a través de la observación del vídeo) para que destaque los aspectos realizados correctamente, por parte del alumno, y aquellos que son susceptibles de mejora con la ayuda del investigador.

### ▣ ADAPTACIONES: OBSERVACIÓN DE LA ACCIÓN

En este apartado se especificarán las **modificaciones** que tienen que ver con: el **método de observación**, de **supervisión** y de **documentación de la investigación-acción** (método de recogida, análisis e interpretación de los datos).

➤ **¿Qué aspectos podrían contribuir, durante la observación de la acción, a la obtención de evidencias más sólidas?**

En cuanto a los **métodos y técnicas de recogida de datos** se decide mantener los mismos instrumentos de recogida de datos que en el Ciclo I, si bien se introducen algunas modificaciones. Del mismo modo se han introducido algunas modificaciones en el **método de análisis e interpretación de los datos** que resumimos a continuación.

## ▣ MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

Resumimos en la **Tabla 80** las modificaciones más relevantes.

<b>TABLA 80</b>		
<b>Método de análisis y de recogida de datos (Ciclo II). Modificaciones realizadas respecto al Ciclo I</b>		
<b>Encuesta/ Cuestionario</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Propuesta de modificación</b>
<b>MAPE 2</b>	Evaluación de las HC por parte del PSE	NO
<b>CICAA</b>	Evaluación de las HC (observadores externos)	NO
<b>ENCUESTA 1 (Post Entrevista PSE 1; GI)</b>	Percepción: positiva, negativa, de las dificultades, de los aspectos fáciles y difíciles de gestionar durante la interacción con el PSE. Grado de comprensión teórica y Grado de manejo (práctica) de las habilidades para la ECF.	NO
<b>ENCUESTA 2 (Post Entrevista PSE 2; GI)</b>	Percepción: positiva, negativa, de las dificultades, de los aspectos fáciles y difíciles de gestionar durante la interacción con el PSE. Grado de comprensión teórica y Grado de manejo (práctica) de las habilidades para la ECF. Aspectos de mejora respecto a la 1ª entrevista.	NO
<b>ENCUESTA 3 (Post Entrevista PSE 3; GI)</b>	Percepción: positiva, negativa, de las dificultades, de los aspectos fáciles y difíciles de gestionar durante la interacción con el PSE. Grado de comprensión teórica y Grado de manejo (práctica) de las habilidades para la ECF. Aspectos de mejora respecto a la 2ª entrevista. Aspectos a mejorar al final de la 3ª entrevista. Grado de implicación en cada una de las entrevistas realizadas	NO
<b>ENCUESTA 4 (Post Entrevista PSE 3; GI)</b>	Percepción: positiva, negativa, de las dificultades, de los aspectos fáciles y difíciles de gestionar durante la interacción con el PSE. Grado de comprensión teórica y Grado de manejo (práctica) de las habilidades para la ECF. Otros comentarios	NO
<b>ENCUESTA 5 (Post Entrevista PSE 3; GI)</b>	Grado de influencia, en el aprendizaje de HC, de las distintas metodologías utilizadas. Grado de implicación en el módulo de HC. Realización de actividad de atención al público. Realización de asignaturas que tengan que ver con el aprendizaje de HC.	SI
<b>ENCUESTA 6 (Post Entrevista PSE 3; GC)</b>	Grado de influencia, en el aprendizaje de HC, de las distintas metodologías utilizadas. Grado de implicación en el módulo de HC. Realización de actividad de atención al público. Realización de asignaturas que tengan que ver con el aprendizaje de HC.	SI

## V. Ciclo II (2010-13)

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Resumimos en la **Tabla 81** las modificaciones más relevantes en relación al método de análisis e interpretación de los datos.

<b>TABLA 81</b>		<b>Método de análisis e interpretación de los datos (Ciclo II): Modificaciones realizadas respecto al Ciclo I</b>
<b>Variables creadas</b>	<b>Método de análisis</b>	<b>Propuesta de modificación</b>
<b>Impacto metodologías</b>	Frecuencia y medidas de tendencia central	SI
<b>Grado de implicación módulo</b>	Frecuencia y medidas de tendencia central	SI
<b>Atención al público (actividades)</b>	Frecuencia y medidas de tendencia central	SI
<b>Asignaturas relacionadas con el aprendizaje de HC</b>	Frecuencia y medidas de tendencia central	SI
<b>Resto de variables utilizadas durante el Ciclo I</b>	Los descritos en el Ciclo I	NO

## 2. Acción: diseño y aplicación de la Propuesta formativa II

Teniendo en cuenta la hipótesis de acción, se decide mantener las estrategias y acciones que fueron valoradas positivamente y *se introducen las modificaciones que se sugieren en el informe final del Ciclo I*. La nueva propuesta se ajusta a la definición de un plan, para llevar a cabo la acción y para la recogida de datos, que se expondrán a continuación.

### 2.1. Definición del cronograma general

Mostramos en la **Tabla 82** el cronograma que se ha seguido y las tareas a realizar durante el 2º Ciclo. En la tabla puede observarse la secuencia de tareas realizadas desde el curso académico 2010-11 al curso académico 2013-14.

<b>Tabla 82</b>	<b>Cronograma y especificación de las tareas: Ciclo II</b>																			
<b>CRONOGRAMA</b>	2010-11 (Ciclo II: Plan de acción/acción. P. Formativa II)								2011-12 (Ciclo II)											
	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
Reuniones de trabajo (expertos y colaboradores)																				
Preparación de casos y entrenamiento (pacientes simulados)																				
Confirmación de espacios (Propuesta formativa II)																				
Revisión bibliográfica																				
Entrega del material de soporte para el alumno																				
Acción: Aplicación de la Propuesta formativa II																				
Recogida de datos																				
Análisis de datos																				
Redacción del informe																				
Preparación publicaciones																				
<b>CRONOGRAMA</b>	2012-13								2013-14											
Análisis de datos																				
Redacción del informe																				
Publicaciones																				
Elaboración documento y P. formativa final																				



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### 2.2. Especificación de las tareas

La especificación de las tareas se concretará mediante la definición del **calendario de reuniones y la asignación de tareas**. En cuanto al **calendario de reuniones** se propone realizar, con cada uno de los grupos, una reunión previa al inicio de la aplicación de la acción (P. Formativa II) y una 2ª reunión para recoger las impresiones del proceso realizado (ver **Tabla 83**).

<b>Tabla 83</b>	<b>Calendario de reuniones: Ciclo II</b>	
<b>Fecha/Grupo</b>	<b>Prof. Expertos</b>	<b>Prof. Colaboradores</b>
7/09/2010	x	
8/09/2010		x
10/05/2011	x	
11/05/2011		x

Respecto a la **asignación de tareas**, se sigue la misma distribución de tareas que la aplicada durante el Ciclo I y que consistirá en: el *rediseño de la propuesta formativa*, realizada de forma conjunta con el grupo de trabajo, la *información de la propuesta docente* a los alumnos, la *aplicación de la actividad formativa*, el *proceso de recogida y de análisis de datos* y en la *redacción del informe final*.

### 2.3. Definición de los recursos necesarios y confirmación de los recursos disponibles

Cuando los recursos utilizados sean similares a los utilizados durante el Ciclo I se omitirá la explicación y se prestará más atención a los aspectos que se introduzcan de nuevo. La presentación de los recursos necesarios se realizará en cuatro apartados: **humanos, materiales, tecnológicos y económicos**.

Respecto a los **recursos humanos y materiales** no hubo ninguna modificación relevante. En cuanto a los recursos **económicos** hubo un ligero incremento en la partida económica dedicada a cubrir, entre otros aspectos, el coste de los pacientes simulados, pues el tiempo de dedicación de éstos fue algo mayor al proporcionar feedback a cada uno de los alumnos.

La **Propuesta formativa II** se presentó de nuevo a la convocatoria de proyectos para la innovación docente del ICE y fue aprobada. Esta ayuda económica permitió asumir los costes asociados al pago de los actores, a la adquisición del material de soporte necesario para la aplicación del programa y para el registro de los datos relacionados con la Acción Formativa II (curso académico 2010-11). En cuanto a los **recursos tecnológicos** no hubo modificaciones sustanciales excepto la introducción del programa *Adobe Premiere Pro CS5* por parte del Servicio de recursos educativos (SRE). Este hecho permitió acelerar el proceso de captura y de digitalización del material extraído de las videograbaciones (de las entrevistas y de las sesiones grupales de feedback) y mejorar la calidad de las mismas. Tras definir cada uno de los recursos necesarios se confirmó su **disponibilidad** para su aplicación durante este nuevo ciclo de investigación-acción.

#### 2.4. Preparación de casos clínicos y entrenamiento de los pacientes simulados

La elección de los casos clínicos (tres pacientes diferentes con distintos problemas) fue idéntica a la seguida en el Ciclo I (ver en el **Anexo 3**). Los pacientes recibieron un entrenamiento de 6 horas por caso, si bien se decidió introducir algunas **modificaciones con relación a:**

##### ■ FUENTE DE LA INFORMACIÓN: AUDIOGRABACIÓN DE LAS SESIONES

##### ▮ LA ADECUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS AL PERFIL DE LOS ALUMNOS DE FISIOTERAPIA

Para su adecuación, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos: evitar dar una carga excesiva a la explicación relacionada con el *tratamiento farmacológico*, evitar las *divagaciones en el momento de expresar los síntomas*, reentrenar la *localización y la distribución de los síntomas* (con relación al mapa del dolor), matizar *la influencia de los aspectos psicosociales* en la vivencia del problema y hacer más hincapié en el hecho de pedir a los alumnos, cuando asumen el rol del fisioterapeuta, que *adapten su lenguaje* para facilitar la comprensión del problema por parte de los pacientes.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS ALUMNOS: ESCALA MAPE 2

Durante el Ciclo I, los PS tuvieron la tendencia (a la hora de valorar las entrevistas de los alumnos mediante la Escala MAPE 2) a puntuar a los alumnos de forma muy clara cuando están en los “extremos”, es decir cuando realizaban muy buenas entrevistas o cuando fueron deficientes. Sin embargo las puntuaciones fueron muy homogéneas en la zona “central”. Se les pide a los PS que traten de prestar atención a este hecho, para poder discriminar con mayor claridad qué sucede en el “espacio” que queda entre las situaciones extremas.

### LA EDUCACIÓN DE LOS PACIENTES SIMULADOS PARA PROPORCIONAR FEEDBACK A LOS ALUMNOS

Se definen los aspectos básicos sobre los que el PS deberá incidir en el momento de proporcionar feedback a los alumnos del GI. Para facilitar este proceso los pacientes tomarán como referencia cada uno de los ítems de la Escala MAPE 2, tal y como resumimos en la **Tabla 84**.

<b>TABLA 84 Aspectos a destacar: retroacción del PSE</b>		
<b>FASE</b>	<b>ÍTEM</b>	<b>INCIDIR EN</b>
<b>INICIAL</b>	CORDIALIDAD	Calidad del recibimiento, la apariencia personal.
<b>EXPLORACIÓN</b>	ESCUCHA ACTIVA	Actitud y habilidad relacionada con: el grado de atención, la postura, el contacto ocular, el asentimiento, las interrupciones, el interés, etc.
	EMPATÍA	Predisposición, asociada al lenguaje verbal y no verbal, tratar de entender las preocupaciones y las emociones del paciente.
	CONTACTO	Capacidad para: explicar la maniobra de exploración, prestar atención a las molestias, acomodar al paciente.
<b>RESOLUCIÓN</b>	ASERTIVIDAD	Capacidad para: mostrar seguridad, utilizar un lenguaje adecuado al paciente, utilizar un discurso ordenado, proporcionar mensajes en positivo, dar su opinión sin dejar de ser respetuoso.
<b>FINAL</b>	DESPEDIDA	Capacidad para: cerrar el encuentro, definir el próximo paso, permitir la expresión de dudas o aclaraciones, calidad en la despedida.

## 2.5. Definición de la Propuesta Formativa II

Durante los meses de Julio y de Agosto de 2010 se definió, en base a las sugerencias recogidas durante el Ciclo I, la Propuesta formativa II. Los cambios a realizar se resumen a continuación.

### 2.5.1. Introducción

La Propuesta Formativa II mantendrá la misma denominación (*“Módulo de habilidades de comunicación básicas aplicado a la realización de la ECF”*) y la misma estructura que se utilizó durante el Ciclo I.

### 2.5.2. Objetivos del programa

Se mantienen los objetivos del programa de la Propuesta formativa I, realizada durante el Ciclo I.

### 2.5.3. Contenidos

Con relación a los contenidos, se decide ampliar la información proporcionada para completar aquellos aspectos que no se trabajaron suficientemente durante el Ciclo I y que aparecen en la redacción del informe, como propuestas de mejora. Los contenidos teóricos fueron idénticos para todos los alumnos, no así los contenidos prácticos donde se introdujeron matices que explicaremos más adelante. Para la modificación de los contenidos se ha tenido en cuenta, además de nuestra experiencia, las aportaciones de autores relevantes en el ámbito de la enseñanza de las habilidades de comunicación en las Ciencias de la Salud tales como: Borrell (1989), Kurtz, Silverman y Draper (2005); Silverman, Kurtz y Draper (2005), Clèries (2006), Parry (2009) y Ruíz Moral (2009).

Presentamos a continuación el guion del programa modificado (**Tabla 85**). En el **Anexo 3** puede consultarse una parte del programa y el material de soporte para el alumno.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

<b>TABLA 85. CONTENIDOS DEL PROGRAMA (CICLO II, PROPUESTA FORMATIVA II)</b>	
<b>1.</b>	<b>Introducción</b>
<b>2.</b>	<b>Bases conceptuales</b>
2.1.	Concepto de comunicación
2.2.	Modelos de comunicación
2.3.	Comunicación y Fisioterapia
<b>3.</b>	<b>Habilidades de comunicación básicas: definición y ejemplos</b>
<b>4.</b>	<b>Comunicación verbal y no verbal</b>
<b>5.</b>	<b>Elementos de apoyo para fortalecer las habilidades de comunicación</b>
5.1.	La actitud
5.2.	Las estrategias de facilitación
<b>6.</b>	<b>Guía para la realización de la entrevista clínica</b>
6.1.	Iniciar la sesión
6.2.	Recoger la información
6.3.	Proporcionar una estructura a la entrevista
6.4.	Construir la relación
6.5.	Realizar el examen físico
6.6.	Explicar y planificar
6.7.	Cerrar la sesión

---

### 2.5.4. Metodología

La estructura de la metodología seguida para ambos grupos (intervención y control) es idéntica a la que se siguió durante el Ciclo I aunque decidimos introducir algunas **modificaciones**, durante el Ciclo II, que pueden verse a continuación. Respecto a este apartado solo ampliaremos aquellos métodos que se introdujeron de nuevo y que, en nuestro caso, se aplicaron únicamente al GI.

#### **ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL GRUPO DE INTERVENCIÓN**

Pueden observarse en la **Tabla 86** las actividades realizadas por el **Grupo de intervención**, y las **modificaciones que se han introducido**, con relación a la metodología utilizada.

#### **DOSSIER: MATERIAL DE SOPORTE PARA EL ALUMNO**

Se revisa el material de soporte, proporcionado durante el primer ciclo, y se amplían algunos conceptos tomados de diferentes autores con experiencia docente en la enseñanza

de habilidades de comunicación aplicadas a las Ciencias de la Salud.

<b>TABLA 86</b>		<b>METODOLOGÍA: G. INTERVENCIÓN (Resumen)</b>	
<b>Actividad Ciclo I</b>	<b>Actividad Ciclo II</b>	<b>Dedicación alumno</b>	<b>Observaciones</b>
Sesión informativa	Sesión informativa	1 h	Sin modificación
<b>Entrega del dossier</b>	Dossier con ampliación de contenidos		Con modificación
2 Seminarios	Se realizan 3 seminarios Nuevas dinámicas en la realización de los seminarios: análisis grupal de video clips y role play	6 h	Con modificación
<b>6 E-actividades</b>	Realización de 3 E-actividades. Incentivar la participación en los foros. Análisis de videos: EC en general y refuerzo de las HC no verbales	9 h	Con modificación
Entrevista clínica a 3 PS	El alumno obtiene Feedback del PSE al finalizar la entrevista	3 h	Con modificación
<b>3 Seminarios de Feedback</b> "ver el video de mi entrevista" (3 entrevistas)	3 Seminarios de Feedback El alumno utiliza un checklist (Calgary Cambridge Guide) para analizar las entrevistas	6 h	Con modificación
<b>Tiempo total de dedicación del alumno</b>		25 horas	

## **SEMINARIOS: CAMBIOS INTRODUCIDOS**

Además de explicar los contenidos del módulo de habilidades de comunicación y la metodología a los alumnos, se realizan 3 seminarios de 2 h de duración cada uno. Se busca relacionar la importancia de la comunicación durante la anamnesis y su relación con cada una de las fases de la entrevista clínica mediante los siguientes métodos:

- Observación y análisis de 2 vídeo clips (desde la página web de YouTube), con relación a cada una de las fases de la ECF, con el objetivo de detectar los aspectos realizados correctamente y los errores.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

- Realización de 2 sesiones de **Role play** (entrevista entre 2 alumnos o entre un alumno y el profesor) y posterior análisis de la calidad de la entrevista realizado por el grupo de alumnos con el apoyo de la Guía Calgary Cambridge y del profesor.

### ▮ E-ACTIVIDADES: CAMBIOS INTRODUCIDOS

Las **modificaciones** introducidas fueron las siguientes:

- Disminución del **número de E-actividades** a realizar (de 6 a 3 E-actividades).
- Supresión de las E-actividades relacionadas con la **descripción de los objetivos y de los errores** (de cada fase de la entrevista clínica).
- **Se mantiene el análisis de casos problema y de video clips** pero se busca incidir además en la toma de conciencia, a través de la reflexión, de la importancia de la CV y de la CNV en la relación terapeuta-paciente.
- Se estimula a los alumnos a que **participen de forma más activa** en los foros virtuales para reforzar el aprendizaje colaborativo.

### ▮ OBTENCIÓN DE RETROACCIÓN DEL PACIENTE SIMULADO

Como **novedad**, cada uno de los alumnos de **GI** recibe **retroacción de al menos un PSE**, al finalizar la entrevista, con el objetivo de integrar los aspectos que realizó correctamente y aquellos que fueron susceptibles de mejora.

### ▮ SESIONES DE FEEDBACK: VER EL VÍDEO DE MI ENTREVISTA CON EL APOYO DE LA GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE

Uno de los aspectos que se modifican es la **utilización de la “Calgary Cambridge Guide”** (ver en **Anexo 3**). Cada alumno cumplimenta esta guía durante la sesión. Esto permite que las aportaciones de los alumnos sean más ordenadas y estructuradas, aprovechar mejor el poco tiempo disponible y generar aprendizaje en base a una estructura definida.

■ **ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL GRUPO CONTROL**

No hubo, durante el Ciclo II, cambios metodológicos relevantes en el GC respecto a las actividades realizadas durante el Ciclo I. Resumimos en la **Tabla 87** las actividades realizadas para situar al lector.

<b>TABLA 87</b>		<b>METODOLOGÍA: G. CONTROL (Resumen)</b>	
<b>Actividad Ciclo I</b>	<b>Actividad Ciclo II</b>	<b>T de dedicación (alumno)</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Sesión informativa</b>	Sesión informativa	1 h	Sin modificación
<b>Entrega del dossier</b>	Dossier con ampliación de contenidos		Con modificación
<b>Clases magistrales</b>	Ligeros cambios en la selección de los contenidos teniendo en cuenta las modificaciones introducidas en el dossier.	4 h	Con ligera modificación
<b>3 e-actividades</b>	Realización de 3 e-actividades	8h	Sin modificación
<b>Entrevista clínica a 1 PS</b>	El alumno realiza 1 entrevista	1 h	Sin modificación
<b>1 Seminarios de Feedback "ver el video de mi entrevista"</b>	1 Seminarios de Feedback	2 h	Con modificación
<b>Tiempo total de dedicación del alumno</b>		16 horas	Sin modificación

### 2.5.5. Evaluación

Con relación a la evaluación no se producen cambios sustanciales respecto a los realizados durante el Ciclo I, realizándose una evaluación sumativa, que supone el 25% de la nota final de la asignatura troncal Estancias clínicas, y una evaluación formativa.



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### 3. Observación de la acción

Presentamos la información relacionada con el *método de observación, supervisión y de documentación* de la investigación-acción realizada.

#### 3.1. Método de observación, supervisión y de documentación de la investigación-acción

Describiremos los métodos utilizados para la *recogida de datos* y para el *análisis e interpretación* de los mismos.

##### 3.1.1. Método de recogida de datos

En este apartado se explicarán las características de los *participantes* en el estudio, el *procedimiento* seguido para la recogida de datos y los *instrumentos y técnicas* utilizados para el mismo fin. Cuando la intervención realizada durante el Ciclo II sea coincidente con la efectuada durante el Ciclo I se presentará de forma resumida, en el caso de haber realizado alguna modificación se dedicará una mayor atención a su explicación.

### ■ PARTICIPANTES

Los sujetos que participaron en el Ciclo II fueron 56 alumnos de tercer curso, de la Diplomatura de Fisioterapia (Curso académico 2010-11), de la URV matriculados en la asignatura troncal Estancias Clínicas.

### ■ PROCEDIMIENTO

El procedimiento se adecuó al cronograma y a la especificación de tareas del Ciclo II de investigación – acción.

#### └ Explicación de la propuesta formativa a los alumnos y obtención de la hoja de consentimiento informado

En este caso se siguió el mismo procedimiento que en el Ciclo I.

### Creación de los grupos de alumnos: intervención y control

Cumplieron con los criterios de inclusión un total de 56 alumnos que se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos (ver Fig. 34): 28 alumnos se asignaron al Grupo de intervención y otros 28, al Grupo control (GC).

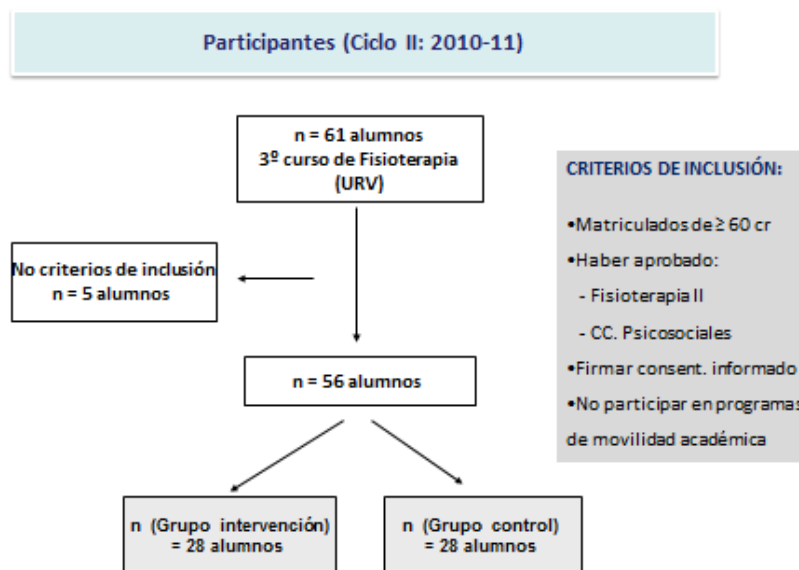


Fig. 34. Descripción: participantes (Ciclo II, 2010-11)

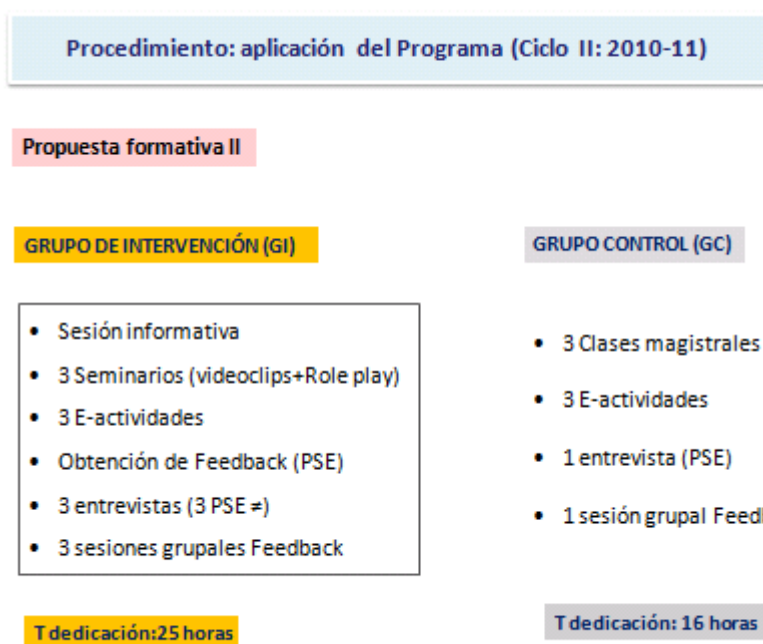
### Aplicación del programa: Grupo de intervención y Grupo control

Los alumnos participaron en diferentes actividades formativas (ver Fig. 35) en función de su ubicación en el GI o en el GC.

### Seminarios y clases magistrales

Los alumnos se distribuyeron, para la realización de los seminarios y las clases magistrales, de forma idéntica a como lo hicieron durante el Ciclo I. Del mismo modo se realizó un control de la asistencia en cada una de las actividades realizadas.

## V. Ciclo II (2010-13)



**Fig. 35.** Procedimiento (Ciclo II): aplicación del programa

**Cambios introducidos (Ciclo II):** El **GI** participó en 3 seminarios de una duración de 2h cada uno. Los alumnos se dividieron en 2 grupos de 14 alumnos, realizando cada grupo las siguientes actividades: análisis de 2 **video clips** (tema: ventajas e inconvenientes asociadas a la calidad de la comunicación terapeuta-paciente), resolución de **1 caso clínico**, realización de **2 sesiones de role play** (de 2 casos clínicos distintos) propuestos por el profesor y preparados por los alumnos y en la realización de un **foro de debate** en el que los alumnos debían identificar qué aspectos de la entrevista se realizaron correctamente y cuáles debían mejorar (ver **Tabla 88**).

<b>TABLA 88</b>	<b>Modificaciones seminarios/clases magistrales (GI)</b>
<b>Seminario 1</b>	<b>Análisis vídeo clip 1:</b> la calidad de la comunicación terapeuta- paciente, ventajas e inconvenientes. (45') <b>Caso clínico 1.</b> Obtener la información del paciente: ¿qué información debo obtener y por qué?, ¿cómo obtenerla? (40') <b>Debate 1:</b> ¿Cuáles son las dificultades y los errores al realizar este proceso? (45')
<b>Seminario 2</b>	<b>Análisis vídeo clip 2:</b> comunicación verbal y no verbal en la relación terapeuta-paciente (30 minutos). Debate: ¿De qué modo puede influir la CV y la CNV en la relación terapeuta-paciente? (20') <b>Role play 1</b> (Caso clínico 2: gonartrosis): Entrevista 1 (20'). <b>Debate 2:</b> ¿Qué se realizó correctamente y cómo? ¿Qué podría mejorar y cómo? (30')
<b>Seminario 3</b>	<b>Role play 2</b> (Caso clínico 3: Síndrome de dolor regional complejo tipo I): Entrevista 3 (20') <b>Debate 3:</b> ¿Qué se realizó correctamente y cómo? ¿Qué podría mejorar y cómo? (30')

### ▣ Aplicación del programa: realización de E-actividades

El investigador siguió la misma dinámica que la realizada durante el Ciclo I, siendo los cambios introducidos los que se explican a continuación.

**Cambios introducidos (Ciclo II):** En el caso del GC no hubo ninguna modificación. Los alumnos del GI realizaron 3 E-actividades en el entorno Moodle en las que se aplicó la misma metodología que en el Ciclo I (identificación de aspectos de la entrevista realizados correcta e incorrectamente, a partir de los análisis de video clips tomados de youtube o de otras entrevistas realizadas por compañeros de otras promociones a PS distintos, y resolución de casos problema). Como novedad se pidió al alumno, durante el análisis de los vídeo clips, que analizara además de los aspectos relacionados con la CV (ya trabajados durante el Ciclo I) otros, relacionados con la CNV (basados en el trabajo de la observación de las secuencias y en su interpretación). Además se estimuló la participación del alumno en el foro virtual Moodle, a través de preguntas o temas de debate planteados por los mismos alumnos o por el profesor.

### ▣ Aplicación del programa: entrevista al PSE

A excepción de los *cambios metodológicos* introducidos al realizar dicha actividad, no hubo cambios relevantes a la hora de aplicar el procedimiento a seguir al realizar las entrevistas con los PSE.

**Cambios introducidos (Ciclo II):** Los alumnos del GI obtuvieron Feedback de al menos una de las entrevistas realizadas con el PSE. La dinámica seguida consiste en realizar la entrevista al PSE (el alumno juega el rol de fisioterapeuta). Una vez finalizada la entrevista, el alumno recibe retroacción del PSE (formado previamente) durante un tiempo máximo de 10 minutos.

### ▣ Captura y digitalización de la videograbación del encuentro con el PSE

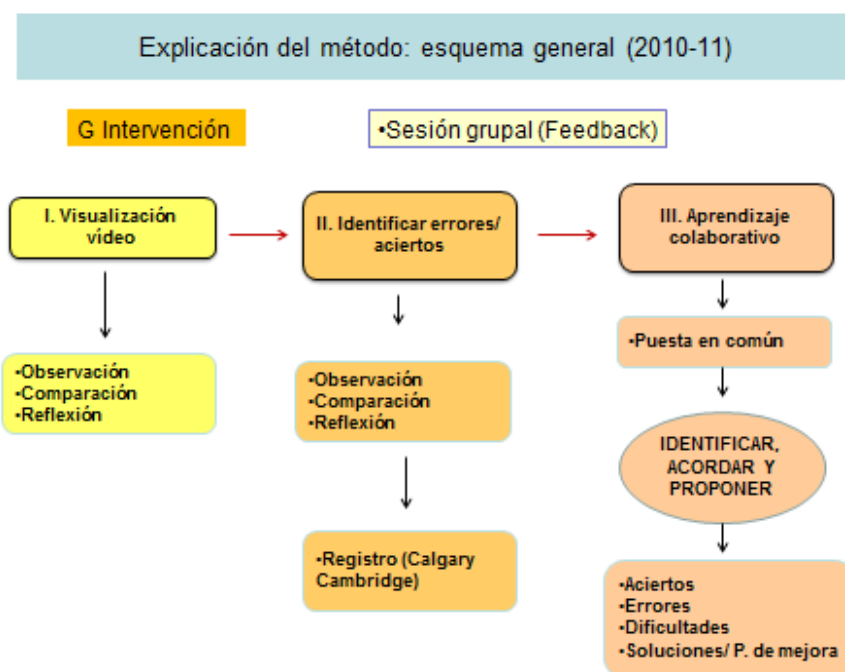
Al finalizar cada bloque de entrevistas con los distintos PSE se procedió a la captura y digitalización de las videograbaciones para permitir su visualización por los alumnos.

## V. Ciclo II (2010-13)

**Cambios introducidos (Ciclo II):** Para agilizar este proceso se buscó el apoyo del Servicio de recursos educativos (SRE), utilizándose para ello el *programa Adobe Premier Pro CS5*.

### ▣ Sesión de Feedback (“ver el video de mi entrevista”)

Los alumnos fueron convocados, vía Moodle, a 3 sesiones presenciales de Feedback para ver el video de su entrevista. El proceso seguido fue idéntico al utilizado durante el Ciclo I, si bien se introdujeron algunas modificaciones que comentamos a continuación (ver **Fig.36**).



**Fig. 36.** Sesión grupal de retroacción (GI): esquema. Ciclo II.

**Cambios introducidos (Ciclo II):** Al inicio de la sesión se explica a los alumnos (distribuidos en grupos de 4 alumnos) la dinámica de la sesión y cómo utilizar la *Guía Calgary Cambridge*. Mientras se visualiza el video de cada una de las entrevistas, cada alumno realiza un check list de cada uno de los apartados de la Guía pudiendo introducir anotaciones. Cuando finaliza el video de la entrevista, el alumno que la realizó y el resto de compañeros llevan a cabo la valoración de la misma siguiendo la estructura de la Guía. Al final de cada valoración el profesor remarca los aspectos más relevantes de las distintas intervenciones. Este mismo proceso se realiza con todas y cada una de las entrevistas realizadas.

Mientras se proporciona feedback se seguirán las recomendaciones proporcionadas por Kurtz, Silverman y Draper (2005), tomadas de (Pendleton, Schofield, Tate, & Havelok, 1984):

- El profesor “sitúa” a los alumnos acerca de **qué aspectos deben tenerse en cuenta** para centrar el foco de atención.
- Cada alumno (que es valorado) realiza **primero su propia valoración** (“qué se hizo bien y cómo”).
- A continuación **el resto de alumnos del grupo, y el profesor** que guía las sesiones, realizan sus aportaciones evitando las críticas aisladas e inciden en el **“qué se hizo bien y cómo”, “qué podría haberse hecho de forma diferente y cómo”**.
- El alumno (que es valorado), después de escuchar las distintas aportaciones, explica **qué podría haberse hecho de forma diferente y cómo**.
- El profesor **consensua** las distintas aportaciones y pregunta por las posibles dudas.

#### ■ INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Presentamos en la **Fig. 37**. los instrumentos utilizados para la recogida de datos durante el Ciclo II. Las únicas modificaciones se relacionaron con la **Encuestas 5** (realizada después de la 3ª entrevista con el PSE por parte de los alumnos del GI) y con la **Encuesta 6** (realizada después de la 1ª entrevista con el PSE por parte de los alumnos del GC), ambas destinadas a registrar el **grado de influencia**, en el aprendizaje de HC, **de las distintas metodologías utilizadas** y el **grado de implicación del alumno** en el módulo de habilidades de comunicación. Además se preguntó por la realización de actividades de atención al público o de asignaturas, en las que los alumnos hubieran tenido la percepción de haber aprendido HC. Los **datos descriptivos de la muestra** se extraen de las Encuesta 1 (GI) y de la Encuesta 4 (GC).

V. Ciclo II (2010-13)

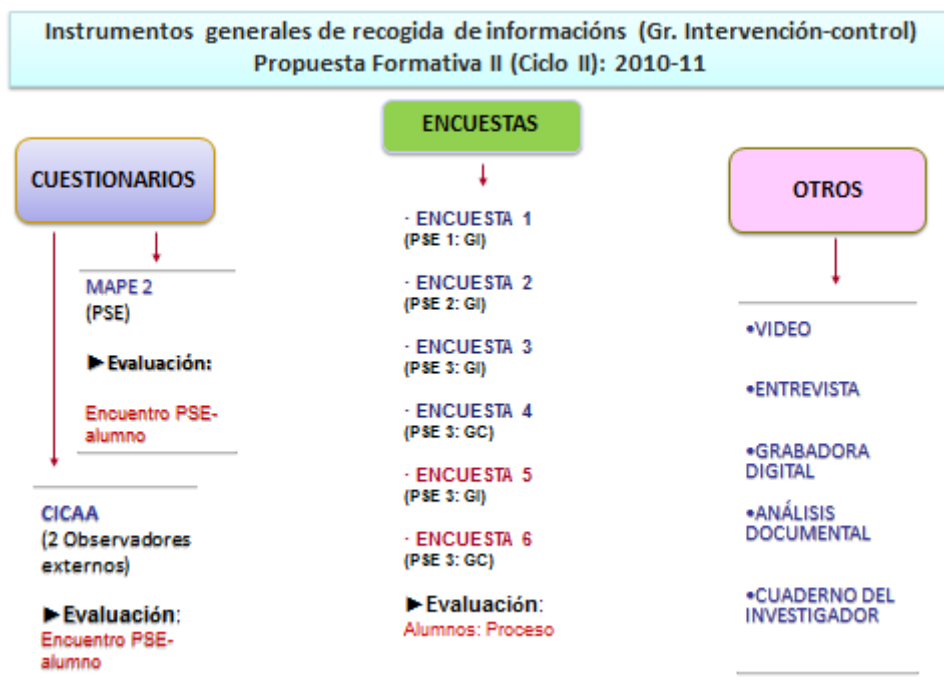


Fig. 37. Instrumentos generales de recogida de la información. Ciclo II.

A continuación se ubicará cada uno de los instrumentos de recogida de la información, de acuerdo al origen de la obtención de la misma para situar al lector.

▣ **Origen de la información: perspectiva de los alumnos**

El alumno proporciona información del proceso en el que participa, mediante la cumplimentación de las encuestas, que aparecen en la **Tabla 89**.

• **ENCUESTAS**

TABLA 89		INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DE LOS ALUMNOS	
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS	MODALIDADES	GRUPO
Perspectiva: los alumnos	Encuestas	Encuestas: 1, 2, 3, 5	Intervención
		Encuestas: 4, 6	Control

Explicaremos de forma más detallada el contenido de las **Encuestas 5 y 6**, pues son las que

se introdujeron de nuevo en el Ciclo II.

Una vez realizada la entrevista con cada PSE, los alumnos cumplimentaron las encuestas. Las encuestas 1, 2, 3 y 5 fueron cumplimentadas por el Grupo de intervención y las encuestas 4 y 6 por el Grupo control.

➤ **ENCUESTA 5**

<b>TABLA 90</b>		<b>Encuesta 5: aspectos tratados (resumen)</b>					
<b>APARTADO I. Percepción del grado de influencia de las distintas metodologías en el aprendizaje de habilidades de comunicación</b>							
<b>1. Participación en los seminarios (revisión conceptual, análisis de vídeos en grupo, role play)</b>							
Grado de influencia	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>2. Actividades (Moodle): análisis de video clips</b>							
Grado de influencia	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>3. Actividades (Moodle): resolución de casos</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>4. Entrevista al Paciente simulado</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>5. Seminarios (Grupos) ver el video de mi entrevista, obtener y proporcionar Feedback</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>6. Obtener Feedback del Paciente simulado estandarizado (PSE)</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>APARTADO II. Percepción del Grado de implicación en el módulo de habilidades de comunicación</b>							
Grado de implicación	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>APARTADO III. Has trabajado en los 2 últimos años en alguna actividad de atención al público</b>							
SI	Número de meses/1 año: _____ Número de horas/ 1 mes: _____ ¿En qué actividad?: _____						
NO							
<b>APARTADO IV. ¿Realizaste durante la carrera alguna asignatura relacionada con el aprendizaje de habilidades de comunicación además de en el módulo de HC?</b>							
SI	Asignatura 1:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
	Asignatura 2:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
	Asignatura 3:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
NO							
<b>APARTADO V. Otros comentarios o valoraciones</b>							
¿Deseas añadir algún comentario relacionado con el aprendizaje de habilidades de comunicación aplicadas a la ECF?							



## V. Ciclo II (2010-13)

La **Encuesta 5** (ver en formato resumido en la **Tabla 90** y en el **Anexo 3**) es una encuesta semiestructurada que se divide en cinco apartados y que recoge la información relacionada con: el grado de *influencia de las distintas metodologías* aplicadas al GI, *el grado de implicación del alumno en el módulo de HC*, el hecho de haber realizado *actividades de atención al público* y */o de asignaturas* dentro de la Diplomatura relacionadas de algún modo con de aprendizaje de HC.

### ➤ ENCUESTA 6

<b>TABLA 91</b>		<b>Encuesta 6: aspectos tratados (resumen)</b>					
<b>APARTADO I. Percepción del grado de influencia de las distintas metodologías en el aprendizaje de habilidades de comunicación</b>							
<b>1. Participación en las clases magistrales</b>							
Grado de influencia	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>2. Actividades (Moodle): revisión conceptual, resolución de casos</b>							
Grado de influencia	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>3. Entrevista al Paciente simulado</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>4. Seminarios (Grupos) ver el video de mi entrevista, obtener y proporcionar Feedback</b>							
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>APARTADO II. Percepción del Grado de implicación en el módulo de habilidades de comunicación</b>							
Grado de implicación	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>		
	Ninguno	Ligero	Moderado	Importante	Muy importante		
<b>APARTADO III. Has trabajado en los 2 últimos años en alguna actividad de atención al público</b>							
SI	Número de meses/1 año: _____ Número de horas/ 1 mes: _____ ¿En qué actividad?: _____						
NO							
<b>APARTADO IV. ¿Realizaste durante la carrera alguna asignatura relacionada con el aprendizaje de habilidades de comunicación además de en el módulo de HC?</b>							
SI	Asignatura 1:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
	Asignatura 2:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
	Asignatura 3:	¿Grado de influencia en el aprendizaje de HC?	0	1	2	3	4
NO							
<b>APARTADO V. Otros comentarios o valoraciones</b>							
¿Deseas añadir algún comentario relacionado con el aprendizaje de habilidades de comunicación aplicadas a la ECF?							

La **Encuesta 6** (ver en formato resumido en la **Tabla 91** y en el **Anexo 3**) es una encuesta semiestructurada, prácticamente idéntica a la Encuesta número 5, cumplimentada por el Grupo control. La única diferencia estriba en que no incluye las metodologías que no fueron realizadas por este grupo.

### ▣ Origen de la información: perspectiva del PSE, de los observadores externos y del Grupo de trabajo

Los métodos de recogida de datos, relacionados con la **perspectiva del PSE** (cuestionario para valorar la entrevista realizada por los alumnos), de los **observadores externos** (cuestionario CICAA) y del **Grupo de trabajo** (reuniones y toma de decisiones), ya fueron explicados en el Ciclo I. Pueden observarse en la **Tabla 92** los instrumentos utilizados para situar al lector.

TABLA 92		INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DEL PSE, DE LOS OBSERVADORES EXTERNOS Y DEL GRUPO DE TRABAJO	
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	DE LA	INSTRUMENTOS	MODALIDADES
Perspectiva:	PSE	ESCALAS	MAPE 2
Perspectiva:	Observador externo	CUESTIONARIO CÁMARAS DE VIDEO DIGITALES (2) PARA LA CAPTURA Y DIGITALIZACIÓN	CICAA Handy-cam (Sony)® Adobe Premiere Pro CS5®
Perspectiva:	Grupo de trabajo	Grabadora digital	Estéreo Olympus WS-210S®

### ▣ Origen de la información: perspectiva del investigador

TABLA 93		INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN: PERSPECTIVA DEL INVESTIGADOR	
ORIGEN DE LA INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS		
Opinión de los alumno	Encuesta semiestructurada registrada mediante una cámara de video Handy-cam (Sony)®		
Punto de vista del investigador	Cuaderno del investigador		
Documentos oficiales	Información extraída del Entorno Moodle: Programa del Curso académico 2010-11. Aspectos organizativos relacionados con las actividades realizadas.		

## V. Ciclo II (2010-13)

---

Los métodos de recogida de datos relacionados con la **perspectiva del investigador** no experimentaron cambios importantes durante este ciclo (ver **Tabla 93**).

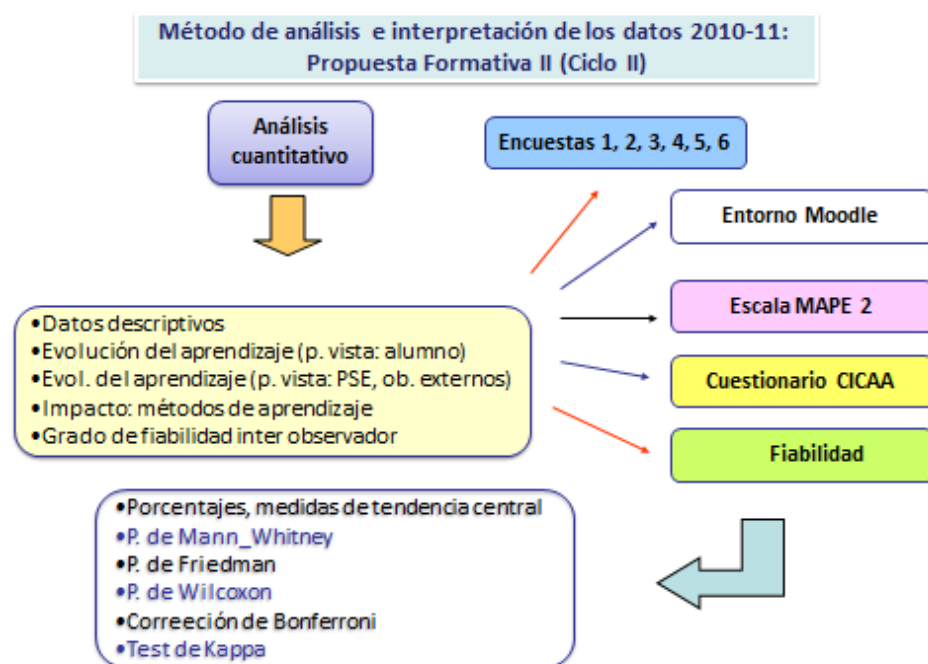
### 3.1.2. Análisis e interpretación de los datos

Para el análisis y la interpretación de los datos se utilizarán, del mismo modo que en el Ciclo I, métodos de análisis cuantitativo y cualitativo.

#### ■ ANÁLISIS CUANTITATIVO

Tras la realización de las pruebas de normalidad para cada una de las variables ya definidas (mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov) se utilizaron pruebas de análisis paramétricas y no paramétricas. Resumimos en la **Fig. 38**

los métodos de análisis utilizados durante el Ciclo II.



**Fig. 38.** Método cuantitativo de análisis e interpretación de los datos. Ciclo II

### ▣ Datos descriptivos de la población y otros datos

Además de las variables relacionadas con la edad, el género y la nota media del expediente académico, **durante el Ciclo II** se recoge, mediante las Encuestas 1 y 4, la información relacionada con:

- La realización de **actividades de atención al público** durante los dos últimos años.
- El hecho de **haber recibido formación en habilidades de comunicación** durante la carrera.

Los *métodos de cálculo* utilizados fueron los porcentajes, las frecuencias y las medidas de tendencia central.

### ▣ Datos relacionados con la intervención y con las variables analizadas

- **Métodos de análisis de datos relacionados con la realización de E-actividades y con la percepción de la evolución del aprendizaje (punto de vista del alumno)**

Fueron aspectos analizados durante ambos ciclos (I y II): la nota media de las E-actividades realizadas, el grado de implicación del alumno con cada una de las entrevistas realizadas y la percepción respecto a la evolución del grado de comprensión teórica y práctica en el manejo de las HC para realizar la ECF. En este caso no hubo ninguna modificación respecto a los métodos ni a los instrumentos de recogida de datos.

- **Evolución del aprendizaje para la realización de la ECF (punto de vista del PSE y de los observadores externos)**

Los aspectos analizados, los instrumentos y los métodos de recogida de datos durante el Ciclo I fueron idénticos a los utilizados durante el Ciclo II. En este caso se analizaron las siguientes variables: la *duración de la entrevista*, el *deseo del paciente de recibir nuevos tratamientos* por parte de ese alumno, la *puntuación total de la calidad del encuentro* medida por el PSE (mediante la Escala MAPE 2) o por observadores externos (mediante el

## V. Ciclo II (2010-13)

---

Cuestionario CICAA).

- **Métodos de análisis de datos relacionados con el impacto de cada una de las metodologías utilizadas para favorecer el aprendizaje de HC para la realización de la ECF**

De cada una de las metodologías utilizadas (durante el Ciclo II) se obtuvo la puntuación media y la desviación estándar respecto a una puntuación máxima de 4 puntos.

### ▣ Análisis del grado de consistencia interobservador (Fiabilidad)

Tanto en el Ciclo I como en el Ciclo II se utilizó el test de Kappa para valorar el *grado de consistencia interobservador* cuando la calidad de la entrevista fue valorada por dos observadores externos.

## ▣ ANÁLISIS CUALITATIVO

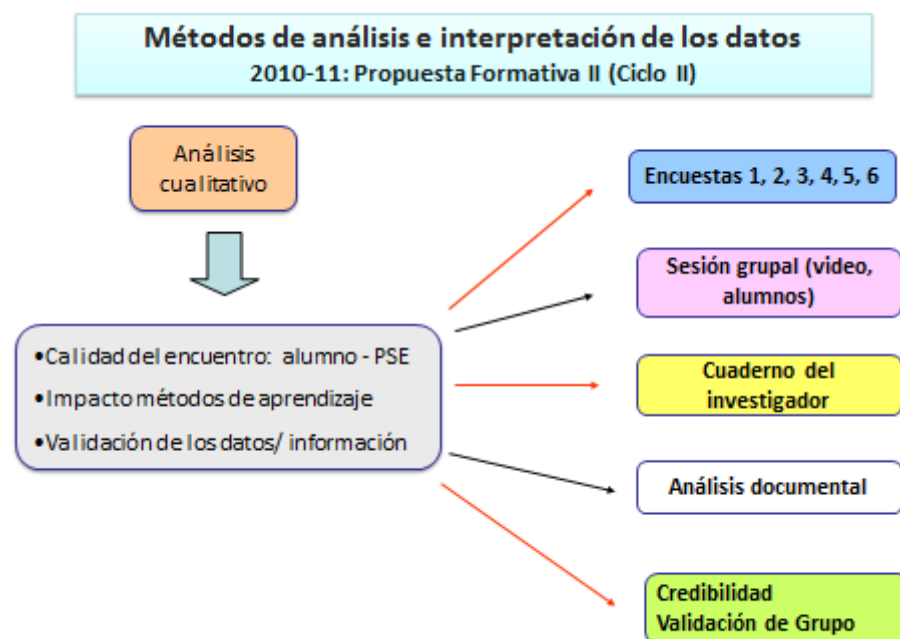


Fig. 39. Método cualitativo de análisis e interpretación (Ciclo II)

Los métodos seguidos son similares a los seguidos durante el Ciclo I (P. Formativa I). Describimos a continuación los métodos de análisis de *tipo cualitativo* utilizados para obtener la información relacionada con los apartados que aparecen a continuación y que pueden observarse de forma resumida en la **Fig. 39**.

#### ▣ **Análisis de la calidad del encuentro alumno – PSE**

Durante este Ciclo, tal y como sucedió en el Ciclo I, se procedió a analizar la calidad del encuentro entre el PSE y el alumno y la evolución del aprendizaje.

#### ▣ **Análisis del impacto del método de aprendizaje**

Durante el Ciclo II (a diferencia del Ciclo I) se recogieron los datos relacionados con el impacto de los distintos métodos de aprendizaje utilizados (Encuesta 5 y 6). Para ello se calcularon los porcentajes relacionados con el grado de influencia de cada metodología.

#### ▣ **Validación de los datos y de la información obtenida**

Durante el Ciclo II se utilizaron los mismos criterios de *credibilidad* y de *validación* que en el Ciclo I.

### **4. Reflexión**

Expondremos a continuación los **resultados** que tiene que ver con la **acción** realizada durante el Ciclo II. Las evidencias obtenidas permitirán definir las recomendaciones que se especificarán en la **Propuesta Formativa final**.

#### **4.1. Interpretación de los datos y de la información: resultados**

En la exposición de los datos se tendrán en cuenta: los **datos descriptivos de la muestra** y los relacionados con el **método de enseñanza-aprendizaje aplicado** (ver **Fig. 40**).

V. Ciclo II (2010-13)



Fig. 40. Presentación de los resultados: aspectos a considerar. Ciclo II.

4.1.1. Datos descriptivos de la muestra

TABLA 94	Datos descriptivos de la muestra (Ciclo II)						
	Grupo total		Grupo I		Grupo C		p-valor †
N	56		n=28		n=28		
Género (M/F), n	24/32		14/14		10/18		0,280
%	42,85%/ 57,14%		50%/ 50%		35,71%/64,28%		
Edad (media, DE)	22,43 (4,659)		21,71 (3,55)		23,14 (5,52)		,255
NME	1,936 (,386)		2,05 (0,44)		1,81 (0,28)		,018
Trabajo o actividad de atención al público (2 últimos años)	SI	39,28%	SI	35,7%	SI	42,9 %	,127
	NO	60,72%	NO	64,3%	NO	57,1 %	
Haber recibido formación en HC durante la carrera	SI	7,15%	SI	7,1 %	SI	7,1 %	,150
	NO	92,85%	NO	92,9 %	NO	92,9 %	

**Abreviaciones:** GI: grupo de intervención, GC: grupo control, NME, nota media del expediente académico; NMe, nota media e-actividades. \*Los valores son significativos (95% intervalo de confianza). † p-valor (respecto a la muestra total) obtenido mediante las pruebas t-student y Ji cuadrado

Un total de 56 los alumnos participaron en el estudio, de los cuales el 42,85% fueron hombres y el 57,14% mujeres. La media de edad fue de 23,5 (2,9) años. La *nota media ponderada del expediente académico* para el total de alumnos (sobre un valor máximo de 4 puntos) fue de 1,93 (,386) puntos. Del total de alumnos, el 39,28% realizaron alguna actividad de atención al público durante los dos últimos años y un 7,15% dijo haber recibido formación en HC durante la Diplomatura de Fisioterapia (sin incluir su participación en el módulo de HC). Mostramos en la **Tabla 94** los datos más relevantes de la muestra.

#### 4.1.2. Datos y aspectos relacionados con el método de E-A de HC

Tal y como puede observarse en la **Tabla 95**, se presentarán los resultados de aprendizaje de acuerdo al perfil del **evaluador**, al **instrumento** utilizado y al **foco de atención** representado por el grupo de intervención o por el grupo control.

TABLA 95		Evaluación de los resultados de aprendizaje: Ciclo II	
EVALUADOR	INSTRUMENTO UTILIZADO	FOCO	DE EVALUACIÓN
Investigador principal	Adecuación a los criterios de evaluación (E-actividades realizadas por los alumnos)	Grupo de intervención	y Grupo control
Pacientes simulados	Escala MAPE 2 Datos generales del encuentro		
Observador 1 Observador 2	Cuestionario CICAA		

##### 4.1.2.1. Resultados de aprendizaje

Presentamos los resultados de las E-actividades realizadas por el GI y por el GC durante el Curso académico 2010-11. Los datos de los resultados de ambos grupos se muestran por separado ya que al realizarse distintas actividades, éstos no son comparables.

#### ■ EVALUACIÓN DE LAS E-ACTIVIDADES: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)

Mostramos en la **Fig. 41** el **número y el porcentaje de alumnos** del GI que realizo cada E-actividad así como la **nota media de cada una de las E-actividades** y la **nota media final** (GI) y la **desviación estándar**. La E-actividad en la que participó un mayor número de alumnos fue la 3ª y la que obtuvo una mayor puntuación la 2ª. La nota media global de las E-



V. Ciclo II (2010-13)

actividades realizadas fue de 7,68 (2,12) puntos.

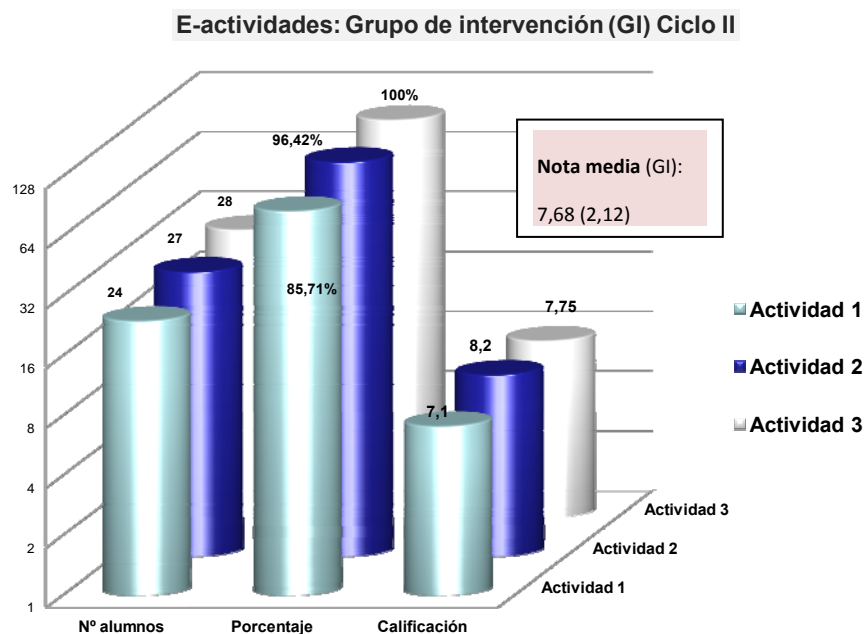


Fig. 41. Resultados: E-actividades Grupo de intervención. Ciclo II.

**EVALUACIÓN DE LAS E-ACTIVIDADES: GRUPO CONTROL (GC)**

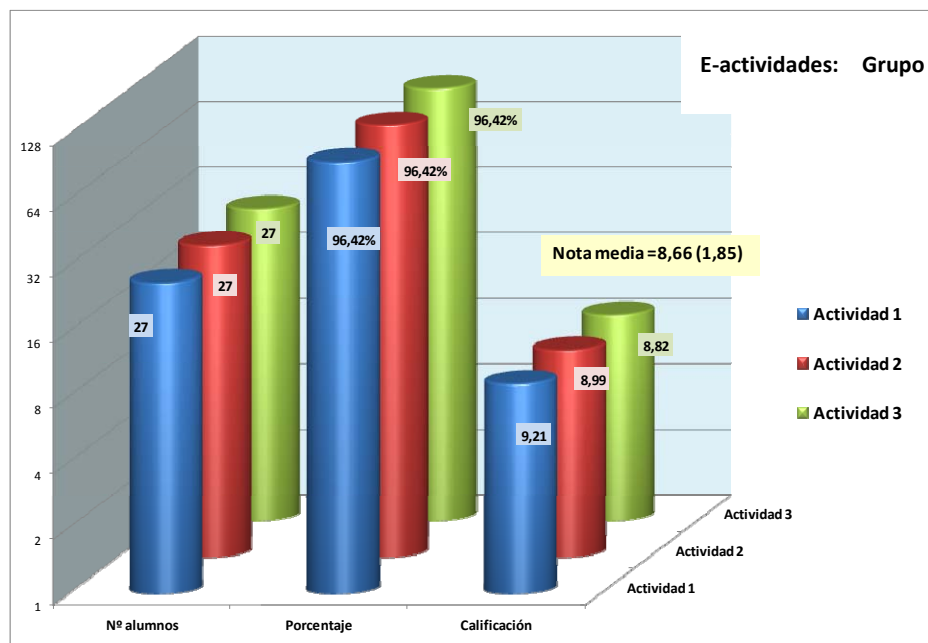


Fig. 42. Resultados E-actividades Grupo control (Ciclo II, P. formativa II)

En la **Fig.42** puede observarse el número y el porcentaje de alumnos del GC que realizo cada E-actividad, la nota media de cada una de las actividades y la nota media final de grupo y la desviación estándar. Todos los alumnos realizaron las E-actividades y de éstas la que obtuvo una puntuación más alta fue la 1ª. La nota media global de las E-actividades realizadas fue de 8,66 (1,85) puntos.

#### ■ DATOS GENERALES: ENCUENTRO ALUMNO – PACIENTE SIMULADO

En la **Tabla 96** se proporcionan los datos, de ambos grupos, relacionados con: **el tiempo de duración de cada entrevista**, la percepción del paciente respecto al **deseo de ser tratado** por cada alumno y el **grado de implicación** del alumno en cada una de las entrevistas. Los datos se presentan calculando la media aritmética y la desviación estándar para cada variable, a excepción de la variable “desearía ser tratado por este alumno” donde el resultado se expresa en porcentajes.

Las **entrevistas que tuvieron una mayor duración** en el GI fueron la 1ª (PSE1): 17,18 (3,42) minutos y la 3ª (PSE3): 16,66 (3,69) minutos. La entrevista realizada al PSE3 por los alumnos del GC tuvo una duración inferior: 12,44 (2,8) minutos si se compara con el GI.

En cuanto al **deseo de cada paciente de ser tratado por cada alumno del GI**, en próximas situaciones, la respuesta fue afirmativa en un 100% de los casos (con el PSE2), en un 92,9% (con el PSE3) y en un 89,3% (con el PSE3).

El paciente que fue entrevistado por los **alumnos del GC (PSE3)** dijo **no desear recibir tratamiento** por el 39,3% de los alumnos. Al ser preguntados los alumnos del GI y del GC acerca de su **grado de implicación** con cada una de las entrevistas realizadas (puntuación de 0 a 10), los alumnos del GI se implicaron más en la 3ª entrevista (PSE3), obteniéndose una puntuación media de 8 (1,38) puntos. Los alumnos del GC obtuvieron una puntuación media de 6,75 (1,02) puntos.

## V. Ciclo II (2010-13)

<b>TABLA 96</b>		<b>ENCUENTRO ALUMNO-PSE: DATOS GENERALES (Ciclo II)</b>				
<b>GRUPO/n</b>	<b>PS<sub>1</sub></b>	<b>PS<sub>2</sub></b>	<b>PS<sub>3</sub> (GI/ GC)</b>			
<b>DURACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA (minutos)</b>						
<b>GI/28</b>	17,18 (3,42)	11,69 (3,21)	16,66 (3,69)			
<b>GC/28</b>			12,44 (2,80)			
<b>DESEO DEL PACIENTE DE SER TRATADO POR ESE ALUMNO EN PRÓXIMAS OCASIONES (%)</b>						
<b>GI/28</b>	SI	92,9 %	SI	100%	SI	89,3 %
	NO	7,10 %	NO	0 %	NO	10,70 %
<b>GC/28</b>					SI	60,70 %
					NO	39,30 %
<b>GRADO DE IMPLICACIÓN DEL ALUMNO EN CADA UNA DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS (0/10 PUNTOS)</b>						
<b>GI/28</b>	7,35/10 (1,22)	7,25 (1,14)	8,00 (1,38)			
<b>GC/28</b>			6,75 (1,02)			
<b>Abreviaciones:</b> GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; PS <sub>1</sub> , paciente simulado 1; PS <sub>2</sub> , paciente simulado 2; PS <sub>3</sub> , paciente simulado 3						
<i>*Los valores representados corresponden a la media y a la DE expresados en minutos y segundos, porcentajes, puntuación total sobre 10 puntos.</i>						

### ■ EVALUACIÓN DEL ALUMNO POR EL PACIENTE SIMULADO ESTANDARIZADO (PSE)

Los PSE evaluaron la **calidad de cada una de las entrevistas** mediante la **Escala MAPE 2**. A continuación presentaremos los datos siguientes: *la puntuación total, obtenida por los alumnos de ambos grupos, en cada una de las entrevistas realizadas y la puntuación total de cada una de las fases de la entrevista* descritas en la escala MAPE 2. Además se muestra el valor p (prueba de contraste de hipótesis), cuando se compararon los resultados entre los alumnos del GI y los del GC cuando entrevistaron al PSE<sub>3</sub>.

## ▣ PUNTUACIÓN TOTAL: ESCALA MAPE 2 Y PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS

En este caso se presentan los datos relacionados con la **puntuación total**, de la Escala MAPE2 (ver **Tabla 97**) sobre una puntuación máxima de 60 puntos. **La puntuación más alta correspondió, dentro del GI, a la 2ª entrevista con el PSE<sub>2</sub>** (46/60 puntos). Al establecer una comparación entre los 2 grupos (intervención y control), cuando entrevistaron al PS<sub>3</sub>, **la puntuación más alta correspondió al GI** (37/60 puntos), siendo la diferencia entre ambos grupos significativa. También se observaron diferencias significativas entre la **1ª y la 2ª entrevista y entre la 2ª y la 3ª** ( $p < 0,17$ )

GRUPO/ n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor †	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>3</sub> **	p-valor ††
	total/60	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>	PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>	PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>	PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>			
<b>GI/28</b>	37 (9,75)	,000*	46(5,50)	,000*	38(9,75)	0,336	37(9,75)	,000*
	46 (5,50)		37(4,00)		37(4,00)			
<b>GC/28</b>							27(10,75)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3. \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 60 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

## ▣ PUNTUACIÓN TOTAL: ESCALA MAPE 2 PARA CADA ÍTEM DE LA ENTREVISTA

Presentamos en la **Tabla 98** la **puntuación** de cada una de las **fases** (inicio, exploración, resolución y final) de la entrevista **y de los ítems** (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad y cierre) con relación a la **Encuesta MAPE 2** cuando los alumnos, de ambos grupos, realizaron la ECF a cada PSE. Cada ítem permite ser valorado con una puntuación máxima de **10 puntos**.

V. Ciclo II (2010-13)

TABLA 98 MAPE 2 (FASES Y ÍTEMS) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS. Ciclo II. P. Formativa II								
GRUPO/n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor†	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor†	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor†	PS3**	p-valor††
	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>		GI/GC	PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>
<b>MAPE 2 (INICIO: CORDIALIDAD). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,00)/	,017*	8,0 (1,00)/	,017*	6,0 (2,00)/	1,00	6,0 (1,00)/	,048*
	8,0 (1,00)		6,0 (1,00)		6,0 (1,00)			
GC/28							4,0 (1,75)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: ESCUCHA ACTIVA). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (1,75)/	,017*	8,0 (1,00)/	,017*	6,0 (1,75)/	1,00	6,0 (1,00)/	,049*
	8,0 (1,00)		6,0 (1,00)		6,0 (1,00)			
GC/28							4,0 (1,75)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: EMPATÍA). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (1,75)/	,016*	8,0 (1,00)/	,035	6,5 (1,75)/	1,00	6,0 (0,00)/	,050*
	8,0 (1,00)		6,5 (1,75)		6,5 (0,00)			
GC/28							4,0 (1,00)	
<b>MAPE 2 (EXPLORACIÓN: CONTACTO). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (1,75)	,017*	8,0 (1,00)/	,030	7,0 (1,75)	0,513	7,5 (0,00)/	,047*
	8,0 (1,00)		6,5 (1,00)		6,5 (1,00)			
GC/28							5,0 (1,00)	
<b>MAPE 2 (RESOLUCION: ASERTIVIDAD). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,00)/	,017*	8,0 (1,00)/	,0169*	6,0 (2,00)	1,00	7,0 (0,00)/	,050*
	8,0 (1,00)		6,0 (0,00)		6,0 (0,00)			
GC/28							5,0 (1,00)	
<b>MAPE 2 (FINAL: CIERRE). Puntuación máxima: 10 puntos</b>								
GI/28	5,0 (2,00)/	,017*	7,0 (1,00)/	,028	6,0 (2,00)/	0,513	7,0 (1,00)/	,050*
	7,0 (1,00)		6,0 (1,75)		6,0 (1,75)			
GC/28							5,0 (1,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

La **máxima puntuación dentro del GI**, para todos y cada uno de los ítems de la entrevista (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad, cierre), correspondió a la **2ª entrevista (PS2)**. Cuando se **comparó, entre los grupos de intervención y control, la puntuación fue superior en el GI** y las diferencias fueron significativas ( $p \leq 0,05$ ).

**EVALUACIÓN DEL ALUMNO POR LOS OBSERVADORES EXTERNOS**

Siguiendo el mismo proceso que el utilizado en el Ciclo I, las entrevistas realizadas por los

alumnos fueron evaluadas por **dos observadores externos** mediante el **Cuestionario CICAA**. Cada uno de los observadores evaluó las 3 entrevistas realizadas por el Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) y la entrevista realizada por el Grupo control (PS3). En la exposición de los datos se tendrá en cuenta:

- ✚ La **puntuación total del Cuestionario** (para ambos grupos, GI y GC) y la **prueba de contraste de hipótesis** para observar las diferencias entre cada una de las entrevistas del Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) entre sí y entre el Grupo de intervención (PS3) y el Grupo control (PS3).
  
- ✚ La **puntuación total** para cada una de las **tareas descritas en el cuestionario: conectar** (Tarea 1), **identificar y comprender los problemas** (Tarea 2), **acordar y ayudar a actuar** (Tareas 3, 4), para ambos grupos (intervención y control) y la **prueba de contraste de hipótesis** para observar las diferencias entre la puntuación obtenida en cada una de las entrevistas del Grupo de intervención (PS1, PS2, PS3) entre sí y entre el Grupo de intervención (PS3) y el Grupo control (PS3).

### ▣ **PUNTUACIÓN TOTAL: CUESTIONARIO CICAA Y PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS**

Los resultados que aparecen en la **Tabla 99** están obtenidos a partir de una puntuación máxima de 54 puntos ya que las preguntas 25 y 27 (del Cuestionario CICAA) no se evaluaron.

Cuando los alumnos del **Grupo de intervención** (GI) fueron evaluados por cualquiera de los dos observadores, la **puntuación total más alta** correspondió a la **3ª entrevista** (PS3). Al comparar los resultados entre los GI y GC, éstos fueron superiores en el GI, siendo las diferencias significativas ( $p \leq 0,017$ ). Dentro del GI hubo diferencias significativas cuando se compararon los resultados entre cada una de las entrevistas realizadas ( $p \leq 0,05$ ).

## V. Ciclo II (2010-13)

TABLA 99 CICAA (VALOR TOTAL) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS (GI Y GI-GC). Ciclo II.								
GRUPO/n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor†	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor†	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor†	PS <sub>3</sub> **	p-valor††
		PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>	GI/GC	PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>
<b>Observador 1. Puntuación máxima: 54 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	36,5/54 (11,75)	,000*	41,5/54(10,5)	,000*	36,5/54 (11,75)	,000*	52/54 (8,75)	,000*
	41,5/54(10,5)		52/54 (8,75)		52/54 (8,75)			
<b>GC/28</b>							26/54 (5,5)	
<b>Observador 2. Puntuación máxima: 54 puntos</b>								
<b>GI/28</b>	36,3/54 (12,75)	,000*	42,6/54(10,5)	,000*	36,3/54 (12,75)	,000*	53/54 (9,5)	,000*
	42,6/54 (10,5)		53/54 (9,5)		53/54 (9,5)			
<b>GC/28</b>							23/54 (4,75)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 54 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### ▣ PUNTUACIÓN TOTAL: TAREAS DEL CUESTIONARIO CICAA Y PRUEBA DE CONTRASTE DE HIPÓTESIS

En la Tabla 100 se muestran los resultados obtenidos, por el **Grupo de intervención** (GI) y por el **Grupo control** (GC), para cada una de las **tareas** descritas en el Cuestionario CICAA cuando los alumnos fueron evaluados por dos observadores.

#### CICAA: TAREA 1 (Conectar)

Sobre una **puntuación máxima de 12 puntos** para esta tarea, los alumnos del **Grupo de intervención** (GI) que realizaron la 3ª entrevista **obtuvieron la máxima puntuación**, cuando fueron evaluados por cualquiera de los 2 observadores (11,0/12,0), siendo las diferencias observadas, respecto al GC, significativas. Dentro del GI hubo diferencias significativas entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª.

#### CICAA: TAREA 2 (Identificar y comprender los problemas)

La máxima puntuación que podía obtenerse, de la Tarea 2, fue de **28 puntos**. Cuando se compararon los resultados de la **puntuación total**, entre ambos grupos (GC vs. GI), **la puntuación más alta correspondió al GI** cuando realizó la 3ª entrevista (22/28 puntos), siendo las diferencias observadas, significativas ( $p \leq 0,05$ ). Dentro del GI hubo diferencias

significativas entre todas las entrevistas realizadas ( $p \leq 0,017$ ), excepto cuando se comparó la 1ª con la 2ª entrevista (observador 1).

TABLA 100 CICAA (TAREAS/OBSERVADOR) Y DIFERENCIAS ENTRE LAS ENTREVISTAS (GI y GI-GC). Ciclo II								
GRUPO/n	PS <sub>1</sub> /PS <sub>2</sub> **	p-valor †	PS <sub>2</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>1</sub> /PS <sub>3</sub> **	p-valor †	PS <sub>3</sub> **	p-valor ††
	PS <sub>1</sub> -PS <sub>2</sub>		PS <sub>2</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>1</sub> -PS <sub>3</sub>		PS <sub>3</sub> -PS <sub>3</sub>	
<b>Tarea 1: CONECTAR (Observador 1). P. Máx. : 12 puntos</b>								
GI/28	9,0 (3,00)	,180	9,0 (2,00)	,016*	9,0 (3,00)	,017*	11,0 (2,00)	,000*
	9,0 (2,00)		11,0 (2,00)		11,0 (2,00)			
GC/28							8,0 (1,75)	
<b>Tarea 1: CONECTAR (Observador 2). P. Máx.: 12 puntos</b>								
GI/28	9,0 (3,75)	,088	10,0 (3,00)	,0289	9,0 (3,75)	,017*	11,0 (2,00)	,000*
	10,0 (3,00)		11,0 (2,00)		11,0 (2,00)			
GC/28							7,0 (2,00)	
<b>Tarea 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS (Observador 1). P. Máx.: 28 puntos</b>								
GI/28	12,5 (6,75)	,053	14,0 (8,00)	,000*	12,5 (6,75)	,000*	22,0 (7,75)	,000*
	14,0 (8,00)		22,0 (7,75)		22,0 (7,75)			
GC/28							11,0 (4,00)	
<b>Tarea 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS (Observador 2). P. Máx.: 28 puntos</b>								
GI/28	11,5 (7,5)	,016*	14,0 (6,00)	,000*	11,5 (7,5)	,000*	22,0 (7,00)	,000*
	14,0 (6,00)		22,0 (7,00)		22,0 (7,00)			
GC/28							10,0 (4,00)	
<b>Tareas 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR (Observador 1). P. Máx.: 14 puntos</b>								
GI/28	9,0 (5,50)	,017*	11,0 (3,75)	,002*	9,0 (5,50)	,000*	14,0 (1,00)	,000*
	11,0 (3,75)		14,0 (1,00)		14,0 (1,00)			
GC/28							7,0 (2,00)	
<b>Tareas 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR (Observador 2). P. Máx.: 14 puntos</b>								
GI/28	9,0 (4,75)	,017*	11,0 (3,75)	,002*	9,0 (4,75)	,000*	14,0 (1,00)	,000*
	11,0 (3,75)		14,0 (1,00)		14,0 (1,00)			
GC/28							6,0 (2,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima especificada en cada tarea. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### CICAA: TAREAS 3,4 (Acordar y ayudar a actuar)

La máxima puntuación que podía obtenerse de las tareas 3 y 4 fue de **14 puntos**. Al comparar los resultados de la **puntuación total**, entre ambos grupos (GC vs. GI), **la puntuación más alta correspondió al GI (14/14 puntos)**, siendo las diferencias entre ambos grupos significativas ( $p \leq 0,050$ ). La **puntuación más alta**, dentro del GI, correspondió a la **3ª entrevista**. Hubo diferencias significativas entre todas y cada una de las entrevistas



## V. Ciclo II (2010-13)

realizadas independientemente del observador que las evaluó ( $p \leq 0,017$ ).

### 4.1.2.2. Percepción del proceso de enseñanza-aprendizaje

Los datos y la información que presentamos a continuación tienen que ver con la percepción del proceso de E-A obtenido desde la perspectiva de: **los alumnos** de ambos grupos (intervención y control), del **investigador** y del **grupo de trabajo** (ver **Tabla 101**). Con relación al Ciclo I, en el caso de los alums, la modificación que se ha introducido ha sido la realización de las **Encuestas 5 y 6** por el Grupo de intervención y por el Grupo control respectivamente. Respecto al investigador y al Grupo de trabajo no hubo cambios relevantes.

TABLA 101 Obtención de la información para el análisis del proceso de E-A (Ciclo II)		
PERCEPCIÓN OBTENIDA DE	INSTRUMENTO	FOCO DE ATENCIÓN
Alumnos (GI)	Encuestas 1, 2, 3, 5 Entrevistas, vídeo	Impacto del proceso de E-A realizado: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seminarios</li> <li>• E-actividades</li> <li>• Entrevista al PSE                             <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Comprensión teórica</li> <li>✚ Habilidad práctica</li> <li>✚ Grado de implicación</li> </ul> </li> </ul>
Alumnos (GC)	Encuestas 4, 6 Entrevistas, vídeo	
Investigador	Cuaderno del investigador	
Grupo de trabajo	Reuniones de coordinación (audiograbación)	• Sesión de feedback (ver el vídeo de la entrevista)

### ■ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A (PUNTO DE VISTA: ALUMNOS)

A continuación presentamos la información relacionada con la percepción de los alumnos acerca de: el grado de **comprensión teórica** con relación a los contenidos relacionados con el desarrollo de la entrevista clínica, el grado de **habilidades prácticas** para realizar la ECF y el **grado de implicación** en cada una de las entrevistas realizadas. También se recoge la información relacionada con el **impacto de las distintas metodologías utilizadas**. La

información se ha extraído de las encuestas (1, 2, 3, 4, 5 y 6) realizadas por los alumnos. Teniendo en cuenta el criterio de saturación se ha omitido aquella información en la que el material recogido no aporta datos nuevos. En este sentido no hemos tomado en consideración la información recogida de las sesiones de Feedback ni la de las preguntas abiertas de las encuestas 1, 2, 3, 4.

### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): COMPRENSIÓN TEÓRICA ENTREVISTA CLÍNICA

Preguntado los alumnos de ambos grupos (GI y GC), una vez finalizada la entrevista con cada PSE, acerca de la *percepción de su grado de comprensión teórica* (conceptual) de cada una de las fases de la entrevista clínica, se obtuvo la siguiente información: por una parte (**Tabla 102**) la relacionada con la **puntuación total** (sobre una puntuación máxima de 50 puntos) y por otra (**Tabla 103**), la **puntuación** relacionada con **cada una de las fases de la entrevista** clínica (sobre una puntuación máxima de 10 puntos).

### ▣ EVOLUCIÓN DEL GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA: PUNTUACIÓN TOTAL

El grado de **comprensión teórica total**, para los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en 4,5 puntos. En éste caso hubo *diferencias significativas* ( $p \leq 0,05$ ) entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª. La puntuación obtenida por el GI (E3) fue superior a la del GC (E4), con una diferencia de 2 puntos, si bien los resultados no fueron significativos ( $p \geq 0,05$ ).

## V. Ciclo II (2010-13)

TABLA 102 PERCEPCIÓN GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA ECF (VALOR TOTAL): GI y GI-GC. Ciclo II									
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††	
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>	
<b>PERCEPCIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA. P. máxima: 50 puntos</b>									
<b>GI/28</b>	34,0 (6,50)	0,297	35,0 (4,75)	,016*	34,0 (6,50)	,016*	38,5(6,75)	0,010*	
	35,0 (4,75)		38,5(6,75)		38,5(6,75)				
<b>GC/28</b>								32,0(8,50)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 50 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para  $p \leq 0,05$ ); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para  $p \leq 0,017$ ). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### EVOLUCIÓN DEL GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA: PUNTUACIÓN PARA CADA UNA DE LAS FASES DE LA ECF

La percepción del **grado de comprensión teórica**, para cada una de las fases de la ECF, de los alumnos del GI, **mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en todas las fases analizadas**, a excepción de la Fase de examen físico en la que no hubo variación en la puntuación entre las entrevistas realizadas. Hubo diferencias significativas entre el GI y el GC en todas las fases a excepción de las de examen físico y de cierre. Respecto al GI hubo diferencias significativas en la fase de explicación y de planificación (entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y a 3ª).

La puntuación del GI (E3) fue superior que la del GC (E4) al analizar los resultados de cada fase. **Hubo diferencias significativas** ( $p \leq 0,05$ ) entre el GI y el GC en la *fase inicial*, en la *fase de recogida de la información* y en la *fase de explicación y de planificación*.

TABLA 103 PERCEPCIÓN GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA (FASES DE LA ECF): GI y GI-GC. Ciclo II								
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>FASE INICIAL. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	7,0 (1,00)	1,00	7,0 (1,00)	0,079	7,0 (1,00)	0,059	8,0 (1,75)	,035*
	7,0 (,75)		8,0 (1,75)		8,0 (1,75)			
GC/28							6,0 (1,75)	
<b>FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	7,0 (2,00)	1,00	7,0 (2,00)	0,087	7,0 (2,00)	0,087	8,0 (1,00)	,030*
	7,0 (,75)		8,0 (1,00)		8,0 (1,00)			
GC/28							6,0 (1,00)	
<b>FASE DE EXAMEN FÍSICO. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	7,0 (1,75)	1,00	7,0 (1,00)	1,00	7,0 (1,75)	1,00	7,0 (1,00)	0,25
	7,0 (1,00)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
GC/28							6,5 (2,00)	
<b>FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (1,00)	,371	7,0 (2,00)	,087	6,0 (1,00)	,013*	8,0 (1,00)	,016*
	7,0 (2,00)		8,0 (1,00)		8,0 (1,00)			
GC/28							6,0 (1,00)	
<b>FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	7,0 (2,00)	1,00	7,0 (1,00)	,110	7,0 (2,00)	0,094	8,0 (2,00)	,12
	7,0 (1,00)		8,0 (2,00)		8,0 (2,00)			
GC/28							7,5 (1,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): HABILIDAD PARA REALIZAR LA ENTREVISTA CLÍNICA

Preguntados los alumnos de ambos grupos (GI y GC), una vez finalizada la entrevista con cada PSE, acerca de la *percepción de su grado de habilidad para realizar la ECF*, se obtuvo la siguiente información: por una parte la relacionada con la **puntuación total** (sobre una puntuación máxima de 50 puntos) y por otra, la **puntuación** relacionada con **cada una de las fases de la entrevista clínica** (sobre una puntuación máxima de 10 puntos).

## V. Ciclo II (2010-13)

### EVOLUCIÓN DEL GRADO DE HABILIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF: Puntuación Total

El **grado de habilidad** percibido por los alumnos **para realizar la ECF**, sobre una puntuación máxima de 50 puntos, *mejoró desde la primera a la 3ª entrevista* para los alumnos del Grupo de intervención (GI) y cuando se compararon las puntuaciones entre ambos grupos (GI vs. GC), fueron superiores en el GI, siendo las diferencias significativas. Dentro del GI las diferencias de puntuación observadas, fueron en todos los casos *estadísticamente significativos* (ver en la **Tabla 104**).

TABLA 104 PERCEPCIÓN HABILIDAD PARA REALIZAR LA ECF (VALOR TOTAL): GI y GI-GC. Ciclo II								
GRUPO/n	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
		E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>	(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
PERCEPCIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA. P. máxima: 50 puntos								
<b>GI/28</b>	30,0 (8,00)	,010*	34,0 (3,75)	,015*	30,0 (8,00)	,000*	36,0 (6,75)	,001*
	34,0 (3,75)		36,0 (6,75)		36,0 (6,75)			
<b>GC/28</b>							26,50 (6,50)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 50 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### EVOLUCIÓN DEL GRADO DE HABILIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF: Puntuación para cada una de las fases de la ECF

El **grado de habilidad percibido**, para realizar **cada una de las fases de la ECF**, por los alumnos del **Grupo de intervención (GI)**, mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en todas las fases excepto en la fase inicial, sin embargo las diferencias no fueron significativas (p≥,017). Cuando se compararon las puntuaciones **entre el Grupo de intervención (GI) y el Grupo control (GC)** éstas siempre fueron superiores en el caso del GI siendo los resultados significativos (p≤,05) para todas las fases, excepto para la Fase inicial (ver en la **Tabla 105**).

GRUPO/n	PERCEPCIÓN HABILIDAD PARA REALIZAR LA ECF (FASES DE LA ECF): GI y GI-GC. Ciclo II							
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub> **	p-valor †	E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub> **	p-valor †	E <sub>3</sub>	p-valor ††
	E <sub>1</sub> /E <sub>2</sub>		E <sub>2</sub> /E <sub>3</sub>		E <sub>1</sub> /E <sub>3</sub>		(GI/GC)	E <sub>3</sub> -E <sub>3</sub>
<b>FASE INICIAL. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	7,0 (1,00)	1,00	7,0 (1,00)	1,00	7,0 (1,00)	1,00	7,0 (1,00)	,082
	7,0 (1,00)		7,0 (1,00)		7,0 (1,00)			
GC/28							6,50 (1,00)	
<b>FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,75)	0,158	7,0 (1,00)	1,00	6,0 (2,75)	,257	7,0 (2,00)	,050*
	7,0 (1,00)		7,0 (2,00)		7,0 (2,00)			
GC/28							5,0 (2,75)	
<b>FASE DE EXAMEN FÍSICO. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,75)	0,158	7,0 (1,00)	1,00	6,0 (2,75)	,257	7,0 (2,00)	,050*
	7,0 (1,00)		7,0 (2,00)		7,0 (2,00)			
GC/28							5,0 (2,75)	
<b>FASE DE EXPLICACIÓN Y DE PLANIFICACIÓN. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,00)	,139	7,0 (1,00)	1,00	6,0 (2,00)	,254	7,0 (1,75)	,048*
	7,0 (1,00)		7,0 (1,75)		7,0 (1,75)			
GC/28							5,0 (2,00)	
<b>FASE DE CIERRE DE LA ENTREVISTA. P.Màxima: 10 puntos</b>								
GI/28	6,0 (2,00)	,139	7,0 (1,00)	1,00	6,0 (2,00)	,209	7,0 (2,00)	,049*
	7,0 (1,00)		7,0 (2,00)		7,0 (2,00)			
GC/28							5,0 (2,00)	

**Abreviaciones:** GI, grupo de intervención; GC, Grupo control; E1, entrev. PS 1; E2, entrev. PS 2; E3, entrev. PS 3.  
 \*\*Los valores representados corresponden a la mediana y al rango intercuartil (paréntesis) sobre una puntuación máxima de 10 puntos. †† P-valor obtenido mediante Mann-Whitney test (valor significativo para p≤,05); † P-valor obtenido mediante la Prueba de Friedman aplicando la corrección de Bonferroni (valor significativo para p≤,017). Se representa un asterisco junto al valor numérico cuando el resultado es significativo para el valor de la p.

### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): IMPACTO DE LAS DISTINTAS METODOLOGÍAS (Encuesta 5 y 6)

A partir de la información extraída de las Encuestas 5 y 6 presentaremos la información relacionada con la percepción de los alumnos, en relación a la influencia de los distintos métodos utilizados en su aprendizaje.

### ▢ IMPACTO DE LOS MÉTODOS DE APRENDIZAJE: SEMINARIOS, E-ACTIVIDADES

## V. Ciclo II (2010-13)

En la **Tabla 106** puede observarse la información relacionada con el impacto de los seminarios y de las E-actividades. La máxima puntuación obtenible (para cada método) fue de 4 puntos.

<b>TABLA 106</b>		<b>IMPACTO: SEMINARIOS, E-ACTIVIDADES. Ciclo II</b>			
<i>¿Qué métodos han influido en el aprendizaje de HC aplicados a la realización de la ECF?</i>	Puntuación máxima obtenible / Grado de influencia	G. INTERVENCIÓN		G. CONTROL	
		(media y DE)/ Grado de influencia (%)	(media y DE)/ Grado de influencia (%)	(media y DE)/ Grado de influencia (%)	(media y DE)/ Grado de influencia (%)
<b>Seminarios</b>	<b>4,00</b>	<b>2,857 (2,50)</b>	<b>2,50 (,693)</b>		
	Nula	-	-		
	Ligera	-	-		
	Moderada	25,00 %	39,30 %		
	Importante	64,30 %	50,00 %		
	Muy importante	10,70 %	3,60 %		
<b>E-actividades: análisis de vídeo clips</b>	<b>4,00</b>	<b>3,28 (,975)</b>		<b>ACTIVIDAD NO REALIZADA</b>	
	Nula	3,60 %			
	Ligera	3,60 %			
	Moderada	3,60 %			
	Importante	39,30 %			
	Muy importante	50,30 %			
<b>E-actividades: resolución de casos</b>	<b>4,00</b>	<b>3,214 (,738)</b>	<b>3,035 (,792)</b>		
	Nula	-	-		
	Ligera	-	3,60 %		
	Moderada	17,80 %	7,90 %		
	Importante	42,90 %	50,00 %		
	Muy importante	39,30 %	28,60 %		

### **IMPACTO DE LOS MÉTODOS DE APRENDIZAJE: PACIENTE SIMULADO, OBSERVACIÓN DEL VIDEO, OBTENCIÓN DE FEEDBACK POR EL P. SIMULADO**

En cuanto a los datos de la **Tabla 107** fue la **realización de entrevistas al PSE** el método mejor puntuado por los alumnos del **GI**. En cuanto al **GC**, la metodología mejor puntuada fue la **observación del video de la entrevista de cada alumno y la obtención de feedback**. Los métodos que obtuvieron una puntuación menor fueron en ambos casos (para el GI y para el GC) la realización de seminarios.

<b>TABLA 107</b>		<b>IMPACTO: PSE, VÍDEO, RETROACCIÓN. Ciclo II</b>			
<i>¿Qué métodos han influido en el aprendizaje de HC aplicados a la realización de la ECF?</i>	<b>Puntuación máxima obtenible / Grado de influencia</b>	<b>G. INTERVENCIÓN (media y DE)/ Grado de influencia (%)</b>	<b>G. CONTROL (media y DE)/ Grado de influencia (%)</b>		
<b>Entrevista al PS</b>	<b>4,00</b>	<b>3,928 (,262)</b>		<b>3,607 (,685)</b>	
	Nula	-		-	
	Ligera	-		-	
	Moderada	-		-	
	Importante	7,10 %		28,60%	
	Muy importante	92,9 %		67,90%	
<b>Observación del vídeo y obtención de Feedback (compañeros y profesor)</b>	<b>4,00</b>	<b>3,857 (,356)</b>		<b>4,00 (,000)</b>	
	Nula	-		-	
	Ligera	-		-	
	Moderada	-		-	
	Importante	14,30 %		-	
	Muy importante	85,70 %		100 %	
<b>Feedback (Paciente simulado)</b>	<b>4,00</b>	<b>3,892 (,314)</b>			<b>ACTIVIDAD NO REALIZADA</b>
	Nula				
	Ligera				
	Moderada				
	Importante	10,70 %			
	Muy importante	89,30 %			

### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LOS SEMINARIOS

Con relación a las **metodologías** utilizadas en los seminarios, se expondrán los aspectos comentados por los alumnos del **Grupo de intervención** (donde se tendrán en cuenta las opiniones que tienen que ver con **los cambios introducidos durante el Ciclo II**) y por los del **Grupo control**. Las opiniones vertidas por los alumnos pueden observarse en el **Anexo 3**.

### ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS SEMINARIOS: GRUPO DE INTERVENCIÓN

**Resumen (Ciclo II; GI):** El análisis de vídeos (de entrevistas) ayudo a los alumnos a integrar las diferentes fases de la ECF, aunque el análisis de la CNV supuso una cierta complejidad. Las sesiones de **role play** ayudaron a que los alumnos aprendieran a estructurar la ECF, a identificar los errores habituales y a tomar consciencia de las



## V. Ciclo II (2010-13)

---

dificultades. Los alumnos tuvieron dificultades para decidir cuándo hacer preguntas abiertas o cerradas.

Las dos actividades realizadas durante los seminarios (**análisis de vídeos** y las dos sesiones de role play) fueron valoradas positivamente por los alumnos, aunque con diferentes matices.

### ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS SEMINARIOS: GRUPO CONTROL

**Resumen (Ciclo II; GC):** Aunque las clases ayudaron a identificar las habilidades básicas para realizar la ECF, hubo un **exceso de contenidos teóricos y un déficit de actividades prácticas**. Los alumnos señalaron como uno de los aspectos más complejos el manejo de las habilidades de CNV.

### ▶ FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LAS E-ACTIVIDADES

Con relación a las **metodologías**, utilizadas en la realización de E-actividades, se recogen las opiniones vertidas por los alumnos del GI y del GC.

### ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)

**Resumen (Ciclo II; GI):** La realización de **E-actividades** fue valorada por el conjunto de alumnos del grupo como bastante útil en el 65% de los casos. El **análisis de video clips** para identificar, mediante la observación y la interpretación, aspectos de la CNV y de la CV resultó ser una tarea útil para el aprendizaje de HC pero no exenta de complejidad para algunos alumnos. La resolución de **casos-problema** ayudó a los alumnos a resolver situaciones, próximas a la realidad, en las que tuvieron que definir qué información podían proporcionar y cómo debían hacerlo. La participación de los alumnos en el foro fue del 25%.

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *El análisis de las HC verbales y no verbales, la resolución de casos – problema y la participación en los Foros (espacio colaborativo Moodle).*

El tiempo dedicado por un 75% de los alumnos a realizar cada una de las 3 E-actividades fue superior a 1 hora para el 20% de los alumnos y de 45 minutos para el 5% restante. Todos los alumnos realizaron las E- actividades propuestas en el espacio Moodle de la asignatura. Sin embargo, la participación de los alumnos en el foro fue del 25%.

### ▮ **METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES: GRUPO CONTROL (GC)**

**Resumen (Ciclo II; GC):** Al realizar las E-actividades los alumnos valoraron de forma más positiva, para su aprendizaje, la identificación de los errores más habituales (de cada una de las fases de la entrevista) y la resolución de casos problema.

Los alumnos tuvieron que resolver preguntas conceptuales, identificar los errores más frecuentes de cada una de las fases de la ECF y resolver situaciones problema relacionadas con el uso de las habilidades de comunicación. En este caso no se realizó ninguna actividad de análisis de video clips.

### ▶ **FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LA ENTREVISTA AL PSE**

Con relación a la utilización de la ECF con el **paciente simulado** para favorecer el aprendizaje de HC, mostramos las opiniones de los alumnos de ambos grupos (GI y GC) de acuerdo a las categorías definidas.

### ▮ **METODOLOGÍA UTILIZADA AL ENTREVISTAR AL P. SIMULADO: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)**

**Resumen (Ciclo II; GI):** Al realizar la ECF con el PSE los alumnos **percibieron** que: participaron en una experiencia real o casi real, consiguieron establecer una relación empática con el PSE, la experiencia les preparó para el mundo laboral. Los alumnos **dijeron haber mejorado** (al final de la 3ª entrevista) en las habilidades necesarias para

## V. Ciclo II (2010-13)

---

llevar a cabo las fases de *recogida de la información* (escucha activa, selección del tipo de preguntas), de *explicación y planificación*, en las *habilidades de CNV* y en la *percepción de seguridad*. Entre los aspectos que supusieron **mayor dificultad** destacaron: el *saber desenvolverse con el perfil del paciente* que les tocó entrevistar (dificultad para realizar la exploración física y para establecer la relación).

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *Estructurar correctamente la entrevista, establecer las bases para iniciar una relación óptima con el paciente, detectar los errores más habituales (relacionados con el manejo de las HC) en cada fase.*

**Resumen (Ciclo II; GC):** Al realizar la ECF con el PSE los alumnos **afirmaron** que: participaron en una *experiencia real o muy próxima a la realidad*, necesitaron *más formación* y haber participado en más experiencias formativas similares a ésta para realizar correctamente la ECF, la entrevista les hizo *tomar más consciencia de las dificultades* que conlleva realizar una buena ECF, sintieron *inseguridad* por no haber realizado ECF de forma previa, la experiencia les preparó para el *mundo laboral* y, el hecho de saber que su entrevista sería grabada les produjo un mayor grado de *tensión y de nerviosismo*. Definieron como **aspectos de dificultad y de necesidad de mejora**: la *recogida de la información del paciente*, la *exploración física*, la *explicación y la planificación*, la *habilidad para estructurar* la ECF y para obtener el diagnóstico de Fisioterapia y los aspectos comunicativos relacionados con la capacidad para la *escucha activa y el manejo de las habilidades de comunicación verbales y no verbales*.

► **FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LAS SESIONES DE FEEDBACK (ver el vídeo de la entrevista)**

Con relación a la **metodología** relacionada con el uso del video para facilitar el aprendizaje de HC a partir de la observación y del análisis de las entrevistas, exponemos las opiniones vertidas por los alumnos del GI y del GC.

▮ **METODOLOGÍA BASADA EN LA UTILIZACIÓN DEL VÍDEO Y DE LA GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)**

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *La búsqueda de un instrumento de apoyo para valorar las*

*entrevistas de cada alumno (después de ver el video de cada entrevista en grupos reducidos) y para que la participación y las aportaciones realizadas fueran más ricas.*

**Resumen (Ciclo II; GI):** La Guía Calgary Cambridge fue considerado como un *instrumento de apoyo útil para valorar la calidad de las entrevistas*, de los alumnos del GI. El hecho de disponer de la Guía contribuyó a proporcionar un *mayor grado de solidez y de concreción a las valoraciones y a las intervenciones realizadas* por los alumnos. El método de aprendizaje basado en la observación, en la autovaloración y en la retroacción del grupo y del profesor, a partir del visionado del video de cada entrevista, fue valorado por los alumnos como un método de aprendizaje útil para la realización de la ECF.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): FEEDBACK PROPORCIONADO POR EL PSE (GI)

Se recogen las opiniones de los alumnos del GI con relación a la **metodología** basada en el uso del PS como “formador” cuando éste proporciona retroacción al alumno al finalizar la entrevista clínica.

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *Se consideró que si el PSE proporcionaba retroacción al finalizar la ECF el alumno recibiría de forma directa una valoración formativa por parte del PSE, positiva para su aprendizaje.*

**Resumen (Ciclo II; GI):** Los alumnos consideraron que la retroacción, que el PSE realizó al final de la ECF, contribuyó a reforzar aquello que se realizó correctamente y a tomar consciencia de los aspectos susceptibles de mejora. Bajo su punto de vista este método fue útil y positivo para su aprendizaje en el manejo de las habilidades para realizar la ECF.

#### ■ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A (PUNTO DE VISTA: INVESTIGADOR)

A continuación mostraremos la información relacionada con la percepción del investigador en relación al proceso de E-A seguido.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### FUENTE DE LA INFORMACIÓN: CUADERNO DE TRABAJO

Se prestará atención a: los **seminarios**, las **E-actividades**, la **entrevista al paciente simulado** y a la obtención de **feedback** por parte del alumno y a las sesiones de **visionado de las entrevistas** realizadas.

### FOCO DE ATENCIÓN: LOS SEMINARIOS (GI)

**Resumen (Ciclo II; GI):** Durante los seminarios se analizaron **video clips** de entrevistas, para facilitar el aprendizaje de la capacidad de observación e interpretación de los alumnos. También se realizaron sesiones de **role play** en las que, en base a un caso clínico, los alumnos en grupos reducidos interpretaron cada una de las fases de la ECF. Posteriormente se analizaron las intervenciones realizadas remarcando aquello que se realizó de forma correcta e incorrecta buscando las posibles alternativas. Los alumnos valoraron positivamente su participación en las sesiones y nuestra opinión es que las sesiones facilitaron el aprendizaje de las HC básicas para realizar la ECF.

La percepción del investigador fue que, con relación al Ciclo I, hubo una mejora en la organización de los horarios de los alumnos y en la metodología seguida durante los seminarios. Durante los seminarios **se trabajaron los tres aspectos** recogidos en el informe final del Ciclo I:

- Mejorar las *habilidades para establecer la relación con el paciente*.
- Mejorar las *habilidades para recoger la información* relacionada con el problema del paciente.
- Mejorar las *habilidades comunicativas no verbales*.

Todos los alumnos asistieron a los seminarios y participaron activamente, tanto en las sesiones de análisis de los vídeo clips como en las sesiones de role play. A un 20% de los alumnos les hubiera gustado poder analizar y valorar entrevistas clínicas completas y adquirir, de este modo, una perspectiva más global de la ECF. Sin embargo se trabajó cada una de las fases de la entrevista clínica

en las sesiones de role play. En el transcurso de cada sesión los alumnos, analizaron y discutieron bajo la supervisión del profesor, qué aspectos se habían realizado correctamente y por qué, cuáles debían mejorar y por qué y cuáles eran las propuesta de mejora y por qué.

*Bajo nuestro punto de vista las actividades realizadas en los seminarios contribuyeron a facilitar el aprendizaje. Quizás faltó preparar mejor la interpretación de los casos por parte de los alumnos y mejorar la supervisión, por parte del profesor, antes de su escenificación.*

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS E-ACTIVIDADES (GI)

**Resumen (Ciclo II; GI):** El investigador percibió una mejoría en la actitud de los alumnos asociada a la reducción del número de E-actividades a realizar y al enfoque de las mismas. El *análisis de video clips* ayudó a los alumnos a observar e interpretar aspectos de la CV y de la CNV relevantes para el aprendizaje. Algunos alumnos comentaron que el análisis de una entrevista completa (no fragmentada) les hubiera ayudado a tener una idea más global de la ECF. La *resolución de casos-problema* ayudó a los alumnos, que más se implicaron, a prepararse ante diferentes situaciones (saber cómo). La participación de los alumnos en el foro virtual fue escasa, por este motivo se desvirtuó la intención original de impulsar el aprendizaje colaborativo por esta vía.

**Se introdujeron las modificaciones propuestas durante el informe final del Ciclo I**, relacionadas con la *disminución del número de actividades y la supresión de las preguntas conceptuales*. Dando continuidad a las actividades realizadas durante los seminarios, se mantuvieron las actividades de análisis de video clips y las de resolución de casos problema. Por otra parte se publicaron, en el espacio Moodle, las actividades mejor valoradas para que fueran tenidas en cuenta, como material de consulta, antes de realizar las entrevistas con los PS. Bajo nuestro punto de vista, la **reducción del número de actividades** hizo que los alumnos no vivieran la realización de las mismas como una sobrecarga difícil de simultanear con la realización de actividades de otras asignaturas.

*En cuanto a las actividades planteadas, el **análisis de video clips** ayudó a los alumnos a mejorar su capacidad de observación y de interpretación e indirectamente a saber cómo analizar aspectos de la CV y de la CNV, además de detectar los errores más frecuentes que se producen al realizar una entrevista clínica.* Un 20% de los alumnos echó de menos no

## V. Ciclo II (2010-13)

---

poder analizar entrevistas clínicas completas, pero ni el sistema ni el tiempo disponible permitieron este planteamiento. La **resolución de casos-problema** ayudó a que los alumnos tuvieran que dar respuesta a situaciones próximas a la realidad. Aquellos alumnos que más se implicaron, en la resolución de los casos, generaron más posibilidades de aprendizaje, pues la retroacción proporcionada por el profesor estuvo más focalizada en las necesidades formativas de cada alumno. Nuestra intención inicial, al plantear la metodología de cada una de las E-actividades, fue la de impulsar el aprendizaje colaborativo mediante la participación de los alumnos en el Foro de debate. Si bien el profesor utilizó el Foro como el principal canal de comunicación con los alumnos, la participación de éstos en el foro fue muy escasa (10% de los alumnos) y por este motivo se optó por hacer visibles las actividades más elaboradas.

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LA ENTREVISTA DEL ALUMNO AL PSE (GI)

**Resumen (Ciclo II; GI):** Los alumnos realizaron un **progreso, en relación al manejo de las HC, desde la 1ª a la 3ª entrevista**. Las entrevistas tuvieron una **gradación de dificultad**, siendo la última la más compleja. El 35% de los alumnos tuvo dificultades para tratar al tercer PSE debido a su perfil. Los alumnos que menos se habían implicado en las actividades realizadas hasta la consecución de la 3ª entrevista, tuvieron más dificultades para integrar y aplicar los conocimientos así como las habilidades aprendidas. Tras realizar la 3ª entrevista **el PSE proporcionó feedback a cada alumno** para explicarle que errores y aciertos había cometido. Aunque el 85% de los alumnos valoró positivamente este método, consideramos que faltó **definir** con mayor claridad, durante el entrenamiento con el PSE, qué **aspectos debía resaltar durante la retroacción**.

La **calidad de las entrevistas**, realizadas por los alumnos del GI a los PSE, siguió una evolución positiva desde la primera a la 3ª entrevista. Los alumnos a partir de la 2ª entrevista ya habían tomado consciencia de los errores más frecuentes, asumieron la estructura de la ECF, no estuvieron tan pendientes del guion a seguir y contestaron, a las preguntas reto planteadas por el paciente, con mayor espontaneidad

En cada uno de los casos, interpretados por los tres PSE, hubo una cierta **progresión en la dificultad** y por este motivo, en el tercer caso hubo en un 30% de los alumnos una sensación de desánimo, pues tomaron consciencia de la dificultad de tratar con pacientes cuyo problema no era únicamente físico. De algún modo los alumnos, acostumbrados a interactuar con casos con un perfil eminentemente biológico, “huyen” de aquellos casos que no saben cómo afrontar.

Aquellos alumnos que **más se habían implicado** en las actividades realizadas hasta ese momento cometieron menos errores. Por el contrario, los alumnos que **menos se implicaron** repitieron errores detectados en las primeras entrevistas tales como: la dificultad para realizar preguntas más abiertas o más cerradas, la falta de estructura, la falta de atención para establecer una relación adecuada con el paciente. Un 45% de los alumnos tuvo dificultades para correlacionar la información recogida del paciente con el **proceso de razonamiento clínico** y con la **obtención del diagnóstico de Fisioterapia**. Ello puede deberse a dos factores, por una parte al hecho de prestar más atención a la estructura de la entrevista que al contenido de la misma y por otra, a la dificultad para aplicar el proceso de razonamiento clínico.

Una vez finalizada la última entrevista, **el PSE 3 proporcionó feedback a cada uno de los alumnos**. La mayoría de alumnos (85%) valoraron positivamente las recomendaciones que les dio el paciente para mejorar sus habilidades de comunicación. Bajo nuestro punto de vista faltó instruir más a fondo al PSE para que centrara su foco de atención no solo en los aspectos formales sino que también lo hiciera en el contenido de la entrevista.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS SESIONES DE FEEDBACK “VER MI ENTREVISTA”

**Resumen (Ciclo II; GI):** El 92,85% de los alumnos del GI *asistió* a todas las sesiones de feedback. El aprovechamiento de las mismas mejoró con el uso de la *Guía Calgary Cambridge*. Su uso permitió a los alumnos ser *más precisos en las valoraciones de las entrevistas* e indirectamente y a que el análisis de las mismas se realizara de un modo más estructurado. A diferencia del Ciclo I, el profesor alentó a los alumnos a que justificaran sus valoraciones y a que ofrecieran alternativas en el caso de que la valoración hubiera



## V. Ciclo II (2010-13)

---

sido negativa. Por otra parte se insistió en la idea de *resumir al final de cada sesión* los aspectos en los que se había alcanzado un consenso y en los que se había generado aprendizaje. El hecho de disponer de videograbaciones digitalizadas de calidad, debido al soporte del Servicio de Recursos Educativos (SRE), facilitó la tarea de analizar los videos e influyó en el cumplimiento del cronograma previsto. Éste último aspecto permitió a los alumnos asistir a las prácticas asistenciales programadas, pues no fue necesario recuperar ninguna sesión por causa del mal funcionamiento de las videograbaciones. En las sesiones realizadas tras la primera entrevista, se requirió una atención especial a la estructura de la entrevista y a la fase de recogida de datos. Tras la 2ª y la 3ª entrevista se insistió más en la correlación entre la recogida de datos y el razonamiento clínico así como en la calidad de la relación entre el alumno y el PSE, siendo el manejo de las habilidades comunicativas verbales y no verbales y su aplicación al paciente con un marcado perfil biopsicosocial, los aspectos que generaron mayor discusión.

El 92,85% de los alumnos asistió a las 3 sesiones de Feedback para ver y para analizar el video de su entrevista. Las causas de absentismo fueron laborales o por enfermedad. En estos casos se permitió a los alumnos asistir en otro horario para ver el video de su entrevista. El 100% de los alumnos consideró que la visualización del video de su entrevista les ayudó en el aprendizaje de HC para realizar la ECF.

La introducción de la *Guía Calgary Cambridge*, para valorar cada una de las entrevistas por parte de los alumnos, contribuyó a que éstos ordenaran sus aportaciones y a que éstas fueran más sólidas. Durante el Ciclo I los alumnos repetían muy a menudo, durante el momento de la valoración de las entrevistas, los comentarios de otros compañeros. A partir del uso de la Guía, las aportaciones no fueron tan repetitivas y mejoraron bajo un punto de vista cualitativo, permitiendo generar aprendizaje a partir de las aportaciones de cada miembro del grupo. El hecho de solicitar a los alumnos que resumieran los aspectos de mayor relevancia observados durante la sesión, ayudó a clarificar los conceptos y a visualizar el grado de consenso conseguido.

El soporte técnico del SRE, al digitalizar las videograbaciones en un tiempo razonable y a que éstas tuvieran una calidad óptima, permitió analizar con una mayor calidad audiovisual

cada una de las entrevistas y que los seminarios se realizaran dentro del cronograma previsto.

Durante la **1ª sesión** (posterior a la realización de la 1ª entrevista al PSE), el **foco de atención** se centró en la *estructura* de las sesiones, en la *pérdida de la información* (durante la fase de recogida de la información), en el *modo de plantear la exploración* del paciente (qué es recomendable bajo el punto de vista comunicativo y del razonamiento clínico y porqué) y en las *fases de explicación y de planificación* (qué información proporcionar y cómo). En cuanto a la calidad de la relación alumno-PSE observada, alrededor del 60,70% de los alumnos no tuvo en cuenta las “preguntas reto” del paciente y en un porcentaje similar interrumpió al paciente en más de 3 ocasiones durante el desarrollo de la entrevista. **En la 2ª sesión** (posterior a la realización de la 2ª entrevista al PSE), el **foco de atención** se centró en las *estrategias para obtener la máxima información* del paciente, en la *observación de la actitud* del alumno para *empatizar* con cada paciente y en las *dificultades asociadas a la comunicación no verbal*. El porcentaje de alumnos que no contestó a las preguntas del PS fue del 42,85% y el de los que le interrumpieron en más de 3 ocasiones del 15,7%.

**La 3ª sesión** (posterior a la 3ª entrevista con el PSE) estuvo más dirigida, dada la complejidad del paciente, al *manejo de situaciones con un marcado perfil biopsicosocial*. Durante la sesión, la atención se centró, además de en *el razonamiento clínico*, en la estrategia para favorecer la *escucha activa*, la *empatía*, el manejo de la *comunicación verbal y no verbal*, así como la elaboración de la respuesta a las *demandas y las necesidades* de la paciente. Aquellos alumnos que actuaron de un modo similar a como lo hicieron en las entrevistas anteriores (donde el peso de los factores psicosociales fue menor) tuvieron más dificultades para conectar con el paciente, para obtener la información y para explicarle la estrategia a seguir durante la fase de planificación del tratamiento. Los alumnos tomaron consciencia de las dificultades para obtener la información y para conectar con este perfil de pacientes y por este motivo, un 71,42% de los alumnos manifestó la necesidad de realizar más entrevistas para manejarse con mayor seguridad. En este caso un 28,57% de los alumnos no contestó a las preguntas reto planteadas por la paciente y en un 14,28% de los casos se interrumpió a la paciente en más de 3 ocasiones.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

Al finalizar las sesiones percibimos una mejora en el manejo de las HC básicas, para la realización de la ECF, sin embargo consideramos que existe una necesidad de dedicar más atención a la entrevista con pacientes crónicos (en claro aumento en la sociedad actual) donde las necesidades y las limitaciones van más allá de las puramente biológicas.

### ■ PERCEPCIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO

A continuación mostraremos la información relacionada con la percepción del **grupo de trabajo**.

### └ FUENTE DE LA INFORMACIÓN: AUDIOGRABACIÓN DE LAS SESIONES

Se prestará atención a la **organización del proceso y al método de recogida de datos** así como a la valoración del **método de enseñanza-aprendizaje** aplicado.

### ▶ FOCO DE ATENCIÓN: ORGANIZACIÓN DEL PROCESO Y MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

En cuanto a la **organización horaria** de los seminarios se observó una mejora notable que en futuras intervenciones debe mantenerse. El hecho de convocar a 6 alumnos por hora, en lugar de cuatro, permitió que no hubiera **espacios muertos entre una entrevista y otra**. Con el apoyo del Servicio de recursos educativos (SRE) la **calidad audiovisual de las videograbaciones** mejoró sustancialmente, por ello no fue necesario realizar sesiones adicionales (asociadas en algún caso a la supresión de las prácticas clínicas por el solapamiento de ambas actividades). Tanto por la calidad del material digitalizado como por la **mejora en la disposición de las cámaras** se aseguró la posibilidad de realizar un análisis de las habilidades comunicativas más eficiente, durante el visionado de los videos de las entrevistas.

### ► FOCO DE ATENCIÓN: VALORACIÓN DEL MÉTODO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE

Se realizará un análisis de los seminarios, de las E-actividades, de la entrevista a los PS y de las sesiones grupales de feedback.

### ❖ LOS SEMINARIOS

La realización de **sesiones de role play**, en las que se trabajaron las diferentes fases de la entrevista, ayudaron a asentar la estructura de la entrevista y a visualizar los errores más habituales. Se recomienda realizar una **supervisión** más estricta de los casos, preparados por los alumnos, antes de su representación para evitar la improvisación. Por otra parte, el uso de la **Guía Calgary-Cambridge** para analizar las sesiones de role play puede resultar útil, para el aprendizaje de los alumnos, pues de algún modo contribuye a fomentar la crítica desde una estructura ya definida y ayudará a que los alumnos se familiaricen con este instrumento para analizar, más adelante, los videos de las entrevistas realizadas.

### ❖ LAS E-ACTIVIDADES

La **disminución del número de E-actividades** a realizar hizo que los alumnos no tuvieran, durante el mismo periodo, tanta carga asociada a la realización de actividades de diferentes asignaturas. La supresión de las cuestiones conceptuales y la introducción de **actividades de análisis de video clips**, donde debían poner en práctica las habilidades de observación e interpretación, permitieron mejorar su sensibilidad para dar una mayor relevancia a la comunicación no verbal. A pesar de ello, los alumnos tuvieron, en algún momento, dificultades para resolver las cuestiones planteadas y probablemente se necesiten nuevas acciones para mejorar las habilidades comunicativas no verbales. Se consideró que la realización de las actividades relacionadas con la **resolución de caso-problema** (ya planteadas durante el Ciclo I) fue útil para preparar al alumno ante nuevas situaciones, si bien el aprendizaje debe reforzarse con el análisis de las entrevistas realizadas (sesiones de feedback).

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ❖ LAS ENTREVISTAS A LOS PSE

Se consiguió que los alumnos supieran **estructurar correctamente la ECF** y que tomaran consciencia de los **aspectos de la comunicación básicos** e imprescindibles para establecer la relación con el paciente. Una de las dificultades observadas tuvo que ver con el manejo de la última entrevista cuyo paciente tenía un marcado **perfil biopsicosocial**. Se recomienda que el alumno pueda interactuar con más pacientes simulados de este tipo y también con pacientes reales. Otro de los aspectos a destacar tuvo que ver con la dificultad para **correlacionar la información obtenida del paciente con el proceso de razonamiento clínico** hasta la obtención del diagnóstico de Fisioterapia. Se recomienda **realizar acciones formativas para trabajar el proceso de razonamiento clínico**, como por ejemplo creando una asignatura o actividades monográficas a partir de casos problema o mediante el método ABP y, más adelante con casos reales trabajados a partir de las prácticas clínicas realizadas por los alumnos durante los dos últimos cursos del Grado.

### ❖ LAS SESIONES DE FEEDBACK

El uso de la **Guía Calgary Cambridge** supuso una mejoría notable en el método para analizar los videos de las entrevistas. Por otra parte el hecho de alentar a los alumnos a que además de dar su opinión la **justificaran y propusieran nuevas alternativas**, en caso de desacuerdo, predispuso a generar aprendizaje. El tamaño de los grupos (de 4 a 5 alumnos) para ver los videos fue correcto, pues las sesiones tuvieron una duración aproximada de dos horas. La recomendación es que se requiere más profesorado para realizar esta metodología o bien trabajar con grupos más amplios de alumnos, pues el tiempo requerido por parte del profesor es excesivo.

#### 4.1.2.3. Datos relacionados con la fiabilidad de los instrumentos de medición

Para medir el grado de acuerdo o de reproducibilidad de las evaluaciones realizadas por dos observadores distintos, mediante la Escala CICA, se tendrán en cuenta los resultados del **índice de Kappa** (Test de Cohen).

## ■ ESCALA CICAA, TAREA 1: CONECTAR

**TABLA 108** CONSISTENCIA INTERNA INTEROBSERVADOR (Test de Kappa): Observador 1 vs. Observador 2

(GI:PS1, PS2 y GC/GI: PS3)

CICAA. TAREA 1: CONECTAR			
PREGUNTA	CICAA (GI: PS1)	CICAA (GI: PS2)	CICAA (GC/GI: PS3)
	K (valor)	K (valor)	K (valor)
1	,530	,551	,860
2	,433	,615	,891
3	,432	,200	,708
4	,600	,916	,684
5	,189	,676	,574
6	,550	,653	,830

El nivel de consistencia interna para la evaluación de la Tarea 1 (en el caso del PS 3) fue muy bueno (0,80 – 1,00) en 3 preguntas, bueno (k= 0,60 a 0,80) en 2 preguntas y moderado (0,40-0,60) en una de las preguntas de la Tarea 1 (ver **Tabla 108**).

## ■ ESCALA CICAA, TAREA 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

El nivel de consistencia interna para la evaluación de la Tarea 2 (en el caso del PS 3) fue muy bueno (0,80 – 1,00) en 8 preguntas y bueno (k= 0,60 a 0,80) en 6 preguntas (ver **Tabla 109**).

## V. Ciclo II (2010-13)

**TABLA 109**      **CONSISTENCIA INTERNA INTEROBSERVADOR**  
 (Test de Kappa): Observador 1 vs. Observador 2  
 (GI:PS1, PS2 y GC/GI: PS3)

<b>CICAA. TAREA 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS</b>				
<b>PREGUNTA</b>	<b>CICAA (GI: PS1)</b>	<b>CICAA (GI: PS2)</b>	<b>CICAA (GC/GI: PS3)</b>	<b>(GC/GI: PS3)</b>
	<b>K (valor)</b>	<b>K (valor)</b>	<b>K (valor)</b>	
7	,729	,719	,844	
8	,602	,844	,745	
9	,576	,708	,667	
10	,646	,472	,747	
11	,781	,645	,666	
12	,592	,689	,873	
13	,519	,893	,902	
14	,619	1,000	,820	
15	,472	,836	,740	
16	,881	,840	,874	
17	,721	,845	,892	
18	,588	,879	,863	
19	,779	,945	,891	
20	,610	1,000	,783	

### ■ **ESCALA CICAA, TAREAS 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR**

El **nivel de consistencia interna** para la evaluación de las **Tareas 3-4** (en el caso del PS 3) fue muy bueno (0,80 – 1,00) en 3 preguntas y bueno (k= 0,60 a 0,80) en 4 preguntas (ver **Tabla 110**). Las preguntas 25 y 27 no fueron valoradas ya que no se tuvieron en cuenta durante la evaluación de los alumnos.

**TABLA 110 CONSISTENCIA INTERNA INTEROBSERVADOR**  
 (Test de Kappa): Observador 1 vs. Observador 2

(GI:PS1, PS2 y GC/GI: PS3)

CICAA. TAREAS 3-4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR						
PREGUNT A	CICAA PS1)	(GI: PS2)	CICAA PS2)	(GI: PS3)	CICAA PS3)	(GC/GI:
	K (valor)		K (valor)		K (valor)	
21	,793		1,000		,862	
22	,676		,479		,775	
23	,492		1,000		,706	
24	,591		,727		,792	
25	-		-		-	
26	,807		,868		,969	
27	-		-		-	
28	0,600		0,877		0,796	
29	,411		,911		,876	

#### 4.1.2.4. Datos relacionados con la validación de la información

Tal y como sucedió durante el **Ciclo I**, la *observación persistente*, la *triangulación* de la información y el uso de *material referencial* confirieron un grado de **credibilidad** a la investigación realizada. Consideramos que la información y los datos obtenidos pueden ser **transferibles** a realidades y contextos similares a los que se ha realizado el estudio pero con las debidas precauciones. Para proporcionar un carácter de **dependencia** a la validación se buscó la máxima *fiabilidad*, tanto bajo el punto de vista del análisis cuantitativo como del análisis cualitativo. Respecto al análisis cuantitativo, se analizó el grado de consistencia interobservador cuando 2 observadores externos evaluaron las entrevistas realizadas por los alumnos mediante una escala validada. En relación al **análisis cualitativo** se utilizaron diferentes técnicas de recogida y de análisis de datos. Durante el **Ciclo II** se buscó alcanzar la máxima **confirmabilidad**, consensuando la información con los alumnos, con los pacientes simulados y con el grupo de investigación. Por otra parte se buscaron *puntos de*



## V. Ciclo II (2010-13)

---

*comprobación* (grupo de trabajo) y se *contrastó la información* obtenida por diferentes vías y métodos (triangulación). Durante los dos ciclos la investigación cumplió con los requerimientos de la **ética de la investigación**, pues los alumnos firmaron la hoja de *consentimiento informado* para participar en el estudio y el *comité ético*, del Hospital Universitario de Sant Joan de Reus (HUSJR), corroboró y aprobó el cumplimiento de los requisitos necesarios para implementar esta investigación.

### 5. Redacción del informe

Presentamos el informe del Ciclo II de investigación-acción en los apartados que aparecen a continuación.

#### 5.1. Resumen

Una vez analizadas las conclusiones y las recomendaciones del **Ciclo I** de investigación - acción y de estudiar su aplicabilidad, se diseña el **Plan de acción II** que se concreta en la realización de una **nueva acción**, en los procesos de **observación** y de **reflexión** y en la redacción de este **informe**. El **Ciclo II** se realiza durante el curso académico 2010-11 y la intervención se aplica a los alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV. Tras aplicar los criterios de inclusión y de exclusión se reclutó a un total de 56 alumnos que se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: intervención (GI) y control (GC). **Los alumnos del GI** asistieron a 3 seminarios y realizaron 3 e-actividades, 3 entrevistas a 3 pacientes simulados estandarizados (PSE) con distintos perfiles, obtuvieron la retroacción del tercer PSE y visionaron el video de todas y cada una de sus entrevistas en grupos reducidos de alumnos para obtener la retroacción (“sesiones grupales de retroacción”). **Los alumnos del GC** asistieron a 3 clases magistrales, realizaron 3 E-actividades, entrevistaron a un PSE y visualizaron el video de su entrevista. Paralelamente se recoge la **información procedente de diferentes vías**: de los *alumnos* (encuestas, videograbaciones), de los *profesores* que forman parte del grupo de trabajo (audiograbación), de dos *observadores externos* que analizan la calidad de las entrevistas mediante una escala validada (CICAA) y de los *pacientes simulados* (Cuestionario MAPE 2). Tras la aplicación de las recomendaciones, planteadas al finalizar el Ciclo I, los alumnos obtuvieron una mejoría en los resultados de aprendizaje que se corroboró al triangular la información obtenida. Al

final de la intervención se diseñó una **propuesta formativa final**.

## 5.2. Introducción

Durante el Ciclo II y siguiendo la metodología de la **investigación-acción**, propuesta por Elliot (1993), se recogen las propuestas de mejora y las posibles modificaciones a realizar, como consecuencia de la aplicación del Ciclo I.

Con la intención de obtener una **mejoría en el aprendizaje** de habilidades de comunicación, para la obtención de la ECF, se propone **modificar** algunas de las acciones realizadas, **introducir nuevas acciones** y **mantener** aquellas que fueron valoradas positivamente durante el Ciclo I. El motivo que nos lleva a tomar estas decisiones se relaciona con la información obtenida tras la realización del Ciclo I y con la búsqueda de alternativas que son fruto de la experiencia y de las fuentes bibliográficas consultadas. En cada uno de los apartados que se suceden a continuación presentaremos la siguiente **información**: *¿Cuál es el problema sobre el que se centra la intervención en este nuevo ciclo? (Foco); ¿Qué aspectos son relevantes con relación al contexto? (Contexto); ¿Cuáles son los datos más relevantes y cuál es su interpretación? (Proyecto); ¿Ha variado la comprensión del problema?, ¿Cuál es la aportación de la investigación con relación a la teoría, a la práctica y a la institución? (Significación); ¿Qué efectos han tenido las acciones realizadas y cuáles serían las nuevas propuestas de acción? (Nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción).*

La realización de actividades para trabajar las habilidades de comunicación, y su aplicación a la ECF, tales como: los *seminarios* (role play), las *e-actividades* (análisis de videos y resolución de casos problema), las *entrevistas* a PSE (con la obtención de la retroacción del PSE) y el refuerzo de la capacidad de observación, mediante el *visionado de los videos*, son métodos que pueden contribuir a facilitar el aprendizaje de las **habilidades de comunicación básicas para realizar la ECF**. Se requiere una progresión, en el tiempo de dedicación del alumno y del profesor y en la adaptación de los diferentes métodos, para abordar entrevistas de mayor complejidad.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### 5.3. Foco

Con el **Plan de acción II** se busca **mejorar la intervención realizada durante el Ciclo I**, aplicando y adaptando las recomendaciones que se desprenden de su aplicación y que tienen que ver con:

✚ *La modificación de la organización horaria de los **seminarios** y de la **metodología** utilizada en los mismos.*

Tal y como ya comentamos el hecho de proponer **horarios más racionales** predispone a que los alumnos asistan a las actividades propuestas con una actitud más positiva, pues el cansancio acumulado dificulta la atención y la motivación para aprender en una actividad en la que se les solicita una participación activa. Por otra parte el hecho de utilizar el método **role play** para facilitar el aprendizaje de habilidades de comunicación ha demostrado ser un instrumento útil y económico tal y como corroboran diferentes autores (Joyner y Loung, 2006; Lane y Rollnick, 2007; Ruíz Moral, 2009; Nestel y Tierney, 2007; Rocca y McGraw, 2010). En nuestro caso, la metodología role play, se focalizó en el aprendizaje de la estructura de la entrevista clínica. Tal y como han propuesto diferentes autores (Seyforth, 2001; Lumlertgul et al, 2009; Klemenc-Ketis, 2011), la filmografía puede ser un método de apoyo útil para estimular la observación y la reflexión en los alumnos de las Ciencias de la Salud. En nuestro caso se utilizó la filmografía de libre acceso (youtube) para incidir, mediante la observación y la reflexión, en la **importancia de las habilidades de comunicación en general y en la comunicación no verbal en particular**.

✚ *La modificación del **número de E-actividades** a realizar y de la **metodología** utilizada para su consecución.*

En nuestro caso se disminuyó, respecto al Ciclo I, el número de **E-actividades** a realizar. Se potenciaron aquellas actividades que estimularan la capacidad de observación y de reflexión, a partir del análisis de secuencias de videos (de entrevistas realizadas por los alumnos y de la filmografía de libre acceso de youtube). Otra actividad fue la **resolución de casos – problema**, donde se buscó, respecto a la metodología seguida en el Ciclo I, justificar y argumentar la toma de decisiones. Por otra parte y de acuerdo a las distintas posibilidades para realizar las E-actividades (Cabero y Román, 2006) se programaron actividades individuales y, a la vez, colaborativas que fueron evaluadas. Para Ruíz Moral (2009) al realizar las actividades colaborativas "... no se persigue solo la asimilación de conocimientos, ni la adquisición de

habilidades, sino también la del cambio <<mental>> o, dicho en otros términos, una <<metahabilidad>> o habilidad metacognitiva que permite tener control sobre la forma en que una persona aprende y utiliza lo que aprende". En las actividades colaborativas los alumnos debían participar en el fórum, al menos en 2 ocasiones para dar respuesta a 2 preguntas planteadas por el profesor en diferentes momentos del proceso. Además los alumnos pueden utilizar el foro para plantear las dudas que les suscita la realización de las actividades y para buscar una solución a las mismas.

✚ *El rediseño y reentrenamiento de los **casos clínicos**, representados por los PSE, para facilitar su adaptación a los alumnos de Fisioterapia.*

Tal y como ya comentamos se procede a la repetición de las secuencias en las que alguno de los pacientes proporcionó una información, relacionada con su problema poco concisa para un alumno de Fisioterapia que inicia su aprendizaje en las habilidades de comunicación (por ejemplo: el alumno de Fisioterapia necesita que la definición de las características del dolor musculoesquelético sean muy precisas, la vaguedad o la indefinición suponen para un alumno no entrenado un problema y un motivo de inseguridad).

✚ *La participación activa del **paciente simulado estandarizado** (PSE), en la formación del alumno, al proporcionar retroacción una vez realizada la entrevista.*

Diferentes autores han considerado que tanto los PS (Barrows, 1993, Spencer et al, 2000; Bokken et al., 2010), debidamente entrenados, como los pacientes reales (Bokken et al, 2010; Henriksen y Ringsted, 2011) pueden jugar un papel relevante en la formación de los alumnos. En la mayoría de estudios publicados, no existen diferencias entre el papel instruccional proporcionado por los pacientes reales o por los pacientes simulados (Bokken et al, 2010). Este mismo autor recogió las percepciones de 163 alumnos de primer curso de Medicina y observo que el rol asignado a los pacientes como instructores fue considerado alto en ambos casos (pacientes reales vs. pacientes simulados). No obstante, los alumnos consideraron que el contacto con pacientes reales fue menos útil, para practicar habilidades de comunicación, y el feedback proporcionado fue menos provechoso que el proporcionado por los pacientes simulados. En cambio los PS, a pesar de ser percibidos por los alumnos como menos reales, proporcionaron una retroacción más específica. Según los autores, el uso de unos pacientes u otros depende del objetivo del encuentro y de la fase del currículum que se quiere trabajar.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

- ✚ *La solicitud de **apoyo técnico** al Servicio de recursos educativos (SRE) de la URV para agilizar el proceso de captura y digitalización de las videograbaciones y para mejorar la calidad del registro audiovisual de las mismas.*

Como ya se comentó el uso de tecnologías más avanzadas permitió mejorar la calidad de las imágenes y disminuir el tiempo de espera desde la videograbación a su digitalización.

- ✚ *La utilización de la **Guía Calgary Cambridge**, durante las sesiones de visionado de los videos de las entrevistas (Sesiones grupales de feedback), para facilitar el proceso de valoración de las entrevistas por parte de los alumnos.*

La Guía incluye todos los aspectos que deben ser incluidos en un programa de formación en habilidades de comunicación, es a su vez un apoyo importante para el aprendizaje del alumno (Draper et al., 2003; Silverman, 2007; Silverman, 2009), pues facilita la memorización de la estructura de la entrevista y permite proporcionar una retroacción sistemática al alumno, tras la realización de una entrevista y por tanto su valoración (Moore et al., 2010). En nuestro caso son los alumnos, con el apoyo del profesor los que valoran su propia entrevista y la de sus compañeros con este instrumento. De algún modo la valoración entre los alumnos facilita el aprendizaje (Morris, 2001; Ten Cate y Durning, 2007; Hulsman, Peters y Fabriek, 2013).

- ✚ *La **formación**, por parte del investigador, en nuevas metodologías para aprender habilidades de comunicación aplicadas a los profesionales de Ciencias de la Salud.*

Se valoró que la realización de una actividad de formación de docentes en comunicación asistencial de 30 horas de duración, por parte del investigador, podría revertir en el aprendizaje de los alumnos. En este sentido el investigador participó en esta actividad durante el periodo en el que se realizó la investigación, siendo los contenidos más relevantes para su aplicación a nuestro programa de formación: la definición y la adaptación de las habilidades de comunicación a cada escenario, las técnicas para redirigir al paciente, las técnicas y estrategias de adaptación del habla, cómo dar malas noticias y cómo gestionar las reacciones emocionales, la utilización de la filmografía para aprender habilidades de comunicación verbal y no verbal, y cómo aprenden habilidades de comunicación los profesionales adultos.

✚ **Consensuar los criterios para la utilización del Cuestionario CICAA, por parte de los dos observadores externos, cuyo cometido es valorar las habilidades comunicativas de los alumnos al realizar las entrevistas clínicas.**

En cuanto al proceso de valoración de las entrevistas por parte de los dos observadores externos, mediante el Cuestionario CICAA, se busca un consenso acerca del modo de valorar las entrevistas de los alumnos, tomando como referencia 4 entrevistas tomadas al azar (realizadas durante el Ciclo I) en la que se valora cada una y se consensuan los criterios de valoración. Para llevar a cabo esta actividad se siguieron las recomendaciones para usar esta misma Guía.

#### 5.4. Contexto

En cuanto al contexto, **no hubo cambios relevantes** pues para ese momento aún no se había modificado el Plan de estudios. El programa formativo seguido en el Módulo de habilidades de comunicación, durante el curso académico 2010-11, incluyó las modificaciones que acabamos de mencionar en el apartado anterior. Durante su aplicación, se recogió la información procedente de diferentes fuentes y se procedió a elaborar los resultados finales.

#### 5.5. Método de indagación

Durante el **Ciclo II** de investigación-acción se sigue aplicando una **metodología mixta** (cualitativa y cuantitativa). Nuestra intención es definir, a partir de la aplicación del nuevo plan de acción y de la realización de los procesos de observación, reflexión, análisis y evaluación, una mejora en el método de aprendizaje de las habilidades de comunicación básicas para la realización de la ECF.

#### 5.6. El Proyecto

Presentaremos los datos teniendo en cuenta su **descripción**, la **interpretación** de los mismos y su **validación**. Durante la explicación se tomarán en consideración las intervenciones realizadas durante el Ciclo I para situar en todo momento al lector.

## V. Ciclo II (2010-13)

### 5.6.1. Descripción de los datos

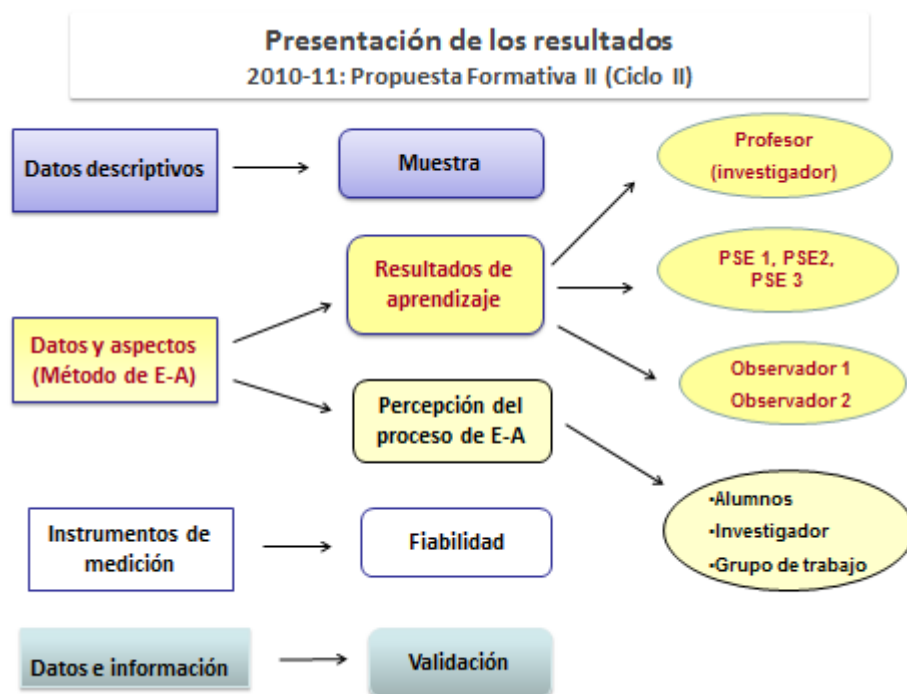


Fig. 43. Esquema de presentación de los resultados del Ciclo II, P. Formativa II

Para la descripción de los datos relacionados con la aplicación de la **Propuesta formativa II** se seguirá el esquema de la **Fig. 43**. Al final de cada subapartado se aportarán los datos del Ciclo I, para usarlos como referentes.

#### A. DATOS DESCRIPTIVOS (CICLO II)

Fueron **56 alumnos** de tercer curso (Curso académico: 2010-11), de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV, los que fueron reclutados tras cumplir los criterios de inclusión para participar en nuestro estudio. La **media de edad** fue de 22,43 (4,65) años, la distribución por **género** fue de un 57,14% (mujeres) y de un 42,85% (hombres). La **nota media del expediente académico** en el momento de iniciar la investigación fue de 1,93 (,38) puntos. El 50% de los alumnos se distribuyó de forma aleatoria en dos grupos de 28 alumnos: **grupo de intervención** (GI) y **grupo control** (GC). Del total de alumnos, un 39,28% realizó alguna **actividad de atención al público** y un 7,15% dijo haber recibido **formación en HC durante la**

**carrera** diferente a la recibida en el módulo de HC.

### Datos del Ciclo I (Fase de aplicación de la propuesta formativa I):

La muestra fue de **57 alumnos**, siendo el 75,4% mujeres y el 24,6% restante hombres. La edad media de los participantes fue de 25,04 (3,78) años. La nota media del expediente académico fue de 1,74 (,38). Los alumnos se distribuyeron en dos grupos de forma aleatoria: **Grupo de intervención (n=28)** y **Grupo control (n=29)**. No se preguntó por las actividades de atención al público.

## B. DATOS RELACIONADOS CON EL MÉTODO DE E-A

### B.1. RESULTADOS DE APRENDIZAJE (CICLO II)

Los resultados de aprendizaje fueron valorados por el **profesor** (investigador) que llevo a cabo la docencia, por los **pacientes simulados** y por dos **observadores externos** de acuerdo a la **Tabla 111**.

Tabla 111			Evaluación de los resultados de aprendizaje. Ciclo II.
EVALUADOR	INSTRUMENTO UTILIZADO	FOCO DE EVALUACIÓN	
Profesor/Investigador	<b>Evaluación de las E-actividades</b> (Puntuación máxima: 10 puntos)	Calidad de la respuesta	
Profesor/Investigador Pacientes simulados (PS)	<b>Cámara de video Handy-cam (Sony)</b> <b>Encuestas 4 y 5</b> <b>Escala MAPE 2</b>	Tiempo de duración entrevista Grado de implicación del alumno Deseo del PS de ser tratado por el alumno en próximas ocasiones Grado de habilidad para realizar cada ítem (Puntuación Escala MAPE 2)	
Observador 1 Observador 2	<b>Cuestionario CICAA</b>	Grado de habilidad para realizar cada ítem (Puntuación cuestionario CICAA)	

### ► EVALUACIÓN DE LAS E-ACTIVIDADES

El investigador evaluó las **E-actividades** realizadas por los alumnos de cada grupo. El **GI**



## V. Ciclo II (2010-13)

---

realizó 3 *E-actividades* (análisis de video clips de cada una de las fases de la entrevista y resolución de casos problema), cuya *participación* fue del 85,71% en la primera, del 96,42% en la 2ª y de un 100% en la 3ª. La *nota media de las calificaciones* de las 3 actividades (sobre 10 puntos) fue de 7,68 (2,12) puntos. El **GC** realizó 3 *E-actividades* (distintas a las del GI), siendo la *participación* en cada una de ellas del 96,42% y la *nota media* obtenida de 8,66 (1,85) puntos.

### Datos del Ciclo I (Fase de aplicación de la propuesta formativa I):

El **GI** realizó un total de 6 **E-actividades** (preguntas conceptuales, análisis de video clips de entrevistas de otros compañeros y resolución de casos de diferente complejidad) y el **GC** un total de 4 (preguntas conceptuales y resolución general de casos). La **nota media** obtenida por el **GI** fue de 7,8 (2,46) puntos y la del **GC** de 7,75 (2,12) puntos. Cuatro actividades del GI fueron realizadas por el 89,2% de los alumnos y las dos restantes por el 85,7%. Dos de las actividades del GC fueron realizadas por 93,1% de los alumnos, la 2ª por el 96,5% y la 3ª por el 89,6%.

### ► ENCUENTRO CON EL PACIENTE SIMULADO: DURACIÓN DE LA ENTREVISTA, IMPLICACIÓN DEL ALUMNO, RESULTADOS (ESCALA MAPE 2, CUESTIONARIO CICAA)

En relación al **encuentro con el Paciente simulado 3** (que fue entrevistado por ambos grupos de alumnos), destacaremos los siguientes datos: con relación a la **duración de la entrevista**, el tiempo medio dedicado por el **GI** fue de 16,66 min. (3,69) y en el caso del **GC** de 12,44 min. (2,80). El **PSE 3** dijo **desear ser tratado** (en sucesivas ocasiones) por el 89,3% de los alumnos del GI y por el 60,7% de los alumnos del GC. El **PSE 3** no supo en ningún momento a qué grupo pertenecían los alumnos.

### Datos del Ciclo I (Fase de aplicación de la propuesta formativa I):

La **duración media** de la ECF con el PS3 fue de 13,08 (2,81) min. para el GI y de 13,00 (4,32) min. para el GC. El **PSE 3** afirmó **desear ser tratado** por el 96,42% de los alumnos del GI y

por el 86,2% de los alumnos del GC.

Cuando los alumnos fueron evaluados por el **PSE 3**, mediante la **Escala MAPE 2 (puntuación global máxima: 60 puntos)**, los alumnos del **GI** obtuvieron una **puntuación global** de 37 (9,75) puntos y los del GC de 32 (10,75) puntos, siendo las diferencias entre ambos grupos significativas ( $p < ,05$ ). Dentro del **GI**, hubo una mejoría en la puntuación desde la 1ª entrevista: 37 (9,75) a la 2ª entrevista: 46 (5,50) y las diferencias observadas fueron significativas ( $p \leq ,17$ ), pero no hubo diferencias entre la 2ª y la 3ª entrevista. La puntuación obtenida, **de cada ítem** de la **Escala MAPE 2** (puntuación máxima: 10 puntos), por los alumnos del **GI** cuando entrevistaron al PSE 3 fue superior a la obtenida por los alumnos del **GC** en todos los ítems (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad, cierre) siendo los valores p obtenidos estadísticamente significativos ( $p < ,05$ ). Al analizar los resultados de la **puntuación de cada ítem, en el caso del GI**, se observó en todos y cada uno de los ítems una mejoría desde la 1ª a la 2ª entrevista, siendo las diferencias observadas significativas ( $p \leq ,17$ ), sin embargo no hubo diferencias entre la 2ª y la 3ª entrevista.

#### **Datos del Ciclo I (Fase de aplicación de la propuesta formativa I):**

La **puntuación media total** (Escala MAPE 2) de los alumnos que entrevistaron al **PSE 3** fue de **37 (7,5) puntos** para el **GI** y de **31 (4,5)** para el **GC**, siendo las diferencias significativas ( $p \leq ,05$ ). En el GI hubo una mejoría en la puntuación total desde la 1ª a la 2ª entrevista (siendo las diferencias significativas), pero no fue así entre la 2ª y la 3ª entrevista ni entre la 1ª y la 3ª. Al comparar la **puntuación media de cada ítem** (Escala MAPE 2) de la ECF, entre el GI y el GC, ésta **fue superior en el GI y estadísticamente significativa ( $p \leq ,05$ ) en todos los ítems** observados. Al analizar la puntuación media de cada ítem, entre las entrevistas realizadas por el GI, se observó una mejoría en todos los ítems entre la 1ª y la 2ª entrevista, siendo las diferencias significativas; la 3ª entrevista no obtuvo una puntuación superior a la 2ª excepto en la fase de exploración (contacto); la 3ª entrevista obtuvo una puntuación superior a la 1ª en la Fase final.

Cuando la entrevista realizada al **PSE 3** por los alumnos del **GI y del GC** fue valorada por **dos observadores externos**, mediante la **Escala CICA**, se obtuvieron dos resultados: la **puntuación total** y la **puntuación para cada una de las tareas**. La **puntuación total**

## V. Ciclo II (2010-13)

---

obtenida (sobre 54 puntos) *por el GI* fue superior a la del **GC** tanto cuando fue valorada por el observador 1 [52 (8,75) puntos], como cuando fue valorada por el observador 2 [53 (9,5) puntos], siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p < ,05$ ). Al comparar los resultados del **GI desde la 1ª a la 3ª entrevista** (en cuanto a la *puntuación total*), hubo diferencias significativas en todos los casos ( $p \leq ,17$ ). Al analizar la *puntuación para cada una de las tareas*, en el caso de la **Tarea 1 (conectar)** en la que podía obtenerse un máximo de 12 puntos, el **GI** obtuvo una puntuación superior al **GC** cuando la tarea fue evaluada por cualquiera de los dos observadores, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < ,05$ ). Cuando se analizaron los datos de las entrevistas del **GI**, desde la 1ª a la 3ª entrevista, hubo diferencias significativas en todos los casos ( $p \leq ,17$ ) excepto cuando se compararon los resultados de la 1ª con la 2ª entrevista al ser valorados por el observador 1. **En la Tarea 2 (identificar y comprender los problemas)**, en la que podía obtenerse un máximo de 28 puntos, hubo una diferencia entre el **GI y el GC**, a favor del **GI** cuando fue valorada por los dos observadores externos, observándose diferencias significativas ( $p < ,05$ ). Cuando se analizaron los resultados del **GI** (desde la 1ª a la 3ª entrevista), se encontraron diferencias significativas en todos los casos ( $p \leq ,017$ ). **En las Tareas 3 y 4 (Acordar y ayudar a actuar)**, en la que podía obtenerse un máximo de 14 puntos, al comparar ambos grupos (**GI vs. GC**), la puntuación más alta correspondió al **GI** cuando la entrevista realizada al PSE 3 fue valorada por cualquiera de los dos observadores, siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $p < ,05$ ). Al analizar las entrevistas del **GI**, hubo diferencias significativas en todos los casos ( $p \leq ,17$ ).

### Datos del Ciclo I (Fase de aplicación de la Propuesta formativa I):

Tras entrevistar al PSE 3 la **puntuación media total** (Cuestionario CICAA) obtenida (sobre 54 puntos) por los **alumnos del GI** fue superior a la del **GC** tanto cuando fue valorada por el observador 1, [43 (11,25) puntos] como cuando fue valorada por el observador 2 [43 (11,0) puntos], siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas ( $p \leq ,05$ ). **En el GI** hubo una mejoría en la **puntuación media total** desde la 1ª a la 3ª entrevista. La mejoría más notable se produjo entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª al ser valoradas por cualquiera de los 2 observadores. Hubo diferencias significativas cuando fueron valoradas por el observador 2 ( $p \leq ,017$ ).

Al comparar la **puntuación media de cada tarea** (Cuestionario CICAA) de la EC, entre el **GI** y el **GC**, en la **Tarea 1** (puntuación máx. de 12 puntos) la puntuación fue superior en el GI tanto cuando fue valorada por el observador 1 [10 (2,75) puntos] como cuando lo fue por el observador 2 [10,5 (2,00)] siendo las diferencias significativas ( $p \leq 0,017$ ) cuando esta tarea fue evaluada por cualquiera de los 2 observadores. Dentro del **GI** se observó una ligera mejoría en la puntuación de esta tarea entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª, pero las diferencias no fueron significativas. Cuando se comparó la puntuación media de la **Tarea 2** (puntuación máx. de 28 puntos) entre ambos grupos, ésta fue superior en el **GI**, tanto cuando fue valorada por el observador 1 [13,5 (6,0)] como por el observador 2 [14 (7,0)], siendo las diferencias significativas. Al comparar la puntuación media de las **Tareas 3- 4** (puntuación máx. de 14 puntos) entre los dos grupos, ésta fue superior en el **GI** ya bien fuera valorada por el observador 1 [13 (2,0) puntos] o por el observador 2 [12,0 (1,0) puntos], siendo las diferencias estadísticamente significativas. Las diferencias más notables en la puntuación se produjeron entre la 1ª y la 2ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª, pero no se observaron diferencias significativas.

## B.2. PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A (CICLO II)

A continuación presentaremos la información relacionada con el **impacto de las distintas metodologías** utilizadas para el aprendizaje de HC aplicadas a la ECF. A la hora de valorar el impacto se tendrá en cuenta la opinión de los **alumnos**, la del **profesor** (y a la vez investigador) que aplicó la metodología y la del **grupo de trabajo** que formó parte del equipo de soporte para la aplicación de la propuesta formativa.

### B.2. 1. PUNTO DE VISTA DE LOS ALUMNOS

En primer lugar presentaremos la información con relación al **grado de influencia** de cada una de las metodologías de aprendizaje utilizadas (análisis cuantitativo y cualitativo). A continuación se mostrará la información relacionada con la **percepción del alumno respecto al grado de comprensión teórica y de habilidades prácticas** alcanzados para la realización de la ECF. Al final se presenta la información relacionada con el **grado de implicación** de los alumnos (de ambos grupos) en cada una de las entrevistas realizadas.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ► GRADO DE INFLUENCIA DE LAS METODOLOGÍAS

Preguntados los alumnos, del **GI** i del **GC** (Encuestas 5 y 6), acerca del **grado de influencia de las metodologías trabajadas** (en una gradación de 0 a 4 puntos), para el aprendizaje de HC, se obtuvieron los siguientes resultados: **En el GI** las metodologías mejor valoradas en orden decreciente fueron: la realización de la *entrevista al PSE* [3,92 (,262) puntos], la obtención de *retroacción por parte del PSE* [3,89 (,314)], la *observación del vídeo* y la obtención de feedback por parte de los compañeros y del profesor (3,85 (,356) las *E-actividades con análisis de vídeo clips* [3,28 (,975)], las *E-actividades con resolución de casos-problema* [3,21 (,738)] y la realización de *seminarios* (análisis de vídeos y role play) [2,85 (2,5)]. **En el GC** y siguiendo un orden decreciente, las mejor valoradas fueron: la *observación del vídeo* de la entrevista realizada con el PSE y la *obtención de feedback* por parte del profesor y de los compañeros [4,0 (,000)], la *realización de la entrevista al PSE* [3,6 (,685)], las *E-actividades* [3,0 (,792)] y la realización de *seminarios* [2,5 (,693)].

Presentamos a continuación la **información cualitativa** que se desprende de cada una de las **metodologías utilizadas**.

### Γ LOS SEMINARIOS

En cuanto al **GI** los seminarios fueron “bastante útiles” para el 75% de los alumnos, “muy útiles” para el 20% de los alumnos y “un poco útiles” para el 5% restante. El análisis de vídeos (de entrevistas) permitió consolidar el aprendizaje de la estructura de la entrevista clínica. Las dos sesiones de role play contribuyeron a que los alumnos tomaran consciencia de las dificultades que conlleva realizar cada una de las fases de la ECF. Con relación al **GC**, aunque las clases ayudaron a centrar el tema, hubo un exceso de contenidos teóricos y un déficit de actividades prácticas. Los alumnos señalaron como uno de los aspectos más complejos el manejo de las habilidades de CNV.

#### Datos del Ciclo I (Impacto de los seminarios):

Para el 55% de los alumnos del GI los seminarios fueron **útiles** y para el 45%, **prescindibles**.

El **nivel de implicación de los alumnos**, y la asistencia a los mismos, estuvieron condicionados por el día y por los horarios de realización asignados así como por la metodología utilizada durante su impartición, donde una parte del tiempo se dedicó a la revisión de aspectos conceptuales, relacionados con la ECF, y otra a la resolución de problemas.

## Γ LAS E-ACTIVIDADES

La realización de E-actividades fue valorada por los alumnos del **GI** como “bastante útil” en el 65% de los casos, “muy útil” en el 30% y “un poco útil” para el 5%. El *análisis de video clips* para identificar, mediante la observación y la interpretación, aspectos de la CNV y de la CV resultó ser una tarea útil para el aprendizaje de HC pero no exenta de complejidad para algunos alumnos. La *resolución de casos problema* ayudó a los alumnos a resolver situaciones, próximas a la realidad, en las que tuvieron que esforzarse para decidir la calidad de la información y cómo proporcionarla. En cuanto al **GC**, los alumnos valoraron de forma más positiva, para su aprendizaje, la *identificación de los errores* más habituales (de cada una de las fases de la entrevista) y la *resolución de casos problema*.

### Datos del Ciclo I (Impacto de las E-actividades):

Para el 85,71 % de los alumnos del GI, el método de aprendizaje más importante, antes de realizar la ECF, tuvo que ver con el **análisis de video clips**. La **resolución de casos** ayudó al 67,86 % de los alumnos del GI a anticiparse a situaciones de mayor complejidad (presentes durante las ECF realizadas). La **revisión conceptual** (descripción de los objetivos y de los errores asociados a un déficit de HC de cada una de las fases de la ECF), ayudó al 45% de los alumnos del GI y al 62,07 % de los del GC a estructurar el contenido de cada una de las fases de la ECF. Para el 85,7 % de los alumnos del GI y para el 24,14% de los del GC, el número de E-actividades a realizar fue excesivo.

## Γ LA ENTREVISTA AL PACIENTE SIMULADO ESTANDARIZADO (PSE)

Al realizar la ECF con el PSE los **alumnos del GI** percibieron que: participaron en una *experiencia real o casi real* (especialmente en la 1ª y en la 3ª entrevista), consiguieron establecer una *relación empática* con los 3 PSE (más en la 3ª entrevista) y esta experiencia

## V. Ciclo II (2010-13)

---

les preparó para el *mundo laboral*. Los alumnos **dijeron haber mejorado** (al final de la 3ª entrevista) en las habilidades desarrolladas durante la *fase de recogida de la información, de explicación y planificación, en las habilidades de CNV y en la percepción de seguridad*. En la 1ª entrevista dijeron sentir más nervios e inseguridad (debido a la novedad de la situación y a la presencia de las cámaras de vídeo). Esta sensación fue decreciendo progresivamente durante las siguientes entrevistas. Definieron como **aspectos pendientes de mejora**: la *capacidad de escucha activa*, el *mayor control sobre la pérdida de información* (fase de recogida de datos), la *calidad de la explicación* proporcionada al paciente (fase de explicación y de planificación), la capacidad para proporcionar *calidez* durante las fases inicial y de *cierre*, la necesidad de proporcionar *más dinamismo y estructura* a la ECF y la *falta de seguridad*. Entre los aspectos que supusieron **mayor dificultad** destacaron el saber desenvolverse con el perfil del paciente que les tocó entrevistar (dificultad para explorar y para establecer la relación).

Los alumnos del **GC** afirmaron que: participaron en una *experiencia real* o muy próxima a la realidad, necesitaron *más formación* y haber participado en más experiencias formativas (similares a ésta) para realizar correctamente la ECF, la entrevista les hizo tomar más consciencia de las *dificultades* que conlleva realizar una ECF, sintieron *inseguridad* por no haber realizado ninguna otra ECF de forma previa, la experiencia les preparó para el mundo laboral y, el hecho de saber que su entrevista sería grabada les produjo un mayor grado de tensión y de nerviosismo. Definieron como **aspectos de dificultad y de necesidad de mejora**: la *recogida de la información* del paciente, la *exploración física*, la *explicación y la planificación*, la *habilidad para estructurar la ECF* y para *obtener el diagnóstico de Fisioterapia* y los aspectos comunicativos relacionados con la capacidad para la *escucha activa y el manejo de las habilidades de comunicación verbales y no verbales*.

### Datos del Ciclo I (Impacto de la entrevista al paciente simulado estandarizado (PSE):

Durante la 1ª entrevista, el **escenario** (videograbación) condicionó la conducta de los alumnos (sensación de inseguridad y de nervios) del GI en un 51,72% de los casos. Este porcentaje afectó a un 28,5 % en la 2ª entrevista y aun 10% en la 3ª. Para dichos alumnos la **situación de simulación** fue creíble y facilitó el aprendizaje en un 85% de los casos y en el caso del GC en un 50%. Los **aspectos de mejora detectados** (por el GI) fueron: el aprendizaje de: la

estructura de la ECF, la utilización de preguntas abiertas y cerradas durante la fase de recogida de la información, la adaptación del lenguaje proporcionado al paciente (durante la fase de explicación y de planificación) y como dar más seguridad al paciente durante la fase inicial y final. En cuanto al GC, comentó la necesidad de realizar más entrevistas para acabar de consolidar su aprendizaje. Las **dificultades** expresadas por los alumnos del GI tuvieron que ver con: el manejo de la CNV, la toma de la decisión para explorar en ese momento o para posponer la exploración y para manejar los aspectos emocionales (en relación a la 3ª entrevista).

### Γ LAS SESIONES DE FEEDBACK (VER EL VIDEO DE LA ENTREVISTA)

Para el **GI** la Guía Calgary Cambridge fue considerado como un instrumento de apoyo útil para valorar la calidad de las entrevistas mediante el video. El hecho de disponer de la Guía contribuyó a proporcionar más solidez y concreción a las valoraciones y a las intervenciones de los alumnos. El método de aprendizaje basado en la observación, en la autovaloración y en la retroacción del grupo y del profesor, a partir del visionado del video de cada entrevista, fue valorado por los alumnos como un método de aprendizaje útil para la realización de la ECF. Para el **GC** la observación del video y la retroacción de los compañeros y del profesor fueron el método más importante para su aprendizaje, si bien no utilizaron la Guía Calgary Cambridge.

### Datos del Ciclo I (Impacto de las sesiones grupales de retroacción tras ver el video de la entrevista realizada al PSE):

En este caso **no se utilizó la Guía Calgary Cambridge** como instrumento de apoyo para realizar las sesiones. Para el 92% de los alumnos del GI la visualización del video, de la entrevista realizada, mejoró desde la 1ª a la 3ª entrevista su **capacidad de observación** y la retroacción proporcionada por los compañeros y por el profesor, el **proceso de reflexión**. Tras la realización de la 2ª y de la 3ª entrevista, el 100% de los alumnos valoro estas sesiones como un **método aprendizaje muy útil**. En el caso de los alumnos del GC los métodos que generaron más aprendizaje, además de la ECF con el PSE, fueron la visualización del vídeo y la participación en las sesiones grupales de retroacción.



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### Γ LA RETROACCIÓN PROPORCIONADA POR EL PSE

En este caso solo se presenta la información relacionada con el **GI**, pues el **GC** no participó en esta actividad. Para los alumnos la retroacción proporcionada por el PSE al finalizar la entrevista les ayudó a reforzar aquello que realizaron correctamente y a tener en cuenta aquellos aspectos susceptibles de mejora. Bajo su punto de vista este método fue muy útil para su aprendizaje, pues nunca antes habían escuchado críticas de pacientes con relación a su intervención.

#### Datos del Ciclo I (Impacto de la retroacción proporcionada por el PSE):

No existen datos en este caso puesto que esta metodología no se aplicó durante el Ciclo I.

### ► GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA Y DE HABILIDADES ALCANZADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF

### ❖ GRADO DE COMPRENSIÓN TEÓRICA TOTAL Y PARCIAL (FASES DE LA ENTREVISTA)

En el caso del **GI** los datos relacionados con el grado de **comprensión teórica total** (de todas las fases de la entrevista clínica) sobre una puntuación máxima de 50 puntos y **parcial** (de cada una de las fases de la entrevista clínica), sobre una puntuación máxima de 10 puntos, muestran una mejora en la **puntuación media total** desde la 1ª [34 (6,5)] a la 3ª entrevista [38,5 (6,75)] de 4,5 puntos, siendo las diferencias significativas entre la 1ª y la 3ª entrevista. Los datos para cada una de las fases de la entrevista (**puntuación media parcial**), del **GI**, mejoraron desde la 1ª a la 3ª entrevista en todas las fases analizadas a excepción de la fase de examen físico. La **puntuación media total** del **GI** fue superior a la del **GC** en todas y cada una de las fases, siendo las diferencias significativas en las fases: inicial, de recogida de la información y en la de explicación y planificación.

### Datos del Ciclo I (Grado de comprensión teórica alcanzada en HC para la realización de la ECF):

La **puntuación total** obtenida dentro de **GI** evolucionó positivamente desde la 1ª a la 3ª entrevista en 3 puntos, si bien las diferencias solo fueron significativas entre la 2ª y la 3ª entrevista. Al comparar ambos grupos (**GI vs. GC**) la puntuación del GI fue superior a la del GC en 3,5 puntos hallándose diferencias significativas. Al analizar los resultados de la comprensión teórica, con relación a cada una de las fases de la ECF (**puntuación parcial**), dentro del **GI** hubo una puntuación mayor desde la 1ª a la 3ª entrevista en todas y cada una de las fases de la ECF (aunque las diferencias no fueron significativas), a excepción de la fase de *examen físico*, donde la puntuación fue idéntica. Al **comparar el GI con el GC** la puntuación obtenida en todas y cada una de las fases fue superior en el GI, encontrándose diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ) en las fases: *inicial*, *de examen físico*, *de explicación y planificación* y *en la de cierre de la entrevista*.

### ❖ GRADO DE HABILIDAD TOTAL Y PARCIAL PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF

En el caso del **GI** la percepción del **grado de habilidad total** (para realizar todas las fases de la entrevista clínica), sobre una puntuación máxima de 50 puntos, mejoró desde la 1ª a la 3ª entrevista, siendo los valores significativos en todos los casos ( $p \leq 0,017$ ). Al **comparar ambos grupos (GI vs. GC)**, hubo una diferencia significativa ( $p \leq 0,05$ ) a favor del GI. Respecto al **grado de habilidad parcial** (en cada una de las fases de la ECF), sobre una puntuación máxima de 10 puntos, hubo una mejoría para los **alumnos del GI** desde la 1ª a la 3ª entrevista excepto en la fase inicial, aunque solo hubo diferencias significativas ( $p \leq 0,017$ ) en la fase de explicación y de planificación. Al **comparar** la puntuación media entre **ambos grupos (GI vs. GC)**, los valores siempre fueron superiores en el GI, siendo los resultados significativos ( $p < 0,05$ ) para las fases de: recogida de la información, examen físico y de explicación y planificación.

### Datos del Ciclo I (Grado de habilidad alcanzado en HC para la realización de la ECF):

La **puntuación total** obtenida dentro de **GI** evolucionó positivamente desde la 1ª a la 3ª entrevista en 2 puntos. Al comparar ambos grupos (**GI vs. GC**) la puntuación del GI fue superior a la del GC en 5 puntos siendo las diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ). Al analizar los

## V. Ciclo II (2010-13)

---

resultados, con relación a cada una de las fases de la ECF (**puntuación parcial**), dentro del **GI** hubo una mejoría en la puntuación (1ª entrevista vs. 3ª entrevista) en las fases: inicial, examen físico y en la fase de cierre. Las diferencias solo fueron significativas entre la 1ª y la 3ª entrevista durante *la fase de cierre*. Al **comparar el GI con el GC** la puntuación obtenida en todas y cada una de las fases fue superior en el GI, encontrándose diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ) en todas las fases a excepción de la Fase inicial.

### ► GRADO DE IMPLICACIÓN AL REALIZAR LA ECF AL PSE

Preguntados los alumnos acerca de su **grado de implicación** a la hora de realizar las entrevistas (en una gradación de 0 a 10 puntos), los **alumnos del GI** se implicaron más en la 3ª entrevista (PSE3) obteniendo una puntuación media de 8 (1,38) puntos y en menor grado, en la 2ª entrevista (PSE 2), cuya puntuación fue de 7,25 (1,14) puntos. Los **alumnos del GC** obtuvieron una puntuación media de 6,75 (1,02), cuando valoraron su grado de implicación al entrevistar al PSE3.

#### Datos del Ciclo I (Grado de implicación de los alumnos al realizar la ECF al PSE):

La **puntuación media** obtenida, dentro de los alumnos del GI evolucionó positivamente desde la 1ª ([7,14 (1,38)] a la 3ª entrevista ([7,14 (1,38)]). Al comparar la puntuación media del GI vs. GC, tras la realización de la ECF al PSE 3, la implicación fue superior en el GI, siendo la puntuación de 8,07 (1,38) y de 7,0 (1,52), para el GC.

## B.2. 2. PUNTO DE VISTA DEL INVESTIGADOR (CICLO II)

### ► LOS SEMINARIOS

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

La organización de los **horarios**, la modificación de las **metodologías** y las **ideas preconcebidas de los alumnos**, respecto a focalizar la atención de la entrevista únicamente en la exploración y en el diagnóstico de Fisioterapia.

Todos los alumnos (GI y GC) asistieron a todas las sesiones. Los alumnos del GI dedicaron dos horas a **analizar video clips**, de secuencias previamente seleccionadas, para facilitar los procesos de observación (análisis objetivo) e interpretación (análisis subjetivo). Este método permitió analizar aspectos básicos de la CV y de la CNV e ir más allá de las ideas preconcebidas del concepto de entrevista de los alumnos. En algún momento hubo dificultades para contextualizar las secuencias, pues solo se vieron fragmentos de películas, sin embargo consideramos que el método fue útil para trabajar nuestros objetivos.

Los alumnos participaron en dos **sesiones de role play** de dos horas de duración. Durante las mismas, a partir de un caso clínico previamente definido, una parte de los alumnos simuló cada una de las partes de la ECF y el resto de alumnos, con la supervisión del profesor, analizaron qué aspectos se realizaron correctamente y cuáles debían mejorar. Consideramos que durante estas sesiones se generó aprendizaje a partir del análisis y del debate, sin embargo faltó dedicar más tiempo por parte de los alumnos a la interpretación de los casos y mejorar la supervisión, previa a su escenificación, por parte del profesor. No hubo modificaciones con relación a los alumnos del GC respecto al Ciclo I.

## ► LAS E-ACTIVIDADES

### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

El **exceso de E-actividades**, la **poca implicación** de los alumnos para realizar las que tenían que ver con la resolución de preguntas conceptuales asociadas a las fases de la ECF, la **participación** en el foro del espacio colaborativo.

Con relación al **GI**, la **reducción del número de E-actividades** hizo que los alumnos no vivieran la realización de las mismas como una sobrecarga difícil de simultanear con las prácticas **clínicas** y con las actividades a realizar en otras asignaturas. Se mantuvieron las actividades relacionadas con el **análisis de videoclips** (observación e interpretación) y la resolución de casos problema. El análisis (de videoclips) ayudó a los alumnos a mejorar su capacidad de observación y de interpretación, respecto a los diferentes aspectos de la comunicación, e indirectamente a detectar los errores más habituales que se producen al

## V. Ciclo II (2010-13)

---

realizar la ECF. La **resolución de casos-problema** ayudó a los alumnos a ponerse en situación ante escenarios próximos a la realidad. La **participación de los alumnos en los foros de debate** fue escasa (10%). El hecho de que la participación no tuviera un peso en la nota y la dificultad para gestionar el tiempo disponible por parte del profesor, hizo que no se utilizaran otras metodologías que hubieran incentivado más la participación de los alumnos.

### ► LA ENTREVISTA AL PSE Y LA RETROACCIÓN DEL PSE

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Una de las principales dificultades del **GI** fue el **exceso de nervios** en la primera entrevista, asociados a la novedad de la situación, y el hecho de que los alumnos **centraran su atención en la exploración física** y no en la obtención y en la selección de la información, para definir el diagnóstico de Fisioterapia, mediante un proceso de **razonamiento clínico**.

Los alumnos del **GI** realizaron un progreso en el manejo de habilidades de comunicación desde la 1ª a la 3ª entrevista. **Para evitar que los alumnos se centraran principalmente en la exploración física**, las entrevistas a realizar a los distintos PSE tuvieron una gradación de dificultad creciente, siendo la 3ª entrevista la que supuso una mayor dificultad debido al perfil (biopsicosocial) del paciente. **La vivencia de los nervios** ante la 1ª entrevista fue parecida a la vivida por los alumnos del GC de este ciclo y a la del conjunto de alumnos del Ciclo I. **Esta situación puede explicarse** por el efecto novedad del medio (videograbación) y por la falta de experiencia para realizar entrevistas. A partir de la 2ª entrevista, este hecho no supuso una limitación importante. A pesar de que los alumnos mejoraron en muchas de las habilidades, en algunos casos cundió el desánimo ya que cuando habían mejorado en unos aspectos, que parecían haber quedado integrados, en la próxima entrevista volvían a cometerse errores similares. Bajo nuestro punto de vista faltó repetir más experiencias similares a las realizadas, tanto simuladas como reales, para que los cambios realizados en el modo de interactuar con el paciente se integraran y se mantuvieran en el tiempo. También es preciso remarcar que los alumnos que menos se implicaron, en la realización de las entrevistas, tuvieron más dificultades para detectar una mejoría clara en el manejo de

HC entre las distintas entrevista realizadas.

Otro punto **a trabajar en un futuro**, con relación al modo de realizar cada una de las fases de la ECF, tiene que ver con la inclusión de contenidos durante la fase de formación básica de los alumnos, para trabajar el método de **razonamiento clínico** e integrarlo en las prácticas de laboratorio y en las prácticas clínicas.

En este 2º Ciclo los alumnos del GI recibieron **retroacción del tercer PSE al finalizar la ECF**. Un 85% de los alumnos valoró positivamente este método, donde el PSE resalto aquellos aspectos realizados correctamente y aquellos que debían mejorar. Sin embargo, la información proporcionada por el PSE al alumno, hubiera debido estar más consensuada con el investigador. Proponemos que en sucesivas intervenciones formativas el PSE proporcione retroacción al alumno con relación a los aspectos comunicativos básicos.

#### ► VER EL VIDEO DE LA ENTREVISTA (SESIONES DE RETROACCIÓN)

##### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Las propuestas de mejora fueron tuvieron que ver con la **falta de aprovechamiento de las sesiones**, donde faltó proporcionar más contenido y concreción a las aportaciones de los alumnos al valorar las entrevistas propias y las de los compañeros.

La utilización de la **Guía Calgary-Cambridge**, por los alumnos del GI, permitió aprovechar mejor las sesiones, pues éstos fueron más metódicos y precisos en la valoración de las entrevistas, las aportaciones fueron más elaboradas y el aprendizaje generado de mayor calidad. El hecho de recomendar a los alumnos que **justificaran cada una de sus aportaciones y que resumieran al final de la sesión**, de forma conjunta, aquellos aspectos que habían sido identificados como relevantes para el aprendizaje, contribuyó a que participaran de un modo más activo, a clarificar las dudas, y a consolidar sus conocimientos. Como ya se comentó, en muchas ocasiones los alumnos señalaron los mismos errores o aspectos de mejora que ya se comentaron en otras sesiones, siendo a menudo motivo de desánimo. Bajo nuestro punto de vista, el hecho de que los alumnos fueran conscientes de

## V. Ciclo II (2010-13)

---

este hecho, ya supuso un ligero avance para su aprendizaje, aunque la realización de más entrevistas realizadas bajo supervisión incluyendo un tiempo para la retroacción, podrían contribuir a consolidar las experiencias de aprendizaje. En este sentido el 71,42% de los alumnos del GI, manifestó la necesidad de realizar más entrevistas para manejarse con un mayor grado de seguridad. Consideramos que la evolución de este proceso de aprendizaje debería incluir, además de las 3 entrevistas con PSE, la realización de 3 entrevistas (supervisadas y registradas mediante el video) con pacientes reales.

### B.2. 3. PUNTO DE VISTA DEL GRUPO DE TRABAJO (CICLO II)

Mediante las **dos sesiones realizadas**, al inicio y al final de la aplicación de la Propuesta formativa II (Ciclo II), se analizó el proceso de E-A y se tuvieron en cuenta las aportaciones de *los alumnos* y las del *investigador* (proceso de validación). En alguno de los aspectos analizados **se definieron**, de forma consensuada, **nuevas propuestas de mejora** que aparecen descritas en cada uno de los apartados.

### ► ORGANIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE DATOS

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Las propuestas de mejora, tanto en el **GC** como en el **GI**, fueron: evitar los “**espacios muertos**”, durante los tiempos de espera para entrevistar al PSE, cuando algún alumno no había asistido puntualmente a la cita; la **calidad del enfoque** de las cámaras de vídeo para captar aspectos relevantes de la comunicación terapeuta-paciente durante el encuentro alumno-PSE; la **dificultad técnica** para digitalizar, durante el tiempo programado, las videograbaciones de todas las entrevistas realizadas (para facilitar el cumplimiento del cronograma) y para que éstas fueran de mejor calidad.

Para el **investigador** los tres aspectos mencionados se solucionaron y se corrigió la **pérdida de tiempo** asociada a la falta de puntualidad de los alumnos, la **calidad del proceso de digitalización** de las videograbaciones de las entrevistas (y el tiempo dedicado a su realización) así como la **calidad del registro de las imágenes** de video. Además de todo lo comentado, mejoró el proceso de recogida de datos y de la información mediante la

readaptación de las encuestas ya existentes y la creación de nuevas encuestas (ver Tabla 112).

TABLA 112 PROCESO DE RECOGIDA DE DATOS: RESUMEN DE LAS ACCIONES Y RECOMENDACIONES	
ASPECTOS INTRODUCIDOS (CICLO II)	PROPUESTAS FUTURAS DE MEJORA
Mejora en el proceso de digitalización de las videograbaciones	Readaptar las encuestas para valorar la eficacia de las metodologías introducidas durante el Ciclo II.
Mejora de la calidad de los registros de las entrevistas	
Mejora en la calidad del proceso de recogida de la información	

Según el **Grupo de trabajo** las encuestas realizadas deben readaptarse para extraer la información relacionada con el impacto y con la eficacia y la justificación relacionadas con la implementación de las nuevas metodologías.

## ► LOS SEMINARIOS

### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Se sugirió, en relación al **GI**, realizar las siguientes modificaciones: introducir el **concepto de razonamiento clínico**, definir y aplicar, en relación a cada una de las **fases de la ECF**, cuáles son los **objetivos**, las **habilidades** necesarias y los **errores** más frecuentes. Los métodos utilizados son el análisis de video clips y la realización de entrevistas, por parte de los alumnos, mediante role play.

Para los **alumnos** del GI, la realización de **seminarios** obtuvo una puntuación media, valorada (en una escala de 0 a 4 puntos), de 2,85 (2,5) puntos y de 2,5 (,693) puntos para los alumnos del GC. En el caso del GI la influencia de los seminarios sobre su aprendizaje, fue muy importante para el 10,7% de los alumnos, importante para el 64,3% y moderada para el 25%. El **análisis de video clips** resultó útil para integrar cada una de las fases de la



## V. Ciclo II (2010-13)

---

ECF (17,85%), aunque la parte más complicada para algunos alumnos fue la *observación y la interpretación* de las secuencias (17,85%). Por este motivo, consideraron la necesidad de realizar *más análisis de video clips* (28,57%) y que el análisis se realizara no en fragmentos de entrevistas, sino en entrevistas enteras (42,85%). Las **sesiones de role-playing** ayudaron a los alumnos a tomar conciencia de las *dificultades*, y de los *pasos a seguir*, durante la realización de la ECF (53,57%). Un 57,14% de los alumnos habría ampliado el número de sesiones de role playing a realizar, un 50% de los alumnos no dedicó el tiempo suficiente a preparar la representación de la ECF y un 28,57% hubiera realizado una sesión de role-playing con un paciente real. Uno de los aspectos que más llamó la atención de los alumnos fue la dificultad (y la importancia) para formular, según las necesidades, *preguntas abiertas o cerradas* y para elaborar, a partir de la información y de la exploración, el proceso de *razonamiento clínico* (71,42%).

Según el **investigador**, La observación y el análisis de **video clips** (proceso de observación e interpretación) y de las sesiones de **role-playing**, donde se interpretó a partir de un caso cada una de las fases de la ECF, contribuyó a que pudieran definirse los objetivos, visualizar las habilidades y los errores así como la importancia del proceso de razonamiento clínico.

Para el **Grupo de trabajo**, el número de seminarios realizados (2 seminarios), no fue suficiente para profundizar en el proceso de razonamiento clínico. **Se propone** realizar un número total de 4 seminarios y desarrollar el concepto de razonamiento clínico en una asignatura troncal y de forma transversal en las asignaturas que tienen que ver con la aplicación de técnicas de Fisioterapia y en las prácticas clínicas realizadas por los alumnos. Por otra parte, se valoró positivamente el hecho de utilizar la Guía Calgary Cambridge durante los seminarios, a la hora de valorar las entrevistas, pues de este método los alumnos se familiarizarán con la Guía cuando valoren sus entrevistas y las de sus compañeros después de ver el video de la entrevista realizada con el PSE. Resumimos en la **Tabla 113** las recomendaciones realizadas.

TABLA 113 MÉTODO: SEMINARIOS. RESUMEN DE LAS ACCIONES Y RECOMENDACIONES	
ASPECTOS INTRODUCIDOS (CICLO II)	PROPUESTAS FUTURAS DE MEJORA
↑Dinamismo (sesiones) ↑ Participación de los alumnos Introducción al uso de la Guía Calgary Cambridge	↑ número de sesiones (seminarios) ↑ Soporte de profesorado ↑ Preparación de las sesiones (Role-playing)  <b>Razonamiento clínico:</b> *Creación de una asignatura troncal (Plan de estudios) *Introducir de forma transversal (Plan de estudios)

### ▶ LAS E-ACTIVIDADES

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

En este caso se recomendó, en el **GI**, **disminuir el número de E-actividades** a realizar y **suprimir la resolución de los aspectos conceptuales** de la ECF, además de dar más énfasis al **análisis de la CNV** durante el análisis de los videoclips.

Bajo el punto de vista de **los alumnos** del GI, la realización de E-actividades obtuvo una puntuación media (valorada en una escala de 0 a 4 puntos) de 3,28 (,975) puntos. En el mismo grupo de alumnos, la influencia de las **E-actividades (análisis de video clips)** sobre su aprendizaje, fue muy importante para el 50,30% de los alumnos, importante para el 39,3% y fue moderada, ligera y nula para un 3,6% de los alumnos. La influencia de las **E-actividades (resolución de casos-problema)** sobre su aprendizaje, fue muy importante para el 39,3% de los alumnos, importante para el 42,9% y moderada para el 17,8%.

**Para el investigador** la disminución del número de E-actividades a realizar, por el GI, hizo que los alumnos no vivieran su elaboración como una sobrecarga añadida a su quehacer diario. El hecho de centrar el análisis de los videos clips a partir de la observación y de la interpretación de las secuencias seleccionadas, hizo que los alumnos tomaran un mayor grado de conciencia de la importancia de la CV y de la CNV. La dificultad para realizar un análisis más profundo pudo suplirse por la inclusión de este método en las sesiones de retroacción, cuando los alumnos analizaron el video de su entrevista con el PSE. Mostramos en la **Tabla 114** las recomendaciones propuestas.

## V. Ciclo II (2010-13)

TABLA 114 MÉTODO: E-ACTIVIDADES. RESUMEN DE LAS ACCIONES Y RECOMENDACIONES.	
ASPECTOS INTRODUCIDOS (Ciclo II)	PROPUESTAS FUTURAS DE MEJORA
Adecuación del número de E-actividades al tiempo disponible de dedicación de los alumnos.	Trabajar la dificultad de los alumnos en los procesos de observación e interpretación (video clips). Introducir dicho análisis en el proceso de retroacción tras el visionado del video de la entrevista.
Introducción de nuevos elementos de análisis para trabajar los elementos de la CV y de la CNV.	Incentivar la participación de los alumnos para facilitar el aprendizaje colaborativo.
Mantenimiento de la resolución de casos-problema.	Adaptar las actividades y/o buscar apoyos al para corregir las actividades y proporcionar retroacción en un tiempo razonable.

El **Grupo de trabajo** valoró positivamente el mantenimiento de la resolución de casos-problema. Un aspecto que debe mejorar es la **baja participación de los alumnos en los foros de debate** virtuales para generar aprendizaje colaborativo. Por este motivo debe buscarse el modo de incentivarla, mediante la utilización de diversos métodos tales como la creación de wikis, la elaboración razonada de intervenciones en el foro, la asignación de un peso en la nota de dicha actividad, etc. Ligado a éste aspecto es preciso incrementar el número de profesores para dar soporte a la corrección de las E-actividades, pues la retroacción proporcionada a los alumnos fue algo lenta.

### ► LAS ENTREVISTAS AL PSE Y LA RETROACCIÓN PROPORCIONADA AL ALUMNO

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Respecto a las entrevistas con los PSE, se propuso **rediseñar y ensayar** alguna de la secuencias, interpretadas por los pacientes, para que el encuentro (alumno-PSE) fuera más creíble. Por otra parte se instruyó al tercer **PSE**, del GI, para que proporcionara **retroacción a cada alumno** al finalizar la ECF.

Bajo el punto de vista de **los alumnos** del **GI**, la **realización de entrevistas a los distintos PSE** obtuvo una puntuación media (valorada en una escala de 0 a 4 puntos) de 3,92 (,262) puntos. En el mismo grupo de alumnos, la influencia de este método sobre su aprendizaje, fue **muy importante para el 92,9% de los alumnos** e importante para el 7,1%. Bajo un

punto de vista cualitativo, la *presencia de las cámaras de video y la falta de experiencia* incomodaron a los alumnos de forma decreciente desde la 1ª (42,85%) a la 3ª entrevista (14,28%). Para el 85,71% de los alumnos (que entrevistaron al PSE3) percibieron estar ante una *situación real o muy cercana a la realidad*. Al finalizar la 1ª entrevista el 92,85% de los alumnos percibió haber recibido, durante la carrera, una *formación deficiente* en HC para realizar la ECF y un 85,75% consideró que el aprendizaje sería útil para saber desempeñarse en el *mundo laboral*. Desde la 1ª a la 3ª entrevista hubo una mejoría progresiva en el manejo de habilidades para llevar a cabo las distintas fases de la ECF, siendo las dificultades más notables: el manejo de la CV y de la CNV con el paciente y la obtención del diagnóstico de Fisioterapia a partir del razonamiento clínico.

La **obtención de retroacción, por parte del PSE 3**, al finalizar la entrevista, obtuvo una puntuación media (en una escala de 0 a 4 puntos) de 3,89 (,314) puntos. **Para el 89,3% de los alumnos este método influyó de forma muy importante** en su aprendizaje y fue importante para el 10,7%. Bajo un punto de vista cualitativo, para un 85,75% de los alumnos el PSE les ayudó a tomar consciencia de los errores cometidos y a afianzar la seguridad respecto a los aspectos trabajados correctamente. **Para el 78,57% de los alumnos, todas las entrevistas realizadas hubieran debido incluir este método.**

Para el **investigador**, los alumnos del GI mejoraron en el manejo de HC desde la 1ª a la 3ª entrevista. Esta progresión no siempre fue uniforme, pues conforme se avanzaba en el manejo de las HC, el perfil de los pacientes tuvo una gradación de dificultad desde la 1ª a la 3ª entrevista. **La implicación de los alumnos pareció tener una influencia en el grado de aprendizaje adquirido, según la percepción del investigador.** Aunque un porcentaje elevado de alumnos valoró positivamente la retroacción, proporcionada por el PSE 3, consideramos que faltó definir con más detalle sobre qué aspectos debían focalizar su atención los PSE durante la retroacción. El ajuste al presupuesto económico asignado para realizar esta actividad, hizo que este método solo se aplicara durante la 3ª entrevista.

El **Grupo de trabajo** valoró positivamente el **rediseño y el ensayo** de alguna de las secuencias interpretadas por los PSE para proporcionar mayor coherencia y credibilidad a la interpretación. La **retroacción proporcionada por el PSE** fue valorada muy positivamente

## V. Ciclo II (2010-13)

por los alumnos del GI, y por el Grupo de trabajo. Sin embargo al realizarse con un único paciente se redujeron las oportunidades de aprendizaje a través de los distintos perfiles de pacientes. Otro aspecto a destacar es que la instrucción dada al PSE para proporcionar la retroacción al alumno, debe seguir un checklist de mínimos que debe incorporar el PSE, para evitar la omisión de aspectos relevantes. Se recomienda que esta actividad sea realizada por todos los PSE. Resumimos en la **Tabla 115** los aspectos comentados.

TABLA 115 MÉTODO: ENTREVISTA AL PSE Y FEEDBACK (PS-ALUMNO). RESUMEN DE LAS ACCIONES Y RECOMENDACIONES	
ASPECTOS INTRODUCIDOS (CICLO II)	PROPUESTAS FUTURAS DE MEJORA
Rediseño y ensayo de las secuencias (interpretadas por los PSE) susceptibles de mejora.	Proporcionar a los PSE un checklist de aquellos aspectos (mínimos) sobre los que se debe sustentar la retroacción.
La retroacción proporcionada por el PSE al alumno, al finalizar la entrevista	Intentar que sean todos los PSE los que ofrezcan la retroacción al alumno.

### ► VER EL VIDEO DE LA ENTREVISTA (SESIONES DE RETROACCIÓN)

#### Aspectos a mejorar (Ciclo I):

Se propuso mejorar la metodología relacionada con el visionado del video con el objeto de aprovechar mejor las sesiones y generar aprendizaje.

Bajo el punto de vista de **los alumnos** del GI, la **observación del video y la obtención de retroacción por parte de los compañeros y del profesor** obtuvo una puntuación media (en una escala de 0 a 4 puntos) de 3,85 (,356) puntos. En el mismo grupo de alumnos, la influencia de este método sobre su aprendizaje, fue ***muy importante* para el 85,7% de los alumnos** e ***importante* para el 14,3%**.

Según el **investigador**, el 92,85% asistió a las sesiones de retroacción. En este sentido **este fue el 2º método mejor valorado por los alumnos como uno de los más importantes para aprender HC, después de la realización de la ECF al PSE que fue el 1º**. La introducción de la

Guía Calgary-Cambridge ayudó a aprovechar mejor las sesiones. En algún momento los alumnos percibieron *dificultades para consolidar las habilidades aprendidas*. Ello nos llevó a pensar que **deberían realizarse más entrevistas tanto en PSE como en pacientes reales**. El investigador tuvo que asumir una gran cantidad de tareas asociadas a la gestión de la retroacción. En el caso que este método se realizara de forma habitual se requeriría el apoyo de más profesores. **Los aspectos que supusieron una mayor dificultad por parte de los alumnos** y que registramos de forma recurrente fueron: el uso de la CV y de la CNV y el manejo del proceso de razonamiento clínico.

El **Grupo de trabajo** valoró positivamente la utilización de la Guía Calgary-Cambridge, por parte de los alumnos del **GI**, para valorar (mediante un checklist) la calidad de las entrevistas así como el hecho de resumir al final de cada sesión los aspectos más relevantes de la misma. En un futuro, **además de las habilidades de comunicación, deben adquirir mayor protagonismo el proceso de razonamiento clínico y la obtención del diagnóstico de Fisioterapia**. Uno de los inconvenientes señalados fue la cantidad de tiempo requerido para aplicar esta metodología por un solo profesor. Resumimos en la **Tabla 116** los aspectos que hemos descrito.

<b>TABLA 116 MÉTODO: VISIONADO VIDEO DE LA ENTREVISTA REALIZADA Y RETROACCIÓN. RESUMEN DE LAS ACCIONES Y RECOMENDACIONES.</b>	
<b>ASPECTOS INTRODUCIDOS (CICLO II)</b>	<b>PROPUESTAS FUTURAS DE MEJORA</b>
2º método de aprendizaje mejor valorado por los alumnos del GI. Uso de la Guía Calgary – Cambridge.	Dar mayor protagonismo al proceso de razonamiento clínico para la obtención del diagnóstico de Fisioterapia.
Resumir los aspectos más relevantes que generaron aprendizaje durante la sesión.	Aumentar el apoyo de profesorado para aplicar esta metodología.

### **C. FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN (CICLO II)**

#### **Datos del Ciclo I (Fiabilidad de los instrumentos de medición):**

Cuando se analizó el **grado de fiabilidad interobservador** (medido mediante el índice de Kappa) y se compararon las valoraciones de las entrevistas realizadas por dos observadores externos cuando los alumnos del GC y del GI entrevistaron al PSE3, se obtuvieron los

## V. Ciclo II (2010-13)

---

siguientes resultados: hubo un grado de acuerdo *bueno* en las 6 preguntas de la **Tarea 1**, de las 14 preguntas de la **Tarea 2** hubo un grado de acuerdo *muy bueno* en 7 preguntas, *bueno* en 6 preguntas y *moderado* en 1 pregunta; de las 7 preguntas incluidas en las **Tareas 3-4**, el grado de acuerdo fue *muy bueno* en 2 preguntas y *bueno* en las 5 restantes.

Resumiremos los datos relacionados con la **fiabilidad** de la Escala CICAA, utilizada para valorar las habilidades de comunicación, en nuestro caso por dos observadores externos. Para exponer los datos solo tendremos en cuenta los relacionados con la entrevista que los alumnos, del GI y del GC, realizaron al PSE 3. Para obtener los datos se midió el nivel de consistencia interobservador mediante el índice de Kappa. De las **6 preguntas**, incluidas en la **Tarea 1**, el nivel de consistencia fue *muy bueno* (en 3 preguntas), *bueno* (en 2) y *moderado* en una de las preguntas. De las **14 preguntas**, incluidas en la **Tarea 2**, el nivel de consistencia interno fue *muy bueno* en 8 preguntas y *bueno*, en 6 preguntas. De las **7 preguntas**, incluidas en las **Tareas 3-4**, el nivel de consistencia fue *muy bueno* en 3 preguntas y *bueno* en las 4 restantes.

## D. VALIDACIÓN DE LA INFORMACIÓN (CICLO II)

De acuerdo a Latorre (2003) se han tenido en cuenta, para validar la información, aquellos aspectos de la investigación que guardan relación con la *credibilidad*, la *transferibilidad* de los datos y de la información y con la *dependencia*.

### ► CREDIBILIDAD, TRANSFERIBILIDAD Y DEPENDENCIA

#### Datos del Ciclo I (Datos relacionados con la validación):

Para dar validez a los datos se tuvieron en cuenta: **estrategias de: credibilidad** que se llevaron a cabo mediante la *estancia prolongada* del investigador en el lugar donde se realizó la investigación, la *observación persistente* registrada en el cuaderno de trabajo, la *triangulación de la información* donde se utilizaron diferentes métodos de análisis para obtener la información y el uso de *material de referencia* (videograbación, audiograbación, diario del investigador) permitieron contrastar los resultados e interpretar la realidad estudiada; **transferibilidad** pues los resultados obtenidos ayudarían a incorporar nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje de HC a los alumnos del

mismo contexto (alumnos del futuro Grado en Fisioterapia) e indirectamente en alumnos de contextos afines (alumnos de las Ciencias de la Salud); **de dependencia** pues se buscó la consistencia de los resultados mediante la supervisión del Grupo de trabajo, la validación del tutor de esta investigación y mediante el análisis de la consistencia de los resultados cuando los alumnos fueron evaluados por dos observadores externos.

Para **dar validez** a los datos, que se desprenden de la investigación, se tuvieron en cuenta los mismos aspectos que se consideraron durante el Ciclo I. En este sentido hemos utilizado **estrategias de credibilidad** (la *estancia prolongada*, la *observación persistente* y el uso de *material de referencia*), de **transferibilidad** (los resultados obtenidos podrían ayudar a mejorar el método de E-A de las HC en los alumnos de Fisioterapia y de Ciencias de la Salud) y de **dependencia** (para mejorar la consistencia se tuvieron en cuenta las sugerencias del Grupo de trabajo, del tutor de la investigación y los resultados obtenidos mediante el análisis de la consistencia interobservador).

### 5.6.2. Interpretación de los datos y de la información

En este apartado se **interpretarán las afirmaciones y los resultados principales** obtenidos durante el Ciclo II. Durante la interpretación se tendrán en cuenta los datos del Ciclo I y los de otras investigaciones.

#### A. CON RELACIÓN A LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE

##### ► E-ACTIVIDADES: participación, grado de influencia y calificación obtenida

Se interpretarán: la **participación** de los alumnos en la realización de las E-actividades, la **tipología** más influyente en el aprendizaje y la **calificación** obtenida en las mismas. No se han tenido en cuenta los datos del Ciclo I pues las actividades realizadas fueron distintas.

**Resumen (Ciclo II):** La **participación** de los alumnos del **GI**, en la realización de las E-actividades, fue más alta en la 3ª actividad (100%) que en la 1ª (85,71%). Consideramos que la **implicación de los alumnos** fue en aumento desde la 1ª a la 3ª entrevista. Al comparar el grado de participación en relación a los alumnos del GI del Ciclo I, la participación fue superior en el Ciclo II. La adecuación del número de actividades y las modificaciones introducidas en el Ciclo



## V. Ciclo II (2010-13)

---

II (contenidos de las E-actividades), podrían influir en este hecho. De las 2 **tipologías de E-actividades**, utilizadas durante el Ciclo II, la que tuvo una mayor influencia para el aprendizaje de HC de los alumnos del GI fue el análisis de vídeos y en 2º lugar, la resolución de problemas. Los alumnos intentaron implicarse más, a pesar de la dificultad observada, en la 1ª tipología de E-actividades. La puntuación media obtenida por los alumnos del GI (Ciclo II) en la realización de las E-actividades fue de 7,68 (2,12) puntos.

Con relación al **GI**, hubo una progresión en el grado de realización de las mismas desde la 1ª (85,71%) a la 3ª (100%), que indica un grado de **implicación creciente**. La calificación de las E-actividades (puntuación media sobre 10 puntos) fue de 7,68 (2,12) puntos. Comparando el grado de realización de las E-actividades de los alumnos del Ciclo I con los del Ciclo II, fue superior en el Ciclo II. **En este sentido es posible que las modificaciones propuestas (en el informe del Ciclo I) influyeran positivamente en estos resultados**. Por otra parte, en cuanto a la **tipología de las E-actividades realizadas** el **análisis de video clips**, fue considerado por los alumnos del GI (Ciclo II), como un método que influyó de un modo muy importante en el aprendizaje del 50,3% de los alumnos y de un modo importante sobre el 39,3%. De hecho la utilización de películas con finalidades docentes para analizar y para ampliar la perspectiva de la relación terapeuta-paciente ha sido aplicada por diferentes autores (Farré et al., 2004; Jukić, Brečić & Savić, 2010; Klemenc-Ketis y Kersnik, 2011). En nuestro caso los alumnos se implicaron más con este método de aprendizaje a pesar de las dificultades observadas. En cuanto a la **resolución de casos-problema**, fue un método muy importante para el 39,3% de los alumnos e importante para el 42,9%. Este método ha sido aplicado por diferentes autores con la misma finalidad (Higgs, 1993; Haq et al., 2004).

En el **GC** la implicación para realizar las 3 E-actividades fue idéntica (96,42%), siendo la nota media obtenida de 8,66 (1,85) puntos. Dado que las actividades de ambos grupos (GI y GC) fueron diferentes, **los resultados no son comparables**. Durante el Ciclo I (GI) hubo un grado de implicación decreciente desde la 1ª (93,1%) a la 3ª actividad (89,6%), siendo las diferencias observadas mínimas.

### ► ENCUESTRO ALUMNO-PSE: DATOS GENERALES

Se analiza el **tiempo de duración** de la ECF realizada por los alumnos del GI y del GC al PSE 3, el **deseo del PSE3 de ser tratado por los alumnos** en hipotéticas situaciones futuras (de algún modo se mide el grado de confianza generado por el alumno hacia el “paciente”) y el **grado de implicación de los alumnos al realizar la ECF al PSE 3**.

## ❖ TIEMPO DE DURACIÓN DE LA ENTREVISTA CON EL PSE

**Resumen (Ciclo II):** Los alumnos del **GI dedicaron más tiempo** a realizar la ECF (con el PSE 3) que los del **GC** siendo las diferencias observadas significativas. El GI dotó de más contenido a la entrevista realizada, debido a la formación recibida, y el tiempo dedicado para su realización fue mayor. De hecho, este cambio fue más perceptible durante el Ciclo II pues el tiempo de dedicación de los alumnos del GI y los del GC, durante el Ciclo I, fue prácticamente idéntico.

Cuando el PSE 3 fue entrevistado por los alumnos del **GI** y por los del **GC**, los del GI dedicaron un **tiempo medio** de 16,6 (3,69) minutos y los del GC de 12,44 (2,80) minutos. Esta diferencia indica que los alumnos del GI tuvieron más tiempo para dar contenido a cada una de las fases de la ECF, si bien no hemos definido con exactitud cuál fue el tiempo dedicado a cada una de las fases. Teniendo en cuenta nuestra experiencia (al ver los videos de las entrevistas), hubo un mayor número de omisiones (en cuanto a los aspectos no realizados) y de errores en los alumnos del GC que en los del GI, que pueden tener que ver entre otros factores con esta variable.

Si tenemos en cuenta los datos del **Ciclo I (P. formativa I)**, la duración media de la ECF cuando los alumnos del **GI** entrevistaron al PSE 3 fue de 13,08 (2,81) minutos y de 13,00 (4,32) minutos cuando lo hicieron los del **GC**.

## ❖ DESEO DEL PSE DE SER TRATADO POR LOS ALUMNOS EN SUCESIVAS OCASIONES

**Resumen (Ciclo II):** El PSE 3 manifestó **desear ser tratado** (en una hipotética situación futura) por un **89,3% de los alumnos del GI** y por un **60,7% por los alumnos del GC**. Durante el **Ciclo I (P. Formativa I)** las diferencias porcentuales entre ambos grupos (GI vs. GC) fueron algo superiores, a favor del GI (**96,42%/86,2%**). Sin embargo durante el Ciclo I (Fase diagnóstica), el PSE solo deseó recibir tratamiento en lo sucesivo por el 55% de los alumnos. Los resultados obtenidos pueden ser explicados por la **mayor capacidad de los alumnos del GI, para manejar las HC y generar un mayor grado de confianza en el PSE**, tras participar en un programa formativo para mejorar las habilidades de comunicación.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

Durante el Ciclo II el PSE 3 dijo desear ser tratado (en sucesivas ocasiones) por el 89,3% de los alumnos del **GI** y por el 60,7% de los alumnos del **GC**. Durante el **Ciclo I** (P. Formativa I) los resultados fueron de un 96,42% para el GI y de un 86,2% para el GC. Durante el Ciclo I (Fase diagnóstica) solo el 55% de los alumnos consiguió generar confianza en el PSE para recibir sucesivos tratamientos. Las diferencias observadas muestran una mayor predisposición del PSE (que puede asociarse a un mayor grado de confianza) a ser tratado por los alumnos del GI que por los alumnos del GC (en ambos ciclos), hecho que puede ser explicado por la mayor capacidad del GI para manejar las HC.

### ❖ GRADO DE IMPLICACIÓN AL REALIZAR LA ECF

**Resumen (Ciclo II):** Al ser preguntados los alumnos por su **grado de implicación** al entrevistar al PSE 3, sobre una puntuación de 0 a 10 puntos, los alumnos del **GI** obtuvieron una puntuación media de 8,00 (1,38) puntos y los del **GC** de 6,75 (1,02) puntos. Durante el **Ciclo I**, los alumnos del GI obtuvieron una puntuación media de 8,07 (1,38) puntos y los del GC de 7,0 (1,52) puntos. **Las puntuaciones siempre fueron, independientemente del Ciclo analizado, superiores en el GI.** Consideramos que el hecho de haber realizado más entrevistas, por parte de los alumnos del GI, además de saber (especialmente durante el Ciclo II) que los alumnos recibirían retroacción del PSE al finalizar la 3ª entrevista y que ésta sería valorada durante las sesiones de retroacción (después de ver el video de su entrevista) hizo que los alumnos se implicaran de otro modo.

El **grado de implicación** de los alumnos del **Ciclo II** al entrevistar al PSE 3 (cuantificado sobre una puntuación media de 0 a 10 puntos) obtuvo en el caso del GI un valor de 8,00 (1,38) puntos y en el del **GC** de 6,75 (1,02) puntos. Durante el **Ciclo I**, los alumnos del GI obtuvieron una puntuación media de 8,07 (1,38) puntos y los del GC de 7,5 (1,57) puntos, por tanto las puntuaciones siempre fueron superiores en el GI. Cuando se analizó el **grado de implicación de los alumnos del GI en cada una de las entrevistas realizadas**, la que obtuvo mayor puntuación fue la 3ª entrevista, tanto en el caso de los alumnos del Ciclo I como los del Ciclo II.

### ► ENCUESTRO ALUMNO-PSE: EVALUACIÓN REALIZADA POR EL PSE (Escala MAPE 2)

Se analizan los resultados de la **Escala MAPE 2** (en su valor total y en la puntuación media para cada ítem analizado) cuando los **PSE** valoraron las entrevistas realizadas por los

alumnos del GI y del GC durante los Ciclos I y II. También se analiza la evolución de los resultados de los alumnos del GI desde la 1ª a la 3ª entrevista realizadas durante los Ciclos I y II.

#### ❖ PUNTUACIÓN MEDIA TOTAL Y PARA CADA ÍTEM (ESCALA MAPE 2): CICLO II

**Resumen (Ciclo II):** Como consecuencia de la aplicación de la **Propuesta formativa II**, los alumnos del **GI** obtuvieron una **puntuación media total (Escala MAPE 2)** superior a los alumnos del **GC**, siendo las diferencias observadas significativas. La **puntuación media de cada ítem** fue superior para los alumnos del **GI**, siendo las diferencias observadas entre ambos grupos (GI vs. GC) estadísticamente significativas. Los resultados explicarían que, según el PSE 3, **los alumnos del GI tuvieron más habilidades** que los del GC para realizar la entrevista clínica.

Cuando los alumnos fueron evaluados por el PSE 3, mediante la **Escala MAPE 2** (puntuación global máxima: 60 puntos), los alumnos del **GI** obtuvieron una puntuación media total de 37 (9,75) puntos y los del **GC** de 32 (10,75) puntos, siendo las diferencias entre ambos grupos significativas ( $p \leq 0,05$ ). La **puntuación media obtenida, para cada ítem** de la Escala MAPE 2 (puntuación máxima: 10 puntos), por los alumnos del GI cuando entrevistaron al PSE 3 fue superior a la obtenida por los alumnos del GC en todos los ítems (cordialidad, escucha activa, empatía, contacto, asertividad, cierre) siendo los valores p obtenidos, estadísticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ). Los resultados explicarían que, según el PSE 3, los alumnos del GI tuvieron más habilidades que los del GC para realizar la entrevista clínica.

#### ❖ PUNTUACIÓN MEDIA TOTAL Y PARA CADA ÍTEM (ESCALA MAPE 2): CICLO I vs. CICLO II

**Resumen (Ciclo II):** La **puntuación media total (Escala MAPE 2)** mejoró desde la Fase diagnóstica (Ciclo I) hasta la aplicación de la Propuesta formativa I (Ciclo I) y desde la aplicación de ésta hasta la aplicación de la Propuesta formativa II (Ciclo II). En este sentido, **la aplicación de las distintas propuestas formativas, incidió positivamente en los resultados obtenidos desde que se inicio la investigación-acción, aunque no hubo grandes diferencias entre los resultados obtenidos tras la aplicación de las propuestas formativas I y II.**

## V. Ciclo II (2010-13)

---

La puntuación obtenida, **en relación a cada ítem, mejoró en los Ciclos I y II desde la 1ª a la 2ª entrevista, pero no fue así entre la 2ª y la 3ª**. En relación a los ítems de esta escala, no pudo observarse una mejoría clara (entre la 2ª y la 3ª entrevista) debido a la complejidad progresiva del caso escenificado por el PSE3. Sin embargo los alumnos percibieron una mejoría en sus habilidades de comunicación, para realizar la ECF, desde la 1ª a la 3ª entrevista.

Los valores, **de la puntuación de cada ítem**, obtenidos por los alumnos que participaron en la **Fase diagnóstica** (Ciclo I), fueron claramente inferiores a los de los alumnos que entrevistaron al PSE3 durante la aplicación de las **Propuesta formativas I** (Ciclo I) **y II** (Ciclo II). Ello refuerza nuestra hipótesis de que conforme se produjeron modificaciones en los sucesivos programas formativos, tanto las puntuaciones totales como las de cada ítem, así como la percepción de las habilidades de los alumnos, mejoraron desde el inicio hasta el momento en el que finalizó esta investigación.

Al comparar los resultados del **GI** de los alumnos del **Ciclo I (aplicación de la propuesta formativa I)** con los del **Ciclo II**, cuando entrevistaron al PSE 3, los resultados (**puntuación media total**) fueron similares: 37 (7,5) puntos para los del Ciclo I y de 37 (9,75) para los del Ciclo II. Considerando la perspectiva del PSE 3, las habilidades de ambos grupos de alumnos fueron similares al finalizar su periodo de formación en cada uno de los Ciclos.

En ambos ciclos (I y II), al analizar la **puntuación de cada uno de los ítems**, en los alumnos del GI) se observa una mejoría clara entre la 1ª a la 2ª entrevista (siendo las diferencias significativas), no sucediendo así entre la 2ª y la 3ª. *Este hecho puede explicarse por la mayor complejidad de la 3ª entrevista, donde el paciente escenificó un caso con un marcado perfil biopsicosocial.*

**La puntuación** de todos y cada uno de los ítems de la **Fase diagnóstica** (Ciclo I), **fue claramente inferior** a la de los alumnos que participaron en las **Propuestas formativas I (Ciclo I) y II (Ciclo II)**. La puntuación media total de los alumnos que participaron durante el **Ciclo I (en la Fase diagnóstica)** fue de 33,95 (7,46) puntos. Esta puntuación fue claramente inferior a la obtenida por los alumnos del Ciclo I (tras la aplicación de la **Propuesta formativa I**) que fue de 37 (7,5) y a la de los alumnos del Ciclo II (tras la aplicación de **la Propuesta Formativa II**), que fue de 37 (9,75). Teniendo en cuenta estos datos podemos afirmar que la participación de los alumnos del GI en los sucesivos programas formativos mejoró, bajo el punto de vista del PSE, sus habilidades de comunicación.

### ► **ENCUENTRO ALUMNO-PSE: EVALUACIÓN REALIZADA POR OBSERVADORES EXTERNOS (CUESTIONARIOS CICAA)**

Se analizan los resultados de la valoración de las entrevistas de los alumnos, por dos observadores externos, **mediante el Cuestionario validado CICAA**. Los datos recogidos muestran la **puntuación media total** del cuestionario y la puntuación media de cada una de las **tareas**.

#### ❖ **PUNTUACIÓN MEDIA TOTAL (CUESTIONARIO CICAA)**

**Resumen (Ciclo II):** Se observó una **mejoría progresiva en la puntuación media total** del Cuestionario CICAA: desde la **Fase diagnóstica** (Ciclo I) hasta la aplicación de la **Propuesta Formativa I** (Ciclo I) y desde el Ciclo I al **Ciclo II** (Propuesta Formativa II) como consecuencia de la adaptación y de la mejora del programa formativo en HC.

Cuando los **alumnos del GI** (durante el **Ciclo II**) fueron evaluados mediante el **Cuestionario CICAA**, por cualquiera de los 2 observadores, la puntuación media total (sobre 54 puntos) obtenida fue mejorando desde la 1ª a la 3ª entrevista (PSE 3). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en todos los casos. Estos resultados muestran una mejoría en las HC de los alumnos desde la realización de la 1ª entrevista a la 3ª. Cuando se compararon los resultados del GI con los del GC, siempre fueron superiores en el GI, independientemente del observador que evaluó las entrevistas, siendo las diferencias encontradas significativas. *Los resultados refuerzan nuestra idea respecto a que la aplicación del Programa aplicado durante el Ciclo II, mejoró la puntuación de los alumnos obtenida mediante el Cuestionario CICAA.*

La **puntuación media total de los alumnos del GI que participaron durante el Ciclo I** (en la Fase diagnóstica) fue de **19,40 (10,5) y de 20,3 (9,83) puntos** cuando fueron evaluados respectivamente por el observador 1 y por el observador 2. Esta puntuación fue claramente inferior a la obtenida por los alumnos **del Ciclo I (tras la aplicación de la Propuesta formativa I)** que fue de **43 (11,25) y de 43 (11,0) puntos** cuando fueron evaluados respectivamente por el observador 1 y por el observador 2). A su vez ésta puntuación fue inferior a la obtenida por los alumnos del **Ciclo II (tras la aplicación de la propuesta formativa II)**, cuando fueron valorados por el observador 1, siendo de **52 (8,75), y de 53 (9,5) puntos**, cuando fueron valorados por el observador 2.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

Los resultados indican que hubo una mejora cuantitativa desde que se inició el Ciclo I (Fase diagnóstica) hasta el Ciclo II (aplicación de la Propuesta Formativa II). Dado que esta mejoría (desde la aplicación de la Propuesta formativa I a la Propuesta formativa II) no estuvo avalada por los 2 observadores externos, tanto el investigador como el Grupo de Trabajo valoraron una mejora cualitativa en las habilidades de los alumnos desde el Ciclo I hasta el Ciclo II, que se basó en la valoración del proceso realizado y en las mejoras introducidas en el programa.

### ❖ PUNTUACIÓN MEDIA PARA CADA TAREA (CUESTIONARIO CICAA)

**Resumen (Ciclo II):** Como consecuencia de la adaptación y de la mejora del programa formativo en HC se observó una **mejoría progresiva, en la puntuación media para todas y cada una de las tareas del Cuestionario CICAA**, desde la **Fase diagnóstica (Ciclo I)** hasta la aplicación de la **Propuesta Formativa I (Ciclo I)** y desde ésta hasta la aplicación de la **Propuesta Formativa II (Ciclo II)**.

La puntuación obtenida para todas y cada una de las tareas, en el caso de los alumnos que participaron en la **Propuesta formativa I (Ciclo I)** y en la **Propuesta formativa II (Ciclo II)** cuando entrevistaron al PSE 3, fue **superior en el caso de los alumnos del GI que en los del GC**, siendo las diferencias significativas, independientemente del observador que evaluó las entrevistas. Las **puntuaciones obtenidas, en todas y cada una de las tareas, fueron superiores en los alumnos del Ciclo II, cuando se compararon con los del Ciclo I (Propuesta formativa I) al entrevistar al PSE 3 y claramente superiores a las obtenidas por los alumnos que participaron en la Fase diagnóstica (Ciclo I)**. *Los resultados muestran que tras la aplicación de dos propuestas formativas sucesivas (Ciclo I y II) hubo una mejoría en el manejo de las HC, cuando se evaluaron por dos observadores mediante el Cuestionario CICAA.*

## B. CON RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A

Una vez analizados los resultados de aprendizaje, valorados por el investigador, por los PSE y por dos observadores externos, centraremos nuestra atención en el **análisis y la interpretación del proceso de enseñanza – aprendizaje seguido**. Para ello se tendrá en cuenta la opinión de los **alumnos**, del **investigador** y la del **grupo de trabajo**.

## B. 1. PUNTO DE VISTA DE LOS ALUMNOS

Se analizan los resultados relacionados con la **percepción de los alumnos** acerca del grado de **comprensión teórica y de habilidades alcanzados**, para la realización de la ECF, al finalizar cada una de las entrevistas realizadas, así como el **impacto de cada una de las metodologías utilizadas** para el aprendizaje de HC.

### ► EVOLUCIÓN DEL GRADO DE COMPREENSIÓN TEÓRICA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF: VALOR TOTAL Y DE CADA UNA DE LAS FASES DE LA ECF

**Resumen (Ciclo II):** Conforme se avanzó en el proceso de aprendizaje, los **alumnos del GI** (Ciclo II) percibieron una **mejora progresiva en la comprensión teórica (valor total)** para realizar cada una de las fases de la ECF al entrevistar a cada paciente. Al comparar ambos grupos (GI vs. GC) **la percepción del grado de comprensión teórica del GI fue superior**, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Para los alumnos, la **comprensión teórica de cada una de las fases de la ECF** fue percibida como un aspecto poco relevante, pues su interés se centró principalmente en la aplicación práctica. Las fases en las que los alumnos del GI percibieron mayor dificultad (teórica y práctica) fueron las de: *recogida de la información, exploración física y de explicación y planificación*. Los **resultados en ambos ciclos** (I y II) fueron **similares** así como nuestra interpretación.

Durante el Ciclo II (Propuesta formativa II) la percepción del grado de **comprensión teórica total, para los alumnos del GI, mejoró desde la 1ª entrevista (PSE1) a la 3ª entrevista (PSE3)** en 4,5 puntos. Se observaron *diferencias significativas* ( $p \leq 0,017$ ) entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y la 3ª. La puntuación obtenida por el GI (E3) fue superior a la del GC (E4), con una diferencia de 2 puntos, si bien los resultados no fueron significativos ( $p > 0,05$ ). *Conforme se avanzó en el proceso de aprendizaje los alumnos del GI percibieron una mejora progresiva en la comprensión teórica (valor total) para realizar cada una de las fases de la ECF al entrevistar a cada paciente. Al comparar ambos grupos (GI vs. GC) la percepción fue superior, aunque no fue significativa. Ello podría explicarse por el hecho de que para los alumnos la comprensión de los aspectos teóricos no supuso una dificultad notable, y aunque hubo un grado de percepción de la comprensión teórica superior en el GI, las diferencias con el GC no fueron estadísticamente significativas.*

Durante el Ciclo I, los resultados fueron similares a los del Ciclo II. Bajo nuestro punto de vista la



## V. Ciclo II (2010-13)

---

interpretación de los mismos podría ser coincidente con la proporcionada para el Ciclo II.

Al analizar el grado de **comprensión teórica**, para cada una de las fases de la ECF, los alumnos del GI (que participaron en ambos Ciclos) **percibieron una mejora desde la 1ª (PSE 1) a la 3ª entrevista (PSE3)**, a excepción de la fase de examen físico *que podría explicarse por el hecho de que para los alumnos la exploración fue vivida como un aspecto difícil de abordar (tanto bajo el punto de vista teórico como práctico), ya que en ninguno de los 3 casos representados por los PSE jugó un papel relevante ya que los pacientes, al tener mucho dolor, no podían ser explorados en ese momento. Por este motivo no hubo diferencias entre las entrevistas.* Aunque la puntuación fue mejorando progresivamente desde la 1ª (PSE1) a la 3ª entrevista (PSE3), para el resto de fases, solo hubo diferencias significativas en la fase de explicación y de planificación (entre la 2ª y la 3ª entrevista y entre la 1ª y a 3ª). *De hecho, las fases donde los alumnos mostraron más dificultades (en la teoría y en la práctica) fueron, además de la de exploración física, la de recogida de la información y la de explicación y planificación. Nuestra intervención incidió en la mejoría clara de la fase de explicación y de planificación y aunque hubo una mejoría en la fase de recogida de la información, ésta no fue tan nítida. La puntuación del GI fue superior a la del GC al analizar los resultados de cada fase*, siendo las diferencias significativas ( $p \leq 0,05$ ), durante el Ciclo I, en todas las fases excepto en la de recogida de la información. Durante el Ciclo II, las diferencias fueron significativas en todas las fases excepto en la de examen físico y en la de cierre de la entrevista.

### ► EVOLUCIÓN DEL GRADO DE HABILIDAD PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF: VALOR TOTAL Y DE CADA UNA DE LAS FASES DE LA ECF

**Resumen (Ciclo II):** Conforme se avanzó en el proceso de aprendizaje, los alumnos del GI percibieron una **mejora progresiva en el grado de habilidades (puntuación total)** para realizar cada una de las fases de la ECF **desde la 1ª a la 3ª entrevista**. Al comparar ambos grupos (GI vs. GC) **la percepción del grado de habilidades del GI fue superior**, siendo las diferencias significativas excepto en la fase inicial. Al analizar los resultados del GI, **para cada una de las fases** de la ECF, hubo una mejoría desde la 1ª a la 3ª entrevista excepto en la fase inicial, que fue interpretada por los alumnos como la fase menos compleja. Los resultados en ambos ciclos (I y II) fueron muy similares así como su interpretación.

El **grado de habilidad (puntuación total)** percibido por los alumnos del GI (Ciclo II) **para realizar la ECF** mejoró desde la 1ª (PSE1) a la 3ª entrevista (PSE3) y también entre los alumnos del GI y del

Grupo control, siendo los valores obtenidos en todos los casos estadísticamente significativos. El **grado de habilidad percibido**, para realizar **cada una de las fases de la ECF**, por los alumnos del Grupo de intervención (GI), mejoró desde la 1ª entrevista (E1) a la 3ª entrevista (E3) en todas las fases excepto en la Fase inicial, aunque las diferencias encontradas no fueron significativas. Cuando se compararon las puntuaciones **entre el Grupo de intervención (GI) y el Grupo control (GC)** siempre fueron superiores en el caso del GI siendo los resultados significativos ( $p \leq 0,05$ ) para todas las fases excepto para la fase inicial.

*Podemos afirmar que hubo una percepción de la mejoría en las habilidades para realizar la ECF avalada por los resultados, tanto para los alumnos del GI (desde la 1ª a la 3ª entrevista) como cuando se compararon los resultados entre el GI y el GC. La única fase en la que no se obtuvo una mejoría fue en la Fase inicial, que bajo nuestro de vista es la que supone una menor dificultad. Tal y como sucedió al analizar los resultados del grado de percepción de la comprensión teórica, para cada fase, en el GI solo se observaron diferencias significativas en la Fase de explicación y de planificación.*

Al comparar los resultados entre ambos grupos (GI vs. GC) los resultados fueron favorables al GI y estadísticamente significativos para las fases que supusieron mayor dificultad para los alumnos (recogida de información, examen físico y de explicación y planificación). Al analizar los datos del Ciclo I y compararlos con los del Ciclo II, no se observaron grandes diferencias en la puntuación.

## ► IMPACTO DE LAS METODOLOGÍAS UTILIZADAS PARA EL APRENDIZAJE DE HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

**Resumen (Ciclo II):** De las metodologías utilizadas durante el Ciclo II, por los **alumnos del GI**, las que obtuvieron una puntuación más alta respecto a su influencia en el aprendizaje de HC fueron por este orden: la realización de la **entrevista clínica** los PSE, la obtención de **retroacción por parte del PSE**, la **observación del video** de la entrevista realizada y la **obtención de retroacción** por parte de los compañeros y del profesor, la realización de **E-actividades** y los **seminarios** (análisis de video clips y role playing).

De los distintos **métodos** utilizados para el aprendizaje de HC por parte de los **alumnos del GI (Ciclo II)**, los que más influyeron (sobre una puntuación máxima de 4 puntos) fueron **en orden decreciente**: la *entrevista* al PSE, la *obtención de retroacción* por parte del PSE, la *observación del*

## V. Ciclo II (2010-13)

---

video (de la ECF realizada) y la *obtención de retroacción por parte de los compañeros y del profesor*, los *seminarios* y por último, las *E-actividades*. **En cuanto al GC**, fueron la observación del video (de la entrevista realizada), la realización de la ECF, las E-actividades y los seminarios, si bien los métodos no son comparables pues las actividades realizadas fueron distintas.

*Para los alumnos del GI, el hecho de entrevistar a los PSE tuvo un gran valor pues raramente habían tenido la ocasión de aprender de este modo. El 2º método mejor valorado fue la obtención de retroacción del PSE, para los alumnos el hecho de que fuera el mismo paciente el que les recordara que aspectos habían realizado correctamente y cuáles no tuvo un gran valor. El tercer método fue la observación del video de su entrevista y la obtención de retroacción, en este caso el hecho de tomar consciencia de los errores y de fortalecer aquellos aspectos que se realizaron correctamente, mediante las aportaciones de los compañeros y del profesor generó muchas ocasiones de aprendizaje. El 4º método fue la realización de las E-actividades, donde los alumnos tuvieron que analizar video clips y resolver casos-problema relacionados con distintos perfiles de pacientes en una entrevista clínica. Por un estrecho margen, la puntuación más baja correspondió a los seminarios. Aunque los alumnos hicieron un esfuerzo notable y se implicaron en el análisis de videos, la realización de sesiones de role-playing no motivó suficientemente a los alumnos ni éstos dedicaron el tiempo suficiente para su preparación.*

### B. 2. PUNTO DE VISTA DEL INVESTIGADOR

Se analizan las reflexiones aportadas por el investigador registradas en el Cuaderno de trabajo durante el desarrollo del Ciclo II. Para la interpretación de los datos se tendrán en cuenta los siguientes apartados: los **seminarios**, las **E-actividades**, la **entrevista clínica** y la **retroacción del PSE** así como **las sesiones de retroacción** tras el visionado del video de las entrevistas. Al exponer cada uno de los apartados se pondrá más énfasis en el **proceso de E-A dirigido al grupo de intervención (GI)**.

#### ► FOCO: LOS SEMINARIOS

**Resumen (Ciclo II):** Durante los seminarios los **alumnos del GI**, participaron en el **análisis de video clips** (recordatorio de las fases de la EC y de la importancia de la CV y de la CNV) y en 2 sesiones de **role-playing** (realización de las Fases de la ECF a partir de un caso clínico e

identificación de los errores más habituales). **La racionalización de los horarios** facilitó la asistencia de los alumnos a los mismos, y la **selección de los contenidos y de los métodos para trabajar las HC** facilitó el aprendizaje de HC. En cuanto a los métodos utilizados detectamos, durante el **análisis de video clips**, ciertas **dificultades** para el análisis de la CNV (procesos de observación y de interpretación) que podrían mejorar con un mayor tiempo de dedicación a la realización de actividades similares en el aula y a que éstas tuvieran una progresión en la dificultad. En cuanto a las 2 sesiones de **role-playing**, consideramos que hubieran podido aprovecharse mejor si los alumnos hubieran preparado con más tiempo la escenificación del caso y el profesor la hubiera supervisado más a fondo. En este sentido consideramos que faltó más tiempo y quizás el apoyo de más profesores para llevar a cabo la actividad.

Para aplicar las **propuestas de mejora definidas en el informe final del Ciclo I** se produjo una mejora sustancial en la organización de los horarios y en la metodología seguida durante los seminarios. Durante los **seminarios se analizaron fragmentos de videos para trabajar la capacidad de observación e interpretación de los alumnos** (que posteriormente se realizarían de nuevo durante las E-actividades). Los alumnos tuvieron **dificultades** en algún momento para llevar a cabo el análisis de videos en el aula debido a la falta de experiencia y a la dificultad de focalizar la atención en fragmentos de vídeos donde se desconocía el contexto en el que se desarrollaban. Es posible que se requiriera una cantidad mayor de tiempo, que el estipulado previamente, y realizar una progresión en el análisis de video clips desde situaciones menos complejas a otras de mayor complejidad para obtener un mayor provecho de la realización de esa actividad. Otra de las actividades realizadas tuvo que ver con **las 2 sesiones de role-playing**, donde a partir de un caso clínico propuesto por el profesor una parte de los alumnos escenificó una entrevista clínica y el resto comentó, razonando las aportaciones, qué se realizó correctamente y por qué y que hubiera podido mejorar y por qué. Los alumnos integraron los contenidos de cada una de las fases de la ECF y detectaron los errores más frecuentes. Los alumnos que analizaron la entrevista, escenificada por sus compañeros, utilizaron la Guía Calgary Cambridge que después utilizarían en las sesiones de retroacción durante el visionado de los videos de las entrevistas realizadas por los alumnos a los PSE. Bajo el punto de vista de la pirámide de Miller se trabajó el nivel de aprendizaje “saber cómo”. **Como aspectos de mejora** sería preciso dedicar mayor atención, por parte del profesor, a la supervisión de los casos antes de su interpretación y que los alumnos dedicaran más tiempo al ensayo del caso clínico. En este sentido debería plantearse el apoyo de más profesores para llevar a cabo esta actividad.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ► FOCO: LAS E-ACTIVIDADES

**Resumen (Ciclo II):** Durante el Ciclo II **disminuyó el número de E-actividades a realizar y se suprimió la realización de preguntas conceptuales**. Los alumnos analizaron, con relación a cada una de las fases de la entrevista clínica, diferentes aspectos de la CV y de la CNV mediante **video clips y resolvieron casos problema**. Entre las **dificultades** observadas destacaremos: el análisis de fragmentos de video clips y el escaso nivel de participación de los alumnos en los Foros virtuales para generar aprendizaje colaborativo. Proponemos mejorar el método de análisis de vídeos mediante el diseño de actividades con una dificultad progresiva y simultanear el análisis de videos completos con el de video clips. La **resolución de casos - problema** se aplicó del mismo modo que durante el Ciclo I y fue un método de aprendizaje útil para dar respuesta a situaciones próximas a la realidad.

Como consecuencia de las propuestas de mejora definidas durante el **Ciclo I**, se introdujeron modificaciones en el diseño de las E-actividades y se intentó fomentar la participación de los alumnos en el Foro virtual para generar aprendizaje colaborativo.

Durante el **Ciclo II disminuyó el número total de E-actividades a realizar** y se suprimió la resolución de las preguntas conceptuales que podían consultarse en el dossier. Dando continuidad al análisis de video clips (realizados durante los seminarios), los alumnos analizaron **video clips y tuvieron que resolver casos problema**. La reducción del número de actividades a realizar hizo que los alumnos no vivieran esta situación como una sobrecarga difícil de simultanear con las actividades de otras asignaturas. El análisis de videos ayudó a que los alumnos descubrieran las posibilidades y las dificultades asociadas al manejo de la CV y de la CNV, así como a detectar errores frecuentes. Un 20% de los alumnos hubiera preferido analizar entrevistas clínicas completas para conocer el contexto en el que se desarrollaban. Nuestra opinión es que si existe una progresión en el grado de complejidad de las entrevistas analizadas, el análisis de fragmentos de videos puede ayudar a identificar y a trabajar aspectos de la comunicación (verbal y no verbal) presentes durante las entrevistas. Es posible que con una mayor cantidad de tiempo disponible pudiera simultanearse una metodología que incluyera el análisis de una película completa con el de fragmentos de videos. De hecho existen autores que preconizan el uso del video para trabajar las HC tales como: Ann, 2006, Cartney, 2006; Hulsman, Mollema, Oort, Hoos, & de Haes, 2006; Parish et al., 2006; etc.

Para compensar la escasez de intervenciones de los alumnos en los **Foros de debate** (solo participó un 10% de los alumnos) se publicaron, en el espacio Moodle, las actividades mejor valoradas para introducir elementos de apoyo para el aprendizaje. No fuimos capaces de fomentar la participación en los foros por diferentes motivos: por la falta de hábito de los alumnos para participar en este tipo de actividades y por la falta de incentivos que fomentaran la participación.

Consideramos que la **resolución de casos problema** es un método útil para que los alumnos den respuesta a situaciones próximas a la realidad. Los alumnos que más se implicaron en su resolución generaron más aprendizaje.

### ► FOCO: LA ENTREVISTA AL PSE Y LA RETROACCIÓN DE ÉSTE AL ALUMNO

**Resumen (Ciclo II):** Se reentrenaron los casos escenificados por los PSE para adaptarlos más fielmente a las necesidades de los alumnos de Fisioterapia y se orientó al tercer PSE para que proporcionara **retroacción a los alumnos**. La **entrevista clínica con el PS** fue el método de aprendizaje mejor valorado por los alumnos para aprender HC y la retroacción proporcionada por el paciente, el 2º. Los alumnos tuvieron más dificultades en la 3ª entrevista, donde el paciente interpretó un problema con un componente biopsicosocial de mayor complejidad. Al comparar los resultados de la **puntuación media total** de la 3ª entrevista (obtenidos mediante la Escala MAPE 2 o el Cuestionario CICAA) entre los **alumnos del GI y del GC**, siempre fueron favorables al GI. Este hecho refuerza nuestra hipótesis respecto a la utilidad del programa formativo utilizada por los alumnos del GI. **Proponemos que en sucesivas propuestas formativas**, los alumnos además de entrevistar a los **PSE** entrevisten a **pacientes reales** (bajo supervisión) y que a su vez puedan obtener **retroacción de cada uno de los PSE** (en base a un checklist previamente definido) y **del profesor y de los alumnos tras entrevistar a los pacientes reales**.

Las **propuestas de mejora definidas en el informe final del Ciclo I**, se concretaron en el reentrenamiento de las interpretaciones de los casos por los PSE y, en la posibilidad de que éstos jugaran un papel formativo proporcionando retroacción al alumno al finalizar la entrevista. Durante el Ciclo II los casos pudieron reentrenarse y uno de los pacientes simulados proporcionó feedback a los alumnos.

El **manejo de las HC**, siguió una **evolución positiva desde la 1ª a la 3ª entrevista**. A partir de la 2ª entrevista los alumnos no estuvieron tan pendientes de la ficha de la anamnesis, ni del video que

## V. Ciclo II (2010-13)

---

registraba su entrevista, siendo su comportamiento más espontáneo. Para que los alumnos no se centraran únicamente en los aspectos biológicos del problema del paciente, el diseño de los casos tuvo un componente más biopsicosocial desde la 1ª a la 3ª entrevista que conllevó una progresión en la dificultad de los mismos. Los alumnos que más se implicaron en la realización de cada entrevista (y en las sesiones grupales de retroacción) son los que tomaron un mayor grado de conciencia de los errores y de los aciertos y los que de algún modo generaron más aprendizaje para sí mismos y para el grupo. Para los alumnos, éste fue el método de aprendizaje mejor valorado. El PSE 3 fue entrevistado por los alumnos del GI y por los del GC, **siendo siempre los resultados de la puntuación media total superiores en los alumnos del GI cuando fueron valorados con la Escala MAPE 2 o con el Cuestionario CICAA**. Bajo nuestro punto de vista, además de entrevistar a los PSE, los alumnos deberían entrevistar a pacientes reales bajo supervisión y obtener retroacción de las mismas.

El tercer PSE proporcionó **retroacción** a cada alumno del GI al finalizar la entrevista. Este método fue el 2º mejor valorado por los alumnos, aunque en sucesivas ocasiones el PSE debería disponer de un check list para unificar criterios acerca de qué aspectos deben resaltarse. Es posible que el efecto novedad del método utilizado hiciera que los alumnos lo valoraran de éste modo, por ello es necesario seguir observando, en el futuro, esta tendencia y buscar las posibles causas.

### ► FOCO: VIENDO EL VIDEO DE LA ECF Y LAS SESIONES DE RETROACCIÓN

**Resumen (Ciclo II):** En este caso se produjo una mejora en la **calidad de las videograbaciones** y en su proceso de **digitalización**, que facilitaron el cumplimiento del cronograma y la observación de los videos para su valoración. Por otra parte se introdujo la **Guía Calgary Cambridge** (Kurtz y Silverman, 1998) para incentivar la participación de los alumnos y para que las aportaciones de éstos fueran más provechosas durante el desarrollo de los seminarios. La utilización de esta guía permitió crear **más ocasiones de aprendizaje**. Al realizar la 3ª entrevista los alumnos adquirieron las HC básicas para realizar la ECF, sin embargo tomaron conciencia de las dificultades que conlleva la realización de entrevistas a pacientes con un marcado perfil biopsicosocial. En este sentido un 71,42% de los alumnos manifestó la necesidad de realizar más entrevistas para manejarse con mayor seguridad. Este **fue el tercer método mejor valorado** para facilitar el aprendizaje de HC. Aquellos alumnos que más se implicaron obtuvieron más ocasiones de retroacción y generaron más oportunidades de aprendizaje. Para el aprendizaje de HC en situaciones de diferente grado de complejidad,

proponemos realizar entrevistas a PSE y a pacientes reales (bajo supervisión), incluyendo la posibilidad de que los alumnos puedan recibir retroacción.

La propuesta de mejora definida en el informe final del Ciclo I, con relación a este método, fue la de buscar la manera de **incentivar la participación activa de los alumnos durante las sesiones de retroacción** después de ver cada uno de los videos de las entrevistas realizadas. El uso de la **Guía Calgary Cambridge** permitió a los alumnos ser más concisos en las valoraciones de las entrevistas, argumentar sus aportaciones y en definitiva, crear más ocasiones de aprendizaje. Por otra parte, durante el Ciclo II, se intentó que el **proceso de digitalización de las videograbaciones** fuera más rápido y de mejor calidad mediante el apoyo del Servicio de recursos educativos (SRE) de la universidad. Esta mejora hizo posible que los alumnos pudieran asistir a todas las sesiones y que éstas se desarrollaran durante el cronograma previsto. Este **método fue el tercer método mejor valorado** para facilitar el aprendizaje de HC de los alumnos del GI, por un estrecho margen con relación al 2º método (obtención de feedback por parte del PSE). Bajo nuestro punto de vista los seminarios son un método útil para captar la evolución en el aprendizaje de los alumnos y para detectar el grado de implicación de los alumnos en el proceso de aprendizaje. Una vez más, aquellos alumnos que más se implicaron obtuvieron más ocasiones de retroacción y generar aprendizaje. La 3ª entrevista, con un marcado perfil biopsicosocial, hizo que los alumnos tomaran conciencia de las dificultades y de las posibilidades de aprendizaje. Un 71,42% de los alumnos manifestó la necesidad de realizar más entrevistas para adquirir más seguridad. Como ya comentamos, nuestra propuesta es realizar entrevistas a PSE y a pacientes reales (bajo supervisión) de diferente grado de complejidad, incluyendo la posibilidad de que los alumnos puedan recibir retroacción.

### B. 3. PUNTO DE VISTA DEL GRUPO DE TRABAJO

Se analizan las reflexiones aportadas por el Grupo de trabajo con relación a la **organización de la recogida de la información** y a la **valoración de la metodología utilizada para el aprendizaje de HC**. Durante el análisis, realizado por el Grupo de trabajo, se tuvieron en cuenta las aportaciones de los **alumnos** y las del **investigador**. Tras realizar este proceso, de forma consensuada, se mantuvieron los aspectos que obtuvieron una valoración positiva y se propuso modificar otros, susceptibles de mejorar. Como hicimos en los apartados anteriores, centraremos la atención en los alumnos del GI.



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### ► FOCO: ORGANIZACIÓN DE LA RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

**Resumen (Ciclo II):** El Grupo de trabajo propuso, **en relación a la aplicación de futuras propuestas formativas, mantener** algunos de los métodos de recogida de la información utilizados, **adaptar** algunas de los ya existentes y **crear** nuevas encuestas con el objetivo de valorar, de un modo más preciso, los cambios generados.

Las propuestas de mejora definidas en el informe final del **Ciclo I** (mejora en: la calidad de los registros de las videograbaciones, en el proceso de digitalización y en el proceso de recogida de la información en general) dieron resultados positivos. El Grupo de trabajo propuso mantener algunos de los métodos de recogida de la información, adaptar algunos de los ya existentes y crear nuevas encuestas con el objetivo de valorar, de un modo más preciso, la eficacia de las metodologías utilizadas durante el próximo ciclo de investigación - acción. **En este sentido se propuso:**

- ✚ Crear nuevas encuestas para extraer la información que permita valorar la eficacia de los siguientes métodos: el *análisis de vídeos* (observación e interpretación) por parte de los alumnos durante los seminarios y la realización de *E-actividades*, las sesiones de *role-playing* (realizadas durante los seminarios), la *retroacción proporcionada por el PSE* y *las sesiones de retroacción realizadas después de ver el video* de las entrevistas realizadas. Respecto a éste último método, se propone validar en un futuro la Guía Calgary Cambridge.

### ► VALORACIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

**Resumen (Ciclo II):** En algunos casos se recomendó **mantener** una parte de las metodologías aplicadas y en otros, se introdujeron algunas **modificaciones**. Con relación al **dossier** proporcionado a los alumnos se propuso incorporar un apartado dedicado al **razonamiento clínico**. De las dos actividades realizadas en los **seminarios** (**análisis de vídeos y role-playing**), con relación a la primera, se busca una progresión en la dificultad para el análisis de vídeos y en la segunda, se recomienda un mayor seguimiento por parte del profesor (supervisión de los casos) y utilizar la Guía Calgary – Cambridge para la valoración de la entrevista realizada. Respecto a las **E-actividades** se busca facilitar el método de análisis (análisis de vídeos) y se

incentiva a que los alumnos participen en los foros virtuales. En cuanto a la **ECF y a la retroacción proporcionada por el PSE**, se mantienen las 3 entrevistas realizadas a los 3 PSE y se recomienda que cada PSE proporcione retroacción al alumno. Se valora la opción de que los alumnos realicen al menos 3 entrevistas a 3 pacientes reales durante el tercer y cuarto curso de Grado, donde además de las HC se evalúe la competencia clínica.

Los alumnos utilizaron el **dossier** como documento de apoyo para el aprendizaje de HC aplicadas a la realización de la ECF. Para dar más solidez a la información, y de acuerdo a las necesidades detectadas, se recomienda incorporar un apartado dedicado al **razonamiento clínico**. El resto de contenidos se mantendrá tal y como lo utilizaron los alumnos de los Ciclos I y II. Debería ponerse en conocimiento del resto de profesores de la titulación, la existencia de este dossier para que los contenidos fueran recomendados y utilizados en aquellas materias que de forma directa o indirecta trabajaran las HC y/o la ECF.

Durante los **seminarios** se realizaron análisis de videos y dos sesiones de role-playing. Con relación al **análisis de los videos** se propuso seleccionar video clips de dificultad progresiva para trabajar la capacidad de observación e interpretación. Para evitar la sensación de algunos alumnos, relacionada con la necesidad de contextualizar los fragmentos de la entrevista, se propone que los alumnos vean la película primero y después se analicen fragmentos de la misma. En cuanto a las sesiones de **role playing** (introducidas en los seminarios) se recomendó dedicar mayor atención, por parte del profesor, a la supervisión de los casos antes de su interpretación y a utilizar la Guía Calgary Cambridge ya validada, para valorar la calidad de la entrevista realizada por parte de los alumnos y para que las intervenciones de éstos sean más provechosas bajo el punto de vista del aprendizaje.

Las dos **E-actividades** fueron el **análisis de video clips** y la **resolución de casos problema**. En cuanto al **análisis de video clips**, se recomienda seguir el mismo método: primero ver el video de toda la película y después analizar fragmentos de la misma. En cuanto a la **resolución de casos- problema** se propone que cada alumno los resuelva individualmente y que los alumnos participen en el foro, para estimular el aprendizaje colaborativo, ayudando a resolver las dudas o las preguntas planteadas por el profesor. Las actividades de participación en el foro deben tener un peso en la nota.

Durante la **entrevista clínica** los alumnos recogieron la información del paciente simulado, le exploraron y le proporcionaron la información relacionada con su posible problema y de las opciones de tratamiento (bajo el punto de vista del Diagnóstico y el tratamiento de Fisioterapia). La principal modificación a realizar en las **entrevistas clínicas**, tiene que ver con la introducción durante las fases

## V. Ciclo II (2010-13)

---

de recogida de la información, de exploración y de explicación y planificación, del proceso de **razonamiento clínico**. Por otra parte se intentará que en base a un checklist previamente definido, **todos los PSE** proporcionen **retroacción** a los alumnos al finalizar la entrevista. Se recomienda además, que tras la realización de las entrevistas a 3 PSE, los alumnos realicen al menos 3 entrevistas más, por curso académico, a pacientes reales durante el periodo de prácticas clínicas y que se utilicen métodos que integren la evaluación de las HC y de la competencia clínica como por ejemplo los utilizados en la Evaluación clínica objetiva y estructurada de la práctica clínica (ECOE) o Mini-Cex (Humphris & Kaney, 2000; Schuwirth & van der Vleuten, 2005).

Una vez realizadas las **entrevistas a los PSE**, los alumnos vieron el video de cada una de sus entrevistas y el de las de sus compañeros para generar aprendizaje colaborativo. Una vez visto el video se recomienda que con el apoyo de la Guía Calgary-Cambridge validada, los alumnos valoren su propia entrevista y la de sus compañeros bajo la supervisión del profesor del profesor con el objetivo de mejorar la calidad de las intervenciones y de valorar las entrevistas mediante un sistema validado.

### 5.7. Significación

En este apartado se aportará información relacionada con la **comprensión del problema**, la **relevancia** que pueda tener este proceso de la investigación-acción para la **institución** y las **dificultades detectadas para el cambio relacionado con la** aplicación de soluciones que faciliten el aprendizaje de habilidades de comunicación y su aplicación a la ECF.

#### 5.7.1. Comprensión del problema: evolución del aprendizaje

**Resumen (Ciclo II):** Al analizar los resultados de aprendizaje **bajo un punto de vista cuantitativo**, cuando se aplicaron las propuestas formativas I, II y se compararon los resultados del GI y del GC, éstos siempre fueron favorables al GI. Cuando se compararon los resultados del GI de cualquiera de los ciclos con los de los alumnos de la Fase diagnóstica (Ciclo I), siempre fueron favorables al GI. Al comparar los resultados entre los alumnos del GI, de los Ciclos I y II, no se observaron grandes diferencias. Probablemente es complicado comparar grupos de alumnos diferentes que a su vez participaron en metodologías diferentes. Bajo un **punto de vista cualitativo** consideramos que hubo una mejora respecto a las posibilidades de aprendizaje, desde el Ciclo I hasta el Ciclo II, asociada a la **adaptación de las metodologías**

utilizadas para facilitar el aprendizaje. En este sentido ha habido una **evolución en cada uno de los métodos utilizados**: en los **seminarios** (introducción de análisis de vídeos para fomentar la capacidad de observación de los alumnos y las sesiones de role-playing); en las **E-actividades** (introducción del análisis de vídeos para identificar los errores habituales y para trabajar la capacidad de observación); en las **entrevistas** realizadas a los PSE (adaptación y reentrenamiento de la escenificación de los casos clínicos a los alumnos de Fisioterapia e introducción de la retroacción proporcionada por el PSE ); en **las sesiones de retroacción** en las que los alumnos vieron y valoraron el video de sus entrevistas y el de sus compañeros (mejora de la calidad de las videograbaciones y del proceso de digitalización e introducción de la Guía Calgary – Cambridge).

Respecto a la **evolución del aprendizaje** de los alumnos destacaremos los siguientes aspectos:

- ✚ En cualquiera de los **Ciclos I y II**, tras la aplicación de las propuestas formativas I y II, siempre hubo una **mejoría clara cuando se compararon los resultados de aprendizaje entre el GI y el GC (a favor del GI) y cuando se compararon los resultados del GI de ambos ciclos (I y II) con la Fase diagnóstica (Ciclo I)**. Este aspecto puede confirmarse con relación a los resultados (puntuación media total y para cada ítem) de la Escala MAPE 2, del Cuestionario CICAA (puntuación media total y para cada una de las tareas), los relacionados con el deseo del paciente de ser tratado por los alumnos en un futuro hipotético, en el tiempo total dedicado a la realización de la ECF y en la percepción del Grado de comprensión teórica y de habilidades conseguido desde la para la realización de la ECF por los alumnos del GI de cada Ciclo, desde la 1ª a la 3ª entrevista.
- ✚ Al **comparar los resultados del GI** tras la aplicación de las **Propuestas formativas I (Ciclo I) y II (Ciclo II) no se observan grandes cambios cuantitativos**, debido a que en cada Propuesta se aplicaron metodologías distintas y los alumnos fueron distintos. En este sentido es complicado establecer comparaciones para extraer conclusiones sólidas.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

- ✚ Bajo un **punto de vista cualitativo** hubo una mejoría en el enfoque y en la aplicación de los distintos métodos utilizados que bajo nuestro punto de vista, el del Grupo de trabajo y el de los alumnos influyeron en el **modo de aprender de los alumnos**. En este sentido ha habido una **evolución en cada uno de los métodos utilizados**: en los **seminarios** (introducción de análisis de vídeos para fomentar la capacidad de observación de los alumnos y las sesiones de role-playing); en las **E-actividades** (introducción del análisis de vídeos para identificar los errores habituales y para trabajar la capacidad de observación); en las **entrevistas** realizadas a los PSE (adaptación y reentrenamiento de la escenificación de los casos clínicos a los alumnos de Fisioterapia e introducción de la retroacción proporcionada por el PSE ); en **las sesiones de retroacción** en las que los alumnos vieron y valoraron el video de sus entrevistas y el de sus compañeros (mejora de la calidad de las videograbaciones y del proceso de digitalización e introducción de la Guía Calgary – Cambridge).
- ✚ **La participación de los alumnos en el fórum virtual**, (durante la realización de E-actividades y durante la aplicación de las dos propuestas formativas) fue en cualquiera de los dos Ciclos **escasa**. Esta circunstancia podría explicarse por la falta de hábito de los alumnos de Fisioterapia para participar en este tipo de actividades (pues parecen tener mayor aceptación, las actividades presenciales) y por el hecho de que la participación no tuviera un peso significativo en la nota final.

### 5.7.2. Relevancia para la institución

Son aspectos relevantes para la institución:

- ✚ La identificación de los **puntos débiles** del Plan de estudios actual y la propuesta de posibles soluciones, con relación a la formación de HC en general y aplicadas a la realización de la ECF en particular.
- ✚ **La definición de Propuestas de acciones aplicables** al contexto en el que se ha desarrollado esta investigación y que permitirán mejorar la formación en HC de los alumnos.

- ✚ La utilización de esta información para **adaptar los contenidos de las asignaturas del Plan de estudios** con distintos perfiles: asignaturas teóricas, teórico-prácticas y las relacionadas con la práctica clínica.
- ✚ La **creación de nuevas líneas de investigación**, relacionadas con la aplicación de diferentes métodos de aprendizaje, para trabajar las HC aplicadas a la realización de la ECF en el ámbito de la Fisioterapia. Por el momento existen en nuestro país escasos antecedentes publicados que dirijan la atención a éste aspecto.

### 5.7.3. Dificultades para el cambio

- ✚ La falta de **transversalidad** de la metodología aplicada (la entrevista no se ha integrado en la práctica clínica). Si bien la ECF puede ser útil para que el alumno sepa manejarse en el ámbito del ejercicio libre, durante el periodo de formación tan apenas han realizado o visto realizar entrevistas clínicas.
- ✚ La necesidad de trabajar el **razonamiento clínico** (en las asignaturas troncales del Plan de estudios y en los centros de prácticas clínicas). Consideramos que los alumnos deben recibir formación teórico-práctica suficiente con relación al concepto de razonamiento clínico aplicado a la ECF para decidir, en base a la hipótesis relacionada con la causa del problema: qué información debe recogerse (para discriminar cuál es la información relevante), qué pruebas de exploración deben realizarse (para confirmar la hipótesis inicial), qué explicación se le debe proporcionar al paciente (con relación a la posible causa de su problema) y para decidir qué plan de tratamiento debe seguirse.
- ✚ Hubo dificultades para **motivar** a algunos alumnos, pues se aplicó una metodología que tuvo poco peso en la calificación del currículo. En este sentido nos queda la duda de qué resultados se habrían obtenido si los métodos aplicados hubieran tenido un impacto relevante en la nota final de alguna asignatura troncal del currículo.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

✚ Los alumnos tienen **más herramientas**, y muestran **mayor seguridad**, para valorar los **problemas biológicos** de los pacientes que los de tipo psicosocial. Este hecho pudo interferir en el proceso de recogida de la información del paciente, en el proceso de construcción de la relación con el paciente y en la obtención del diagnóstico de Fisioterapia cuando los alumnos tienen que tratar a pacientes con un perfil biopsicosocial de complejidad variable, por ejemplo, con pacientes diagnosticados de dolor crónico.

### 5.7.4. Aportaciones a la teoría, a la práctica y a la investigación

#### A. Aportaciones a la teoría

##### ▶ APORTACIONES DE LOS MÉTODOS UTILIZADOS PARA EL APRENDIZAJE DE HC

La utilización de los métodos que se han utilizado en nuestra investigación gozan de un amplio soporte bibliográfico en el ámbito médico y en algunas áreas de las Ciencias de la Salud (por ejemplo Enfermería), pero existen menos antecedentes publicados en el ámbito de la Fisioterapia. En cualquier caso, expondremos las reflexiones de nuestra experiencia y las contrastaremos con las publicaciones más relevantes relacionadas con cada uno de los métodos.

#### ▣ LOS SEMINARIOS

La lectura del dossier, por parte del alumno, y el uso de **videos** relacionados con escenas seleccionadas de películas de cine, ayudaron a identificar las diferentes fases de la ECF y las habilidades de comunicación básicas. Además, los alumnos aprendieron a diferenciar los conceptos de observación y de interpretación analizando la CV y la CNV de los actores. De algún modo tomaron consciencia de la complejidad del proceso comunicativo, cuando se establece la relación entre el fisioterapeuta y el paciente.

El 2º método utilizado fue la realización de **role-playing** donde dos alumnos simulaban realizar una entrevista, a partir de un caso clínico propuesto por el profesor, y el resto

valoró cada una de las secuencias de la misma con el apoyo de la Guía Calgary Cambridge. La utilización de este método ayudo a los alumnos a reflexionar acerca de qué contenidos y qué habilidades son necesarias para realizar cada una de las fases y por qué. Además se identificaron los errores más habituales (interrumpir al paciente, realizar preguntas demasiado abiertas o demasiado cerradas, no explicar qué se va a hacer en cada momento, utilizar un lenguaje comprensible,...etc.) al realizar la entrevista clínica. En general los alumnos participaron activamente, pues al haber realizado pocas entrevistas mostraron interés por aprender.

### ▮ LAS E-ACTIVIDADES

El **análisis de secuencias de vídeos** (tomadas de películas o de entrevistas realizadas por los alumnos a los pacientes) permitió seguir avanzando en la capacidad para identificar los errores (de cada una de las fases de la ECF) y la complejidad del proceso de la comunicación entre el terapeuta y el paciente. De algún modo se pretendió insistir en el proceso de análisis que ya se inició durante el seminario. Los alumnos tuvieron dificultades para trabajar con este método, en primer lugar por la falta de experiencia para realizar este tipo de análisis y en segundo lugar, por la dificultad asociada al análisis de fragmentos de películas o de escenarios no contextualizados.

La **resolución de casos-problema**, contextualizados en una entrevista clínica, ayudó a los alumnos a situarse y a dar respuestas a situaciones próximas a la realidad que de algún modo debería aplicar al realizar las entrevistas con los PSE. Los alumnos que más se implicaron en la resolución obtuvieron más ocasiones de aprendizaje, pues fueron los que más participaron en el foro virtual y obtuvieron retroacción.

### ▮ LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS PSE Y LA OBTENCIÓN DE RETROACCIÓN

Las **entrevistas** y la **retroacción del PSE** fueron los métodos mejor valorados por los alumnos para aprender HC. La **ECF realizada a los PSE** supone un 2º nivel de inmersión del alumno (tras la realización de la sesión de role-playing) en un medio controlado diseñado para el aprendizaje y donde el alumno puede cometer errores que no suponen un riesgo



## V. Ciclo II (2010-13)

---

real. Para los alumnos supuso una mayor presión (especialmente durante la 1ª entrevista) el hecho de registrar la entrevista mediante el video y verla a posteriori, que la realización de la entrevista en sí. El hecho de estar a solas con un paciente (simulado) y de tener que gestionar cada una de las fases de la entrevista supuso en general un plus de motivación, porque en raras ocasiones habían realizado entrevistas completas. A pesar de detectar una mejora en el manejo de las HC, desde la 1ª a la 3ª entrevista, se identificó una dificultad para manejar las HC en aquellos casos en los que el paciente escenificó un problema con un marcado perfil biopsicosocial. En general, los alumnos de Fisioterapia tienden a “huir” (probablemente por falta de experiencia) de aquello que escapa al análisis puramente biológico del problema del paciente.

El alumno recibió, al final de la 3ª entrevista, **retroacción del PSE**. En general se destacaron los aspectos que bajo el punto de vista del PSE (previamente instruido) le llamaron más la atención. Con relación a las HC básicas, aplicadas en cada una de las fases de la ECF, se incidió en aquello que se realizó correctamente y en aquello que podía mejorar. En general, los alumnos valoraron positivamente este método, si bien en algunos casos las recomendaciones de los PSE fueron demasiado abiertas y poco aplicadas a los alumnos de Fisioterapia.

### **VER EL VIDEO DE LA ENTREVISTA Y OBTENER RETROACCIÓN DEL GRUPO Y DEL PROFESOR**

Este método fue bajo nuestro punto de vista el que generó más oportunidades de aprendizaje, ya que cada alumno además de ver su propia entrevista podía ver y aprender de las entrevistas realizadas por sus compañeros. La introducción de la Guía Calgary – Cambridge en el desarrollo de las sesiones permitió mejorar su aprovechamiento ya que las aportaciones de los alumnos estuvieron mejor estructuradas y razonadas. Uno de los aspectos que más costo de integrar a los alumnos fue el hecho de relacionar la calidad de la entrevista realizada con la obtención de un buen diagnóstico de Fisioterapia. Uno de los posibles motivos es que el alumno está más formado para realizar técnicas de exploración y de tratamiento que para decidir, a partir de la información obtenida de los pacientes (mediante la entrevista clínica) y de aplicar el proceso de razonamiento clínico, qué técnicas

de exploración pueden corroborar la hipótesis inicial. Por otra parte, no parece ser relevante para el alumno explicar al paciente cuál es su problema, qué tratamiento se le aplicará y cómo se llevará a cabo. Nuestra explicación tiene que ver con la falta de hábito de los alumnos para realizar este proceso, pues en la mayoría de los centros de prácticas los fisioterapeutas se limitan, a aplicar tratamientos.

## ► REFLEXIONES EN RELACIÓN A LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN UTILIZADOS

### ▮ EL CUESTIONARIO CICAA

Como ya se explicó es un instrumento validado y fiable destinado a evaluar las habilidades de comunicación de diferentes profesionales sanitarios. Al estar subdividido en diferentes tareas que incluyen en sus diferentes ítems, categorías relacionadas con las habilidades de comunicación permite obtener una información global y a la vez multidimensional. Cuando tuvimos que utilizar esta escala se procedió a consensuar su uso, por parte de los **2 observadores externos** que la utilizaron, ya que si bien dispone de un manual de uso que explica de forma explícita cómo debe evaluarse cada ítem, existen muchas situaciones en el ámbito de la comunicación que pueden interpretarse de diferente modo.

### ▮ LA ESCALA MAPE 2

Es un instrumento no validado, que permite evaluar las habilidades de comunicación de un profesional o de un alumno al realizar una entrevista clínica, **por parte de un PSE o un paciente real** entrenados previamente. Los resultados de la evaluación son importantes para la investigación por que muestran el punto de vista del paciente. Los resultados pueden ser analizados de forma cuantitativa y cualitativa. En nuestro caso pudimos observar que la utilidad de la escala ayudó a discriminar las situaciones extremas, es decir a los alumnos que realizaron mejores entrevistas y a los alumnos que las realizaron de forma deficiente, sin embargo no se discriminó de forma suficiente a los alumnos que ocuparon una posición central.

## V. Ciclo II (2010-13)



---

En nuestro caso se añadió la pregunta (que debía contestar el PSE) respecto a si en futuras ocasiones desearía ser tratado por aquel alumno. En este caso observamos una cierta correlación (no contrastada estadísticamente) entre el manejo de la empatía y de las habilidades de comunicación en general y los resultados obtenidos de la pregunta planteada.

Con relación a los resultados de esta Escala es inevitable que el contacto entre los alumnos, que habían realizado la entrevista con los que todavía no la habían realizado, pudiera “contaminar” y sesgar los resultados de la valoración.

### LAS ENCUESTAS

Durante los dos Ciclos de investigación-acción se diseñaron encuestas que cumplimentaron los alumnos y que fueron modificándose, para obtener de un modo más fiel la información en relación al proceso realizado:

-  La percepción del alumno, tras entrevistar al PSE, respecto a: la calidad de la interacción, a la calidad del módulo de aprendizaje, al grado de comprensión teórica y de habilidades prácticas alcanzado, a los aspectos que mejoraron y aquellos que debían mejorar.
-  La percepción del alumno acerca de la influencia de cada una de las metodologías utilizadas (valoradas de forma cuantitativa y cualitativa) tuvieron en el proceso de aprendizaje y su grado de implicación.

El hecho de recoger la información, relacionada con el punto de vista de los alumnos, fue muy importante pues nos permitió introducir modificaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje adaptadas a las necesidades de los alumnos. Por otra parte, el conocimiento de dicha perspectiva nos ayudó a triangular la información obtenida desde distintas fuentes.

### REFLEXIONES EN RELACIÓN A LAS APORTACIONES DEL MÉTODO DE I-A

Teniendo en cuenta el problema planteado inicialmente, relacionado con el déficit

formativo en HC para la realización de la ECF, y tomando en consideración la teoría del método de I-A (Bartolomé, 1986; Kemmis y McTaggart, 1988; Elliot, 1993; Bassey, 1997; McKernan, 1999; Latorre, 2003; Bisquerra, 2004; Boggino y Rosekrans, 2007; McNiff & Whitehead, 2009) destacaremos qué nos aportó el hecho de utilizar este método de investigación:

- ✚ El **diagnóstico del problema**. Durante el Ciclo I dedicamos nuestra atención a diagnosticar el problema y a buscar soluciones que repercutieran en la práctica docente.
- ✚ Las **propuestas para modificar la realidad observada fueron mejorando** durante la aplicación de los Ciclos de investigación-acción I y II (donde seguimos las diferentes fases de: planificación, acción, observación de la acción y reflexión).
- ✚ La identificación de las **dificultades de los alumnos para el aprendizaje** y las limitaciones de los instrumentos de valoración utilizados.
- ✚ Se busca que **los cambios introducidos** (o propuestos) sean incorporados a nivel institucional y tengan, por tanto, una **repercusión real** en el Plan de estudios actual y en diferentes áreas del currículo.

## B. Aportaciones a la práctica

### ► MÉTODOS DE APRENDIZAJE DE HC UTILIZADOS EN NUESTRO CONTEXTO

Cada uno de los métodos de aprendizaje utilizados tuvo aspectos que fueron valorados positivamente, y que mostraron ser eficaces para el aprendizaje, y otros que quizás deban mejorar para adaptarse a nuestra experiencia docente y a las características de nuestro contexto.

La enseñanza de habilidades de comunicación es una tarea compleja donde “el qué” puede parecer relativamente fácil de explicar y de aplicar y “el cómo” puede convertirse en una

## V. Ciclo II (2010-13)

---

tarea compleja de explicar y, particularmente, de aplicar, pues aunque sepamos comunicarnos en una conversación normal necesitamos otras habilidades específicas para comunicarnos con los pacientes. Cuando aplicamos las habilidades de comunicación, a diferencia de otros tipos de aprendizaje, interaccionamos con nuestros propios sentimientos y con los de otros. Este hecho requiere una actitud específica para saber observar, reflexionar e implicarse en el proceso de aprendizaje. Por otra parte cada individuo parte de una experiencia propia en habilidades de comunicación, que obligará a adaptar los programas en base a las necesidades de cada alumno.

Siguiendo las recomendaciones de (Kurtz, Silverman, & Draper, 2005), partimos de métodos dirigidos a trabajar “el qué” para evolucionar hacia otros métodos más dirigidos a trabajar “el cómo”. Siguiendo a Miller (1990) la evolución se inició en el nivel “saber” (explicación del qué y del cómo), avanzó hasta el nivel “saber cómo” (resolución de problemas) y hasta el nivel “saber hacer” (realización de entrevistas en un medio controlado mediante role playing o con pacientes simulados). En un futuro se pretende alcanzar el nivel “hacer” donde los alumnos aplicaran sus conocimientos con pacientes reales.

En el diseño de programas formativos futuros debe tenerse en cuenta la integración del trabajo de las habilidades de comunicación en el conjunto del currículo. Más adelante explicaremos los aspectos que deberían tenerse en cuenta en el diseño del programa formativo en HC.

### **C. Aportaciones a la investigación**

Se resumen los aspectos más relevantes, que pueden aportar nuevos elementos, para la investigación en el aprendizaje de HC aplicadas a la ECF en el ámbito de la formación de Grado en Fisioterapia.

### ► VALORACIÓN DE LAS HC DE LOS ALUMNOS DE FISIOTERAPIA MEDIANTE EL CUESTIONARIO CICAA

- ✚ La aplicación de distintos métodos de aprendizaje de HC influyó en los resultados del Cuestionario CICAA obtenidos por los alumnos del GI.

*Tras la aplicación de dos propuestas formativas, llevadas a cabo durante los **Ciclos de investigación-acción I y II**, la puntuación total del Cuestionario CICAA y de cada una de las Tareas, fue superior en los alumnos del GI que en los alumnos del GC, siendo las diferencias observadas estadísticamente significativas. La puntuación total y para cada una de las Tareas, obtenida por los alumnos durante la **Fase diagnóstica**, fue inferior a la obtenida por los alumnos que participaron en las dos propuestas formativas. Se observó una progresión en la puntuación media total, en los alumnos del GI, desde la 1ª hasta la 3ª entrevista, tanto en el Ciclo I como en el Ciclo II siendo las diferencias estadísticamente significativas.*

### ► PERCEPCIÓN DEL PSE RESPECTO A LAS HC DE LOS ALUMNOS DE FISIOTERAPIA (ESCALA MAPE 2, Y DESEO DE RECIBIR TRATAMIENTO)

- ✚ La aplicación de los distintos métodos de aprendizaje de HC influyó en los resultados de la Escala MAPE 2 (puntuación media total) y en el grado de confianza mostrado por el PSE hacia los alumnos del GI.

*La **puntuación media total** (Escala MAPE 2) mejoró desde la Fase diagnóstica (Ciclo I) hasta la aplicación de la Propuesta formativa I (Ciclo I) y desde la aplicación de ésta hasta la aplicación de la Propuesta formativa II (Ciclo II). En este sentido, la aplicación de las distintas propuestas formativas, incidió positivamente en los resultados obtenidos desde que se inició la investigación-acción, aunque no hubo grandes diferencias entre los resultados obtenidos tras la aplicación de las propuestas formativas I y II. La puntuación obtenida, **en relación a cada ítem, mejoró en los Ciclos I y II desde la 1ª a la 2ª entrevista, pero no fue así entre la 2ª y la 3ª**. En relación a los ítems de esta escala, no pudo observarse una mejoría clara (entre la 2ª y la 3ª entrevista) debido a la complejidad progresiva de los casos escenificados por los pacientes. Sin embargo los alumnos*

## V. Ciclo II (2010-13)

---

*percibieron una mejoría en sus habilidades de comunicación, para realizar la ECF, desde la 1ª a la 3ª entrevista.*

El porcentaje de alumnos, respecto a los que el paciente desearía **recibir tratamiento de Fisioterapia** en un futuro, fue superior en el GI que en el GC, durante los dos ciclos analizados, siendo esta diferencia superior en el Ciclo II.

### ▶ TIEMPO DEDICADO A LA REALIZACIÓN DE LA ECF Y GRADO DE IMPLICACIÓN DE LOS ALUMNOS

✚ Conforme se avanzó en la mejora de la metodología para facilitar el aprendizaje de HC, el tiempo invertido para realizar la ECF fue superior en el caso de los alumnos del GI.

*El tiempo de duración de la entrevista de los alumnos del GI fue superior a la de los alumnos del GC, tanto en el Ciclo I como en el Ciclo II, siendo la diferencia más notable en el Ciclo II.*

✚ El grado de implicación de los alumnos, al realizar la ECF, fue superior en los alumnos del GI que en los del GC en cualquiera de los Ciclos analizados.

*El hecho de participar en los distintos métodos aplicados de una forma más activa (y de conocer qué hacían los alumnos del GC) hizo que los alumnos se implicaran de otro modo. Así durante el Ciclo II, esta implicación fue mayor cuando los alumnos recibieron la retroacción del PSE al finalizar la entrevista.*

### ▶ VALORACIÓN DE LOS MÉTODOS DE APRENDIZAJE DE HC POR PARTE DE LOS ALUMNOS DE FISIOTERAPIA

✚ El método que más influyó en el aprendizaje de HC de los alumnos fue la realización de entrevistas a los PSE.

*Teniendo en cuenta que esta variable únicamente se recogió durante el Ciclo II, los métodos*

*que obtuvieron una puntuación más alta fueron aquellos que más se acercaron a la práctica clínica y en los que de un modo más directo se visualizó el encuentro con el PSE. En orden decreciente los que más influyeron en el aprendizaje de HC de los alumnos fueron: la realización de entrevistas, la obtención de retroacción (por parte del PSE), las actividades realizadas en los seminarios (análisis de vídeos y role-playing) y las E-actividades (análisis de vídeos y resolución de casos-problema).*

### ► EVOLUCIÓN EN EL APRENDIZAJE TEÓRICO Y PRÁCTICO DE HC PARA REALIZAR LA ECF EN EL CASO DE LOS ALUMNOS DE FISIOTERAPIA

✚ La aplicación de distintos métodos de aprendizaje de HC influyó ligeramente en la percepción del aprendizaje teórico alcanzado, para realizar la ECF, en cualquiera de los Ciclos analizados.

*Para los alumnos la comprensión teórica de cada una de las fases de la ECF, fue percibida (en comparación a la adquisición de habilidades) como un aspecto poco relevante.*

✚ En cuanto a la percepción del grado de habilidades alcanzadas, para realizar la ECF, hubo una mejora progresiva (GI) desde la 1ª a la 3ª entrevista (en ambos Ciclos) y cuando se compararon ambos grupos (GI vs. GC), a favor del GI.

*Para los alumnos la adquisición de habilidades a través de la práctica (al entrevistar a los 3 PSE) fue un aspecto mucho más relevante y despertó mayor interés que la adquisición de conceptos teóricos.*

## 5.8. Conclusiones y recomendaciones

En este apartado se expondrán las conclusiones y las recomendaciones en relación a: los **efectos de las acciones** realizadas durante la aplicación de las distintas propuestas formativas, los **efectos** formativos en los alumnos, y los **nuevos planteamientos y propuestas de acción**.



## V. Ciclo II (2010-13)

---

### 5.8.1. Efectos de las acciones

Las acciones realizadas, como consecuencia de la aplicación del método de investigación-acción, produjeron los siguientes efectos:

- La **obtención del diagnóstico del problema** relacionado con el déficit formativo en HC para la realización de la ECF.
- La **definición y la aplicación de diferentes Planes de acción**, elaborados a partir de la observación y de la reflexión, que incidieron en una mejora progresiva de las HC de los alumnos de Fisioterapia.
- Familiarizarnos con los distintos **métodos e instrumentos de valoración**, relacionados con el aprendizaje y la adquisición de HC básicas para la realización de la ECF, que permitieron obtener datos e información para proponer nuevos cambios.
- La adquisición de **experiencia, para trabajar con los distintos métodos de aprendizaje**, aprovechando sus ventajas y tomando conciencia de sus limitaciones.

### 5.8.2. Efectos formativos en los alumnos

- La intervención formativa facilitó la **toma de conciencia** acerca de las dificultades que implica el aprendizaje, de HC básicas, en situaciones reales o próximas a la realidad.
- Los alumnos **mejoraron sus habilidades de comunicación** para la realización de la ECF, este hecho se ha podido constatar a partir de los resultados obtenidos de distintas fuentes (alumnos, PSE, observadores externos, Grupo de trabajo, investigador).
- Los alumnos aprendieron a **participar de forma activa**, durante las sesiones de retroacción, jugando a la vez el rol de alumnos y de formadores al expresar y compartir sus experiencias y sus opiniones y a buscar el consenso.

- Los alumnos aprendieron a **gestionar de un modo más eficaz el tiempo** dedicado a la realización de la ECF.
- La utilización de **diferentes métodos de E-A** facilitó el aprendizaje de habilidades de comunicación de los alumnos. La realización de entrevistas a diferentes pacientes simulados (con la obtención de retroacción) y la visualización del video (con la obtención de retroacción por parte del grupo) fueron los métodos mejor valorados por los alumnos.

### 5.8.3. Nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción

- ❖ **La integración de la formación de HC en el currículo de los alumnos de Grado**
  - *Progresión* en el desarrollo y en la aplicación de los *contenidos teórico-prácticos* desde el primer al cuarto curso.
  - *Inclusión de diferentes métodos de evaluación formativa y sumativa*, para poder contrastar los datos con cada una de las intervenciones realizadas e incentivar el grado de dedicación e implicación de los alumnos en su aprendizaje.
  - Integración del proceso de *razonamiento clínico* durante la realización de la entrevista clínica.
- ❖ **La mejora y la adaptación de las metodologías para la enseñanza-aprendizaje de HC**
  - La *adaptación y la mejora* de los métodos de E-A ya utilizados y la introducción de métodos más próximos a la práctica clínica.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

- La utilización *de métodos e instrumentos de valoración validados*, que valoren, además de las HC, la *competencia profesional* en su conjunto (ECOE, Mini-Cex, 360º, etc.).
  
- ❖ **La posibilidad de iniciar un programa de formación de postgrado dirigido a la formación de HC, aplicadas a la ECF, que tenga en cuenta los aspectos comentados hasta el momento.**
  
- ❖ **La realización de esta investigación puede contribuir a argumentar la necesidad de apoyos institucionales suficientes, para dar continuidad, a las propuestas formativas realizadas.**

### 5.9. Limitaciones de la investigación y lecciones aprendidas

Describimos a continuación las **limitaciones** de esta investigación con el objetivo de efectuar una **reflexión** con relación al proceso seguido y como consecuencia, aprender de los errores para así tenerlos en cuenta en el futuro. Más adelante dedicaremos nuestra atención a las **lecciones aprendidas**.

#### 5.9.1. Limitaciones de la investigación

Explicamos las principales limitaciones observadas:

- El **tamaño de la muestra** utilizada en cada uno de los Ciclos no permite elaborar, bajo un punto de vista cuantitativo, conclusiones generalizables y aplicables a los alumnos de Fisioterapia.
  
- Fue el mismo investigador el que participó en la recogida de datos y el que actuó como observador externo al valorar las entrevistas realizadas por los alumnos. Este

hecho pudo **condicionar**, de algún modo, la valoración de las encuestas y de las puntuaciones obtenidas mediante el Cuestionario CICAA.

- La valoración de las actividades realizadas por los alumnos tuvo un **peso** escaso en la **nota final del currículo**. Es probable que este aspecto pudiera influir en el grado de implicación de los alumnos, en los resultados y en el grado de aprendizaje adquirido.
- No pudimos **contrastar los resultados** de los instrumentos de valoración MAPE 2 y CICAA con ningún otro estudio, ya que los estudios publicados que utilizaron dichos instrumentos se llevaron a cabo con muestras de población distintas a las utilizadas en nuestra investigación.
- Pudo haber un **error asociado a la difusión de la información** condicionado por el conocimiento por parte de los alumnos de ambos grupos, intervención y control, de las características de las metodologías utilizadas que de algún modo pudieron contaminar los resultados.
- No pudimos **controlar la posible influencia de la presencia del video ni la de los nervios de los alumnos** (durante el registro de las entrevistas), que habría podido influir en su comportamiento (efecto Hawthorne).
- No tuvimos información suficiente para correlacionar los resultados de las entrevistas con la variable “haber trabajado en actividades relacionadas con la atención al público”, porque nos faltó haber definido con mayor claridad la información necesaria para dar mayor relevancia a esa variable.
- Al aplicar las distintas metodologías de enseñanza-aprendizaje de las HC, fuimos mejorando nuestra experiencia en su manejo conforme avanzó el proceso de I-A. Por este motivo, aunque pudo aplicarse la misma metodología esta no se aplicó exactamente del mismo modo durante la aplicación de las distintas propuestas formativas. En este sentido los resultados obtenidos de la comparación de las intervenciones, de los distintos Ciclos de I-A, deben ser interpretados en su justa medida.

## V. Ciclo II (2010-13)

---

### 5.9.2. Lecciones aprendidas

Para evitar repeticiones aparecen expuestas en el apartado Cap. VI.

## 6. Propuesta Formativa final

Para la elaboración de la propuesta que presentamos a continuación hemos tenido en cuenta los datos, y la información del proceso de I-A realizados, así como la consulta bibliográfica de diferentes autores que han definido las bases conceptuales y las metodologías para trabajar las habilidades de comunicación de los alumnos de Medicina y de los de las Ciencias de la Salud. Entre las distintas aportaciones destacaremos las de Miller (1990); Guilbert (1994); Maguire & Pitceathly (2002); Borrell (2004); Jones & Rivett (2004); Silverman, Kurtz y Draper (2005); Kurtz, Silverman y Draper (2005); Clèries (2006); Epstein (2007) y Ruíz Moral (2009).

Para explicar los contenidos y la metodología utilizada en la propuesta se describirán 3 niveles de actuación, de acuerdo a las recomendaciones de Kurtz, Silverman y Draper, (2005), donde los métodos de enseñanza de las HC siguen un continuum: desde los más didácticos a los que actúan a un nivel experimental (basados en la discusión y en la comprensión) y a aquellos que siendo experimentales, se basan en la acción y promueven cambios en el modo de actuar. Del mismo modo se tendrán en cuenta los niveles de la competencia descritos por Miller (1990): “saber”, “saber cómo”, “saber hacer” y “hacer”.

Los contenidos que presentamos a continuación pueden estar relacionados con diferentes asignaturas, por ejemplo con contenidos de ética y /o con contenidos relacionados con la práctica clínica, no es por tanto nuestra intención definir un currículo cerrado, para favorecer precisamente la integración de los contenidos en el currículo general. Aunque hemos diseñado esta propuesta para que pueda adaptarse a nuestro contexto, consideramos que de algún modo puede ser útil para aplicarse en ámbitos educativos similares. El formato de la propuesta es esquemático y puede visualizarse en las **Tablas: 117, 118 y 119.**

**NIVEL I**

<b>TABLA 117</b>	<b>MÉTODOS DE E-A DE HC PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF (NIVEL I)</b>
<b>Curso</b>	2º (Grado en Fisioterapia)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender las bases conceptuales y poner en práctica las habilidades para iniciar el encuentro, recoger la información y construir la relación con el paciente.</li> <li>- Saber resolver problemas, relacionados con las HC básicas y su aplicación a la ECF.</li> </ul>
	<p><b>CLASE MAGISTRAL/ DISCUSIÓN. Modalidad: presencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> presentación del programa, del dossier de apoyo para el alumno y de los antecedentes basados en la teoría y en la investigación. Visualización y análisis de un vídeo.</li> <li>- <b>Duración:</b> 2 horas</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 60-65 (clase magistral); análisis de vídeos (20 alumnos/grupo)</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> una vez presentado el programa y los antecedentes, basados en la teoría y en</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- la investigación, se estimula la participación y la discusión a partir de la visualización del vídeo de una entrevista para su crítica.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> formativa, asistencia, preguntas cortas.</li> </ul> <p><b>ROLE-PLAYING: entrevista a 3 “pacientes”. Modalidad: presencial</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> realización de 6 entrevistas y valoración del grupo y del profesor mediante la Guía Calgary Cambridge.</li> <li>- <b>Duración:</b> 12 horas (6 sesiones de 2 horas).</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 15-20/grupo.</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> Pacientes voluntarios y/o profesores juegan el papel de pacientes (que escenifican diferentes problemas) a los que los alumnos deben entrevistar. Cada entrevista dura un tiempo máximo de 20 minutos. Los alumnos se dividen en dos grupos: Grupo <i>de aprendizaje</i> (que observa el desarrollo de la entrevista y realiza anotaciones tomando como referencia, para la valoración, la Guía Calgary Cambridge) y Grupo <i>entrevistador</i> (los alumnos van rotando y participan en la realización de las entrevistas). Al finalizar cada entrevista los alumnos deben valorarla (identificación de puntos débiles, puntos fuertes, aspectos a mejorar, propuesta de alternativas, etc.) argumentando sus intervenciones.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> Formativa, asistencia, participación.</li> </ul>
	<p><b>E-ACTIVIDADES (Modalidad: virtual)</b></p>

## V. Ciclo II (2010-13)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Resolución de casos-problema relacionados con el desarrollo de la ECF.</li> <li>- <b>Duración:</b> 1-2 horas/ actividad</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> Todo el Grupo</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> El profesor plantea 3 E-actividades que los alumnos deben resolver, de forma individual, con la ayuda del dossier y de los contenidos impartidos en las sesiones anteriores. Los alumnos deben participar de forma activa en el Foro virtual, al menos en 2 ocasiones (resolución de cuestiones y/o participación en la resolución de dudas que puedan generarse en el grupo) para facilitar el aprendizaje cooperativo.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> Sumativa y formativa</li> </ul>	
	<b>Entrevista a 3 PSE, retroacción del PSE, visualización del vídeo de la entrevista y retroacción del Grupo de alumnos y del profesor. Modalidad: presencial</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Realización de una ECF a un PSE, obtención de la retroacción del paciente; visualización del video; retroacción (grupo/profesor).</li> <li>- <b>Duración:</b> 30 min (entrevista + retroacción del PSE); visualización del video + retroacción (grupo): 0,30 min x 3 = <b>2h 30 min</b></li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 20 alumnos/Grupo (entrevista al PSE + retroacción PSE); 5 alumnos/ Grupo (retroacción entrevista post visionado del video): 2,3 x 3 = <b>7h 30 min</b></li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Desarrollo:</b> cada alumno entrevistará a un PSE, durante un tiempo máximo de 20 min. El alumno obtendrá retroacción del PSE. Más adelante los alumnos en grupo verán y valorarán las entrevistas registradas en vídeo y recibirán retroacción del Grupo y del profesor (2,3 horas/sesión).</li> <li>- <b>Evaluación:</b> formativa (retroacción del PSE y del grupo); sumativa (PSE/ Profesor)</li> </ul>	
<b>Cronograma</b>	15 semanas: febrero a junio	
<b>Tiempo de dedicación del alumno</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>Tiempo</b>
	Clase magistral	2,0h
	Role-playing	12 h
	Resolución de E-actividades	6,0h
	Entrevista a 3 PSE + Retroacción del PSE	1,30 h
	Retroacción (post observación video)	7,30 h
	Evaluación	
	Pregunta corta	0,45 h
	PSE	-
	Análisis vídeo entrevista	1,0 h

	<b>Total (tiempo)</b>	<b>30, 45 h</b>
--	-----------------------	-----------------

## ┌ NIVEL II

<b>TABLA 118</b>	<b>MÉTODOS DE E-A DE HC PARA LA REALIZACIÓN DE LA ECF (NIVEL II)</b>
<b>Curso</b>	3º (Grado en Fisioterapia)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar las bases conceptuales (Nivel I).</li> <li>- Poner en práctica las habilidades para iniciar el encuentro, recoger la información y construir la relación con el paciente.</li> <li>- Aplicar el proceso de razonamiento clínico y relacionarlo con la presencia de problemas de complejidad progresiva, acorde a los contenidos de las materias impartidas hasta el momento actual.</li> </ul>
	<p><b>Entrevista a 5 PSE, retroacción del PSE, visualización del vídeo de la entrevista y retroacción (Grupo de alumnos y profesor). Modalidad: presencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Realización de una ECF a cada PSE, obtención de la retroacción del paciente; visualización del video; retroacción (grupo/profesor).</li> <li>- <b>Duración:</b> 30 min (entrevista + retroacción del PSE) x 5= 2 h + 30 min; visualización del video + retroacción (grupo): 2,30 h x 5 = 12 h + 30 min</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> cada alumno entrevistará a un PSE y recibirá retroacción del mismo (durante un tiempo máximo de 30 min). Tras observar y valorar el video de la EC realizada, obtendrá la retroacción del Grupo y del profesor.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> formativa (retroacción del PSE y del grupo); sumativa (PSE).</li> </ul>
	<p><b>ENTREVISTA A 8 P. REALES (CENTROS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS). Modalidad: presencial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Realización de una ECF a cada paciente real (*)</li> <li>- <b>Duración:</b> 20 min (entrevista) x 8= 3,00 h</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 1 alumnos/Grupo (entrevista al Preal); <b>Desarrollo:</b> cada alumno entrevistará a un Preal.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> sumativa (observador externo. Cuestionario CICAA)</li> </ul> <p>(*) Posibilidad de registrar la videograbación previo consentimiento informado del paciente y del alumno (para obtención de retroacción o como material docente).</p>
	<p><b>INTEGRACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA I: ECOE (Evaluación clínica objetiva y estructurada). Modalidad: presencial</b></p>



## V. Ciclo II (2010-13)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> el alumno pasa por diferentes estaciones (Nº: 6)                      Realización de una ECF a 1 PSE + redacción informe.                      Realización de 1 prueba escrita (papel y lápiz): preguntas cortas.                      Realización de Habilidades en cada estación: habilidad 1, habilidad 2, habilidad 3, habilidad 4.</li> <li>- <b>Duración:</b> 6h</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 6 alumnos/Grupo</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> Los alumnos en grupos de 6 (1 por cada estación) van rotando por cada una de las estaciones siguiendo la metodología ECOE.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> sumativa (evaluación del PSE, de observadores externos y de cada una de las habilidades realizadas)</li> </ul>												
<b>Cronograma</b>	15 semanas: octubre a mayo= 20 horas												
<b>Tiempo de dedicación del alumno</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">METODOLOGÍA</th> <th style="width: 20%;">Tiempo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entrevista a 5 PSE + Retroacción del PSE</td> <td style="text-align: right;">15,0 h</td> </tr> <tr> <td>Entrevista a 8 P. reales</td> <td style="text-align: right;">3,0 h</td> </tr> <tr> <td>ECOE</td> <td style="text-align: right;">6,0h</td> </tr> <tr> <td>Preparación pruebas</td> <td style="text-align: right;">4,0</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;"><b>Total (tiempo)</b></td> <td style="text-align: right;"><b>28,0 h</b></td> </tr> </tbody> </table>	METODOLOGÍA	Tiempo	Entrevista a 5 PSE + Retroacción del PSE	15,0 h	Entrevista a 8 P. reales	3,0 h	ECOE	6,0h	Preparación pruebas	4,0	<b>Total (tiempo)</b>	<b>28,0 h</b>
METODOLOGÍA	Tiempo												
Entrevista a 5 PSE + Retroacción del PSE	15,0 h												
Entrevista a 8 P. reales	3,0 h												
ECOE	6,0h												
Preparación pruebas	4,0												
<b>Total (tiempo)</b>	<b>28,0 h</b>												

## ▮ NIVEL III

<b>TABLA 119</b>	<b>Métodos de E-A de Habilidades de comunicación para la realización de la ECF (Nivel III)</b>
<b>Curso</b>	4º (Grado en Fisioterapia)
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprender las bases conceptuales y poner en práctica las habilidades para iniciar el encuentro, recoger la información y construir la relación con el paciente.</li> <li>- Saber resolver problemas, relacionados con las HC básicas y su aplicación a la ECF. Poner en práctica las habilidades para iniciar el encuentro, recoger la información y construir la relación con el paciente.</li> <li>- Aplicar el proceso de razonamiento clínico y relacionarlo con la presencia de problemas, relacionados con el SNME, de complejidad progresiva, acorde a los contenidos de las materias impartidas hasta el momento actual.</li> <li>- Aprender a manejar situaciones de mayor complejidad (interculturalidad, nivel cultural, condiciones socioeconómicas, condición médica, problemática psicosocial, etc.).</li> </ul>
	<b>SEMINARIO. Modalidad: presencial</b>

<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Casos clínicos complejos. Bases teóricas. Estrategias y herramientas. Análisis de videos. Entrevistas a PSE.</li><li>- <b>Duración:</b> 6 horas</li><li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 30 – 35 alumnos</li><li>- <b>Desarrollo:</b> En la <b>1ª sesión</b> se presentarán los contenidos relacionados con el concepto de casos complejos intercalando la clase magistral, el visionado de videos y la discusión (2h). En la <b>2ª sesión</b> los alumnos analizan el encuentro terapeuta – paciente relacionado con un caso complejo. Los alumnos se dividen en cuatro grupos y deberán valorar cada una de las partes de la entrevista. El foco de atención se centrará en la observación de un video previamente seleccionado o en una entrevista a un PS en tiempo real. La duración de cada sesión es de <b>2 horas</b>. Los alumnos participarán en dos sesiones como esta con 2 casos diferentes. Su duración será por tanto de <b>4h</b>.</li><li>- <b>Evaluación:</b> formativa (asistencia obligatoria)</li></ul>
<p><b>ENTREVISTA A 4 PSE, RETROACCIÓN DEL PSE, VISUALIZACIÓN DEL VÍDEO DE LA ENTREVISTA Y RETROACCIÓN DEL GRUPO DE ALUMNOS Y DEL PROFESOR.</b> <b>Modalidad: presencial</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Contenidos y actividades: Realización de una ECF a cada PSE, obtención de la retroacción del paciente; visualización del video; retroacción (grupo/profesor).</li><li>- Duración: cada entrevista dura 30 minutos (entrevista + retroacción del PSE) x 5= <b>2 h</b>; visualización del video + retroacción (grupo): 2,30 h x 4 = <b>10 h</b></li><li>- Desarrollo: cada alumno entrevistará a un PSE (de forma presencial) y recibirá retroacción del mismo (durante un tiempo máximo de 30 min). Tras observar y valorar el video de la EC realizada, obtendrá la retroacción del Grupo y del profesor.</li><li>- Evaluación: formativa (retroacción del PSE y del grupo); sumativa (PSE/profesor).</li></ul>
<p><b>ENTREVISTA A 8 P REALES (CENTROS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS). Modalidad: presencial</b></p>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Contenidos y actividades:</b> Realización de una ECF a cada P. real (*)</li><li>- <b>Duración:</b> 20 min (entrevista) x 8= 3,00 h</li><li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 1 alumnos/Grupo (entrevista al P. real); Desarrollo: cada alumno entrevistará a un P. real.</li><li>- <b>Evaluación:</b> sumativa (observador externo. Cuestionario CICAA o Mini-Cex). (*). Posibilidad de registrar la videgrabación previo consentimiento informado del paciente y del alumno (para obtención de retroacción o como material docente).</li></ul>
<p><b>EVALUACIÓN INTEGRACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA II: ECOE.</b> <b>Modalidad: presencial</b></p>

## V. Ciclo II (2010-13)

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Contenidos y actividades:</b> el alumno pasa por diferentes estaciones en las que tendrá que demostrar sus conocimientos y poner en práctica diferentes habilidades.                      Estación 1: Realización de una ECF a 1 PSE + redacción informe.                      Estación 2: Realización de 1 prueba escrita (test o preguntas cortas).                      Estación 3: Demostración habilidad 1.                      Estación 4: Demostración habilidad 2.                      Estación 5: Demostración habilidad 3.                      Estación 6: Demostración habilidad 4.</li> <li>- <b>Duración:</b> 6h</li> <li>- <b>Grupo de alumnos:</b> 6 alumnos/Grupo</li> <li>- <b>Desarrollo:</b> Los alumnos en grupos de 6 (1 por cada estación) van rotando por cada una de las estaciones siguiendo la metodología ECOE.</li> <li>- <b>Evaluación:</b> sumativa (evaluación del PSE y de observadores externos de cada una de las habilidades realizadas).</li> </ul>		
<b>Cronograma</b>	15 semanas: octubre – abril	
<b>Tiempo de dedicación del alumno</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>Tiempo</b>
	Seminario	6,0 h
	Entrevista a 4 PSE + Retroacción del PSE + Retroacción grupo	12,0 h
	Entrevista a 8 pacientes reales	3,0 h
	ECOE	6,0 h
	Preparación pruebas	3,00 h
	<b>TOTAL (TIEMPO)</b>	<b>30,00 h</b>

## CAPÍTULO VI. Conclusiones

Dedicaremos este capítulo a exponer las **conclusiones** relacionadas con los objetivos que nos habíamos planteado inicialmente así como las **limitaciones** y las **lecciones aprendidas** que se desprenden de nuestra intervención. Por otra parte, definiremos cuáles son las **propuestas de acción** y las **líneas de investigación futuras**.

### 1. CONCLUSIONES

A continuación expondremos las conclusiones que se desprenden de los objetivos de la investigación:

1. **Realizar un análisis diagnóstico del nivel de habilidades de comunicación de los alumnos.**
  - Los alumnos mostraron una *gran inseguridad* cuando tuvieron que llevar a cabo una entrevista clínica de Fisioterapia supervisada. La inseguridad se asoció, además de a una situación novedosa, al *déficit formativo*.
  - Los alumnos mostraron *menos inseguridad* durante la recogida de la información y durante la exploración clínica, durante el resto de fases mostraron mayor desconcierto e inseguridad.
  - Los alumnos solo realizaron *entrevistas clínicas*, durante las *prácticas clínicas*, de forma *esporádica*.
  - Los *contenidos*, relacionados con el aprendizaje de habilidades de comunicación, para la realización de la ECF, *no son suficientes* en base al currículo analizado en el momento en el que se inició esta investigación.
  - Los alumnos propusieron utilizar *métodos de aprendizaje* en los que pudieran interactuar con *situaciones reales* (pacientes reales) o *próximas a la realidad* (pacientes simulados).

## VI. Conclusiones

---

- La totalidad de los alumnos de la muestra (incluidos durante la fase diagnóstica) sugirió la necesidad de *recibir más formación*.
  - Las habilidades de comunicación, aplicadas a la ECF, *no se trabajan suficientemente en el currículo* (ni bajo un punto de vista teórico, ni práctico) ni todos los alumnos pueden acceder a las asignaturas en las que se imparten dichos contenidos.
  - Los alumnos tienen dificultades para explicar hasta qué punto *es importante manejar adecuadamente las habilidades de comunicación* para evitar la pérdida de información (durante el proceso de recogida de datos durante la anamnesis) y para fortalecer la relación terapeuta-paciente.
  - *No existen líneas de actuación transversales*, dentro del currículo, que trabajen objetivos similares respecto al aprendizaje de habilidades de comunicación aplicadas a la ECF.
  - Los alumnos *no tienen clara la secuencia de las diferentes fases de la ECF* ni los aspectos que deben trabajarse en cada una de las mismas.
  - Los alumnos mostraron un *déficit formativo en habilidades de comunicación interpersonal*, para la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia.
- 2. Diseñar y desarrollar una propuesta formativa para mejorar las habilidades de comunicación, aplicadas a la entrevista clínica de Fisioterapia, de los alumnos.**
- El *método B-learning* puede contribuir a *facilitar el aprendizaje* de habilidades de comunicación, para la realización de la ECF, pues permite la suficiente *flexibilidad* como para adaptarse a nuestro contexto y a contextos similares.
  - El uso combinado de distintos métodos de aprendizaje (E-learning, análisis de vídeos, asistencia a seminarios, role playing, visionado de videgrabaciones y participación en las sesiones de retroacción) permite facilitar el aprendizaje de HC para la realización de la ECF.

- La aplicación de las distintas propuestas formativas *mejoró los resultados de la valoración de las habilidades de comunicación de los alumnos* del GI, desde la Fase diagnóstica hasta el final del Ciclo II, cuando se midieron mediante la Escala MAPE 2 y mediante el Cuestionario CICAA.
- La aplicación de las diferentes propuestas formativas, durante los diferentes Ciclos de I-A, mejoró los valores (puntuación total) relacionados con la *comprensión teórica* y con *las habilidades prácticas* para realizar cada una de las fases de la ECF. Estos valores fueron por lo general, superiores en el GI.
- Los *métodos que más influyeron*, bajo un punto de vista cuantitativo, en la formación de los **alumnos del GI** fueron (en orden decreciente): la entrevista con el PSE, la obtención de retroacción por parte del PSE, la observación del video de la entrevista realizada, los seminarios y las E-actividades y el role playing. El primer método fue, en el caso del **GC**, el visionado del video de la entrevista realizada.
- Los alumnos **mejoraron sus habilidades de comunicación** para la realización de la ECF, este hecho se ha podido constatar a partir de los resultados obtenidos de distintas fuentes (alumnos, PSE, observadores externos, Grupo de trabajo, investigador).
- Una de las **dificultades** para *seleccionar el tipo de preguntas a realizar al paciente, durante la ECF*, puede guardar relación con la falta de hábito y con la escasa integración del proceso de razonamiento clínico durante la recogida de la información del paciente.
- La **escasa integración de las HC para la ECF en el currículo**, puede deberse a un *déficit de planificación* en el diseño de los contenidos teórico-prácticos de las asignaturas troncales con un perfil clínico.
- Las **fases de las ECF**, donde los alumnos tuvieron que poner en práctica sus HC, y **donde tuvieron más dificultades** fueron por este orden: la fase de recogida de la

## VI. Conclusiones

---

información, la obtención del diagnóstico de Fisioterapia y la explicación del problema al paciente.

### 3. Explorar el potencial del vídeo y del paciente simulado como estrategias pedagógicas en el aprendizaje de habilidades de comunicación.

- El **PSE** puede jugar a la vez el *rol de paciente y de instructor* mientras proporciona retroacción al alumno en un medio controlado y próximo a la realidad.
- El **vídeo** permite *generar aprendizaje mediante el análisis de videograbaciones* (de otras entrevistas o de la filmoteca).
- El **análisis de video clips de entrevistas clínicas** puede ser un instrumento útil para el aprendizaje. Sin embargo **en las fases iniciales del aprendizaje** puede desorientar al alumno, ya que no dispone de la experiencia ni de la información suficiente para contextualizar los casos estudiados.
- La **combinación del PSE y del vídeo** (registro de la ECF y posterior visualización) permite generar aprendizaje mediante la retroacción proporcionada por el profesor y por el grupo de alumnos.
- La **incorporación de la Guía Calgary Cambridge** durante el análisis de las entrevistas por parte de los alumnos, a través del vídeo, contribuye a obtener un *mayor rendimiento en las sesiones de retroacción y a generar aprendizaje*.
- El uso del **PSE y del vídeo** requiere disponer de una cantidad de tiempo importante, y de los apoyos docentes, tecnológicos y económicos necesarios que deben definirse previamente a su aplicación.

### 4. Difundir los resultados de la investigación a la comunidad científica.

- La aplicación de nuestra propuesta formativa puede contribuir a mejorar el aprendizaje de HC de los alumnos de Fisioterapia y puede aplicarse a contextos similares a los que se desarrolló esta investigación.

### ▶ LIMITACIONES DEL ESTUDIO

A lo largo del proceso de investigación-acción hemos identificado determinadas limitaciones que presentaremos de forma resumida, pues ya expusieron de forma más detallada en el Capítulo V.

- El **tamaño de la muestra** no permite obtener conclusiones generalizables y aplicables a los alumnos de Fisioterapia.
- Fue el mismo investigador el que participó en la recogida de datos y el que actuó como observador externo al valorar las entrevistas realizadas por los alumnos.
- La valoración de las actividades realizadas por los alumnos tuvo un **peso** escaso en la **nota final del currículum**. Este hecho podría condicionar los resultados del estudio.
- No pudimos **contrastar los resultados** de los instrumentos de valoración MAPE 2 y CICAA con ningún otro estudio aplicado a los alumnos de Fisioterapia.
- Pudo haber un **error asociado a la difusión de la información** condicionado por el conocimiento por parte de los alumnos de ambos grupos (intervención y control) de la metodología utilizada.
- No pudimos **controlar la posible influencia de la presencia del video ni la de los nervios de los alumnos** (durante el registro de las entrevistas), que habría podido influir en su comportamiento (efecto Hawthorne).
- No tuvimos información suficiente para correlacionar los resultados de las entrevistas con la variable **“haber trabajado en actividades relacionadas con la atención al público”**, porque nos faltó haber definido con mayor claridad la información necesaria para dar mayor relevancia a esa variable.
- Al aplicar las distintas metodologías de enseñanza-aprendizaje de las HC, **fuimos mejorando nuestra experiencia en su manejo conformé avanzó el proceso de I-A**. Al



## VI. Conclusiones

---

comparar los resultados entre los diferentes Ciclos de I-A, no se aplicó la metodología del mismo modo ni sobre la misma población.

### ► LECCIONES APRENDIDAS

La oportunidad de participar activamente en la elaboración y en el desarrollo de esta investigación nos ha permitido dar la importancia merecida a aspectos que si bien, bajo un punto de vista teórico, estaban plenamente justificados, no estaban corroborados por la experiencia ni por el aprendizaje obtenido a partir de la toma de conciencia de los errores cometidos. En este sentido, queremos remarcar diferentes aspectos que han sido cruciales durante este proceso:

- ✚ La realización de la *prueba piloto*, previa a la aplicación de la Fase diagnóstica, me ha permitido identificar y corregir errores metodológicos y de procedimiento. Por este motivo es recomendable que toda investigación incluya en su diseño una prueba piloto.
- ✚ La realización de esta investigación ha contribuido a cambiar mi percepción de la *investigación cualitativa*. En este sentido he aprendido, a través de la práctica, que ambas metodologías (cuantitativa y cualitativa) se complementan a la hora de aplicar y de analizar programas socioeducativos, como el que hemos llevado a cabo en esta investigación, no sujetos habitualmente a leyes generales y donde los significados y las interpretaciones individuales de la realidad deben tomarse en consideración para obtener una visión más amplia del problema planteado.
- ✚ La aplicación del método de I-A en esta investigación me ha ayudado a tomar conciencia, durante mi actividad docente cotidiana, de la importancia y de las posibilidades de mejora que implica la realización de los procesos de: identificación y *diagnóstico* (de un problema), de la búsqueda de *soluciones* (hipótesis de acción), de la *observación* (y la obtención de evidencias) y de la *reflexión* (validación e interpretación de la información).

- ✚ La realización de *intervenciones formativas*, dirigidas a trabajar las habilidades de comunicación de los alumnos en general y para la realización de la entrevista clínica en particular, deben *integrarse en el currículo* del plan de estudios con la participación de los profesores implicados en el diseño de las diferentes propuestas para obtener experiencias y resultados de aprendizaje más sólidos.
- ✚ Durante la aplicación de los sucesivos programas formativos se aplicaron diferentes metodologías, sin tener en cuenta las dificultades relacionadas con el escaso número de profesores disponibles para su puesta en marcha. Este hecho debe ser motivo de reflexión para la aplicación de futuras propuestas.

## 2. PROPUESTAS DE ACCIÓN

Definimos de forma resumida las propuestas de acción, pues ya fueron descritas en el Capítulo V.

La definición de una propuesta formativa que podría aplicarse a nuestro contexto y a contextos similares introduciendo ciertas modificaciones (ver apartado 5.6.).

- La formación en HC (para la realización de la ECF) debería integrarse en el currículo del Grado en Fisioterapia y no solo en una intervención específica relacionada con una única asignatura. La evaluación de los contenidos teórico-prácticos debería ser formativa y sumativa e incluir otros métodos (ECO, Mini-Cex, etc.). Además de trabajar los contenidos relacionados con las HC y con la ECF deberían incluirse contenidos y actividades relacionados con el razonamiento clínico.
- Mejorar los métodos de E-A propuestos hasta el momento con el apoyo de los recursos adecuados.
- Definir un programa de formación de postgrado que contribuya a mejorar las HC de los alumnos y de los profesionales ya graduados y que incluya, además de la formación en HC básicas, la formación relacionada con el manejo de las malas

## VI. Conclusiones

---

noticias, el manejo de situaciones con pacientes y familias con un cierto grado de complejidad (enfermedades complejas, aspectos étnico-culturales, etc.).

- Definir un convenio entre las escuelas de teatro, y otros colectivos afines, que permitan crear un banco de pacientes simulados para minimizar los costes de las metodologías en las que participa el paciente simulado.
- Mejorar y adaptar el método role play al aprendizaje de HC de los alumnos de Fisioterapia.

## 3. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN FUTURAS

Exponemos a continuación las líneas de investigación futuras:

- Evaluación del impacto educativo de los métodos docentes que hemos utilizado en nuestra investigación pero con la introducción de la evaluación sumativa.
- Adaptación y validación del Cuestionario CICAA a los alumnos de Fisioterapia.
- Validación de la Escala Calgary-Cambridge (check list de las habilidades para realizar la entrevista clínica) al idioma español.
- Estudio del impacto de la adaptación y de la aplicación de la evaluación de la competencia clínica mediante el método "ECOÉ" a los alumnos de Fisioterapia.
- Adaptación y validación de instrumentos para medir las habilidades de comunicación no verbal de los alumnos de Fisioterapia.
- Diseño y aplicación de un entorno tecnológico orientado al aprendizaje de habilidades de comunicación, en general y para su aplicación a la ECF en particular.

## CAPÍTULO VII. Bibliografía

- Abuseileek, A. F. (2012). The effect of computer-assisted cooperative learning methods and group size on the EFL learners' achievement in communication skills. *Computers and Education*, 58(1), 231–239.
- Accreditation Council for Canadian Physiotherapy Academic Programs, Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators, Canadian Physiotherapy Association, & Canadian Universities Physical Therapy Academic Council. *Essential competency profile for physiotherapists in Canada*. Toronto (2004). Recuperado de [http://www.collegept.org//college//content/pdf/en/guide07/III.A.2.Essential\\_Compety\\_Profile.pdf](http://www.collegept.org//college//content/pdf/en/guide07/III.A.2.Essential_Compety_Profile.pdf)
- Adler, R. H. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 607–611.
- Agencia nacional de evaluación de la calidad y acreditación (ANECA). Libro Blanco. Título de Grado en Fisioterapia (2004). [en línea] Disponible en: [http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco\\_jun05\\_fisioterapia.pdf](http://www.aneca.es/var/media/150428/libroblanco_jun05_fisioterapia.pdf) [2013, 8 de junio]
- Allan, B. (2007). *Blended learning: tools for teaching and training*. London : Facet.
- Anvik, T. et al. (2007). Assessing medical students' attitudes towards learning communication skills: which components of attitudes do we measure? *BMC Medical Education*, 7, 4. doi: 10.1186/1472-6920-7-4
- Argyle, M., Salter, V., Nicholson, H., Williams, M., & Burgess, P. (1970). The Communication of Inferior and Superior Attitudes by Verbal and Non-verbal Signals. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(3), 222–231.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. London: Methuen.
- Arocha, J. F., & Patel, V. L. (1995). Novice diagnostic reasoning in medicine: accounting for evidence. *The Journal of the Learning Sciences*, 4(4), 355-384.
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, 21(6), 563–570.
- Aspegren, K., & Lønberg-Madsen, P. (2005). Which basic communication skills in medicine are learnt spontaneously and which need to be taught and trained?. *Medical teacher*, 27(6), 539-543.

## VII. Bibliografía

---

- Association of American Medical Colleges, authors. (1999). *Medical School Objectives Project. Report III: Contemporary issues in medicine: communication in medicine*. (Vol. 3). Washington, DC: Association of American Medical Colleges. Recuperado de <https://members.aamc.org/eweb/upload/Contemporary%20Issues%20In%20Med%20Commun%20in%20Medicine%20Report%20III%20.pdf>
- Atkins, S; Ersser, S. (2008). Clinical reasoning and patient-centred care. In N. Higgs, Joy; Jones, Mark A.; Loftus, Stephen; Christensen (Ed.), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd., pp. 77–87). Philadelphia: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Ballantine, J., & McCourt Larres, P. (2009). Accounting undergraduates' perceptions of cooperative learning as a model for enhancing their interpersonal and communication skills to interface successfully with professional accountancy education and training. *Accounting Education: an international journal*, 18(4-5), 387-402.
- Baker, P. (2012). A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. *Medical Humanities*, 38(1), 28. doi:10.1136/medhum-2011-010026.
- Farré, M., Bosch, F., Roset, P. N., & Baños, J.-E. (2004). Putting clinical pharmacology in context: the use of popular movies. *Journal of Clinical Pharmacology*, 44(1), 30–36.
- Barrows, H. S., & Bennett, K. (1972). The diagnostic (problem solving) skill of the neurologist. Experimental studies and their implications for neurological training. *Archives of Neurology*, 26(3), 273–277.
- Barrows, H. S., & Feltovich, P. J. (1987). The clinical reasoning process. *Medical Education*, 21(2), 86–91.
- Barrows, H. S. (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *AAMC. Academic Medicine*, 68(6), 443-51.
- Bartolomé Pina, M. (1986). La investigación cooperativa. *Educar*, 10, 51-78.
- Bartolomé, A. (2002). Universidades en la Red. ¿Universidad presencial o virtual? En *Crítica LII*, 896, 34-38. Recuperado de <http://www.lmi.ub.es/personal/bartolome/articuloshtml/bartolomeSPcritica02.pdf>
- Bartolomé, A. R. (2002). *Nuevas tecnologías en el aula: guía de supervivencia*. Barcelona: UB, Institut de Ciències de l'Educació.
- Bartolomé, A.R. (2003). Video digital. Comunicar. *Revista Científica Iberoamericana de Comunicación y Educación*, 21:39-47.
- Bartolomé, A.R. (2004a). Blended Learning. Conceptos básicos. Recuperado de <http://www.sav.us.es/pixelbit/pixelbit/articulos/n23/n23art/art2301.htm>
- Bartolomé, A.R. (2004b). Video digital en la enseñanza. *Bordon: Revista de Pedagogía*, 56 (3-4), 559-571.

- Bassey, M. (1997). Creating Education through Research. *British Journal of Educational Studies*, 45, 102-103.
- Bateson G. (1972). *Steps to an ecology of mind: collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. London: Intertext Books.
- Bateson, G., & Ruesch, J. (1984). *Comunicación : la matriz social de la psiquiatría*. Barcelona [etc.] : Paidós.
- Baumann, A. y Rideout, E. (2001). Standardized patients as an educational resource. In E. Rideout (Ed.). *Transforming nursing education through problem based learning* (pp. 281-291). Sudbury MA: Jones & Barlett.
- Becker, K. L., Rose, L. E., Berg, J. B., Park, H., & Shatzer, J. H. (2006). The teaching effectiveness of standardized patients. *The Journal of Nursing Education*, 45(4), 103–111.
- Birdwhistell, R. L. (1970). *Kinesics and context: essays on body motion communication*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Birdwhistell, R. L. (1979). *El Lenguaje de la expresión corporal*. Barcelona: Gili.
- Bisquerra Alzina, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.
- BOE de 19 de Julio de 2008. Nº 174. *ORDEN CIN/2135/2008, de 3 de julio*. Establecimiento de requisitos respecto a determinados apartados del anexo I del Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales, relativo a la memoria para la solicitud de verificación de títulos oficiales. Recuperado de <http://www.boe.es/boe/dias/2008/07/19/pdfs/A31684-31687.pdf>
- Boggino, N., & Rosekrans, K. (2007). *Investigación-acción: reflexión crítica sobre la práctica educativa :orientaciones prácticas y experiencias*. Alcalá de Guadaíra Sevilla: Homo Sapiens.
- Boissonnault, W. G. (2010). *Primary care for the physical therapist: examination and triage*. New York: Elsevier Health Sciences.
- Bokken, L., Rethans, J.-J., Jöbsis, Q., Duvivier, R., Scherpbier, A., & van der Vleuten, C. (2010). Instructiveness of real patients and simulated patients in undergraduate medical education: a randomized experiment. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(1), 148–154.
- Borkan, J. M., Quirk, M., & Sullivan, M. (1991). Finding meaning after the fall: Injury narratives from elderly hip fracture patients. *Social Science and Medicine*, 33(8), 947–957.
- Borrell Carrió, F. (1989). *Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud*. Barcelona: Doyma.
- Borrell Carrió, F. (2004a). *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

## VII. Bibliografía

---

- Borrell Carrió, F. (2004b). Entrevista clínica viva. *Atención Primaria*, 34(1), 3–5.
- Borrell Carrió, F., Epstein, R. M., & Pardell Alentà, H. (2006). Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Medicina clínica*, 127(9), 337-342.
- Borrell Carrió, F. (2011). Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Medicina Clínica*, 136(9), 390–397.
- Boshuizen, H., & Schmidt, H. G. (1992). On the role of biomedical knowledge in clinical reasoning by experts, intermediates and novices. *Cognitive science*, 16(2), 153-184.
- Bradley, P. (2006). The history of simulation in medical education and possible future directions. *Medical Education*, 40(3), 254-262.
- Brailovsky, C. A. (2001). Educación médica, evaluación de las competencias. Recuperado de [http://scholar.google.es/scholar?q=brailovsky+ca&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5](http://scholar.google.es/scholar?q=brailovsky+ca&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5)
- Brennan, M. (2004). Blended Learning and Business Change. *Chief Learning Officer Magazine*. Enero 2004. [en línea] Disponible en: <http://www.clomedia.com/content/anviewer.asp?a=349> [2008, 3 de julio]
- Bugental, D. E., Kaswan, J. W., & Love, L. R. (1970). Perception of contradictory meanings conveyed by verbal and nonverbal channels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(4), 647–655.
- Bultman, D. C., & Svarstad, B. L. (2000). Effects of physician communication style on client medication beliefs and adherence with antidepressant treatment. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 173–185.
- Cabero, J. (1990). *Tecnología educativa: utilización didáctica del video*. Barcelona: PPU.
- Cabero, J. (1995). Propuestas para la utilización del video en los centros. En: Ballesta, J. (Eds): *Enseñar con los medios de comunicación* (pp. 89-121). Barcelona: PPU.
- Cabero, J. (1998): Las aportaciones de las nuevas tecnologías a las instituciones de formación continuas: reflexiones para comenzar el debate, en Martín Moreno, Q. y otros (coords): V Congreso interuniversitario de organización de instituciones educativas, Madrid, Departamentos de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad de Alcalá.
- Cabero, J. (2000). ¿Esnobismo o necesidad educativa? *Revista de Tecnologías de la información y necesidades educativas*. Recuperado de <http://reddigital.cnice.mec.es/1/cabero/01cabero.html>
- Cabero, J. (2002). “La aplicación de las TIC: ¿esnobismo o necesidad educativa?”. *Revista de Tecnologías de la Información y Comunicación educativas*. Recuperado de [http://reddigital.cnice.mec.es/1/firmas/firmas\\_cabero\\_ind.html](http://reddigital.cnice.mec.es/1/firmas/firmas_cabero_ind.html)

- Cabero, J. (2003). Investigación en torno a la relación formación y nuevas tecnologías. En: Martínez, F. y Torico, M. (Eds.). *Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación en la aplicación educativa* (pp. 41-60). Santa Cruz de la Sierra: Universidad NUR.
- Cabero, J. y Gisbert, M. (2005). *La formación en internet. Guía para el diseño de materiales didácticos*. Sevilla: Eduforma/ Trillas.
- Cabero, J. (2006). Bases pedagógicas del e-learning. *Revista de Universidad y Sociedad del conocimiento* 3(1), 1-10. Recuperado de <http://www.uoc.edu/rusc/3/1/dt/esp/cabero.pdf>
- Cabero, J. y Roman, P. (2006). *E - actividades*. Sevilla: Eduforma.
- Cabero Almenara, J. y Alonso, C. M. (2007a). *Nuevas tecnologías aplicadas a la educación*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Cabero Almenara, J. (2007 b). *Propuestas para la utilización del vídeo en los centros*. Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://tecnologiaedu.us.es/bibliovir/pdf/119.pdf>
- Caldeiro, G.P. (2005). *Enfoques interdisciplinarios y la problemática de la comunicación humana*. Recuperado de [http://comunicacion.idoneos.com/index.php#C%C3%B3digos\\_verbales\\_y\\_no\\_verbales](http://comunicacion.idoneos.com/index.php#C%C3%B3digos_verbales_y_no_verbales)
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1999). Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 808–818.
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M., & Grypdonck, M. H. F. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 91–103.
- Carvalho, I. P., et al. (2011). Learning clinical communication skills: Outcomes of a program for professional practitioners. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 84–89.
- Cavanaugh, J. T., & Konrad, S. C. (2012). Fostering the development of effective person-centered healthcare communication skills: An interprofessional shared learning model. *Work*, 41(3), 293–301.
- Cestero Mancera, A. M. (2006). La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. *ELUA. Estudios de Lingüística*, (20), 57–77.
- Chen, W., & Looi, C. (2007). Incorporating online discussion in face to face classroom learning: A new blended learning approach. *Australasian Journal of Educational Technology*, 23(3), 307–326.
- Chiniara, G., et al. (2013). Simulation in healthcare: a taxonomy and a conceptual framework for instructional design and media selection. *Medical Teacher*, 35(8), 1380–95.
- Christensen, C., & Larson, J. R. (1993). Collaborative medical decision making. *Medical Decision Making*, 13(4), 339-346.



## VII. Bibliografía

---

- Clèries Costa, X. et al. (2003). Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atención Primaria*, 32(2), 110–117.
- Clèries et al. (2004). *Tools to assess communication skills*. Paper presented at 11<sup>th</sup> Ottawa International Conference on Medical Education. Barcelona.
- Clèries, X. (2006). *La comunicació. Una competència essencial per als professionals de la salut*. Barcelona: Masson.
- Clèries, X. (2010). La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*, 13(1), 25–31.
- Coaten, N. (2003). Blended e-learning. *Educaweb*, 69. [en línea]. Disponible en: <http://www.educaweb.com/esp/servicios/monografico/formacionvirtual/1181076.asp> [2008, 18 de junio]
- Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya (2011). L'estat de la professió a Catalunya i Espanya i el camí cap a les especialitats. *Noticiari*, 77, 6-11. Recuperado de [http://www.fisioterapeutes.com/comunicacio/pdf/tema\\_mes\\_noti\\_77.pdf](http://www.fisioterapeutes.com/comunicacio/pdf/tema_mes_noti_77.pdf)
- Collins, L. G., Schrimmer, A., Diamond, J., & Burke, J. (2011). Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. *Patient Education and Counseling*, 83(2), 158–162.
- Cooper, K., Smith, B. H., & Hancock, E. (2009). Patients' perceptions of self-management of chronic low back pain: evidence for enhancing patient education and support. *Physiotherapy*, 95(1), 43–50.
- Couleshan, J. L., & Block, M. R. (2006). *The medical interview: mastering skills for clinical practice*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
- Coulter, A. (2005). Shared decision-making: the debate continues. *Health Expectations*, 8(2), 95-96.
- Damasio, A. R. (2001). *La Sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*. Madrid: Debate.
- Darwin, C. R. (1872). *The expression of the Emotions in Man and Animals*. London: John Murray. 1<sup>st</sup> edition.
- DeClute, J., & Ladyshefsky, R. (1993). Enhancing clinical competence using a collaborative clinical education model. *Physical Therapy*, 73(10), 683–689.
- Delitto, A., & Snyder-Mackler, L. (1995). The diagnostic process: examples in orthopedic physical therapy. *Physical Therapy*, 75(3), 203–211.
- Dembo, M. H., & Howard, K. (2006). Advice about the use of learning styles: A major myth in education. *Journal of College Reading and Learning*, 37, 101–110.

- Deyle, G.; Fritz, J.; Gill, N; Jones, C; Rot, J; Sizer, P; Courtney C. (2011). *Educational Standards in Orthopaedic Manual Physical Therapy*. American Academy of Orthopaedic Manual Physical Therapists. Recuperado de <http://www.aaompt.org/education/standards.pdf>
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. [en línea]. Disponible en: <http://www.rae.es/> [2010, 8 de junio]
- Dieppe, P., Rafferty, A.-M., & Kitson, A. (2002). The clinical encounter - the focal point of patient-centred care. *Health Expectations*, 5(4), 279–281.
- DiMatteo, M. R., Haskard, K. B., & Williams, S. L. (2007). Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. *Medical Care*, 45(6), 521–528.
- Dockrell, S. (1988). An Investigation of the Use of Verbal and Non-verbal Communication Skills by Final-year Physiotherapy Students. *Physiotherapy*, 74(2), 52–55.
- Domenech, J., Sánchez-Zuriaga, D., Segura-Ortí, E., Espejo-Tort, B., & Lisón, J. F. (2011). Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: A randomised clinical trial. *Pain*, 152(11), 2557–2563.
- Donnelly, R. (2006). Blended problem-based learning for teacher education: lessons learnt. *Learning, Media and Technology*, 31(2), 93-116.
- Dunn, R. S., & Dunn, K. (1999). *The complete guide to the learning styles inservice system*. Boston: Allyn and Bacon.
- Draper, J., Benson, J., Silverman, J., & Kurtz, S. (2003). Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809.
- Edgar, S., & Lamb, I. (2010). Teaching Clinical and Communication Skills and Giving Effective Feedback. In S. Salerno Kennedy, R and OFlynn (Ed.), *Medical Education: The State of the Art* (pp. 69–80).
- Edwards, I. (1996). *Collaborative reasoning*. Unpublished paper submitted in partial fulfilment of the Graduate Diploma in Orthopaedics University of South Australia. Adelaide. Australia.
- Edwards, I. (2004). Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Physical Therapy*, 84(4), 312–315.
- Edwards, I., Braunack-Mayer, A., & Jones, M. (2005). Ethical reasoning as a clinical-reasoning strategy in physiotherapy. *Physiotherapy*, 91(4), 229–236.
- Efron, D. (1941). *Gesture and environment: a tentative study of some of the spatio-temporal and linguistic aspects of the gestural behavior of Eastern Jews and Southern Italians in New York City, living under similar as well as different environmental conditions*. New York: Kings Crown Press.
- Elliott, J. (1993). *El cambio educativo desde la investigación-acción*. Madrid: Morata.

## VII. Bibliografía

---

- Ekman, P., Friesen, W. V., & Ellsworth, P. (1972). *Emotion in the human face: Guidelines for Research and an integration of findings*. New York: Pergamon Press.
- Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression; a century of research in review, edited by Paul Ekman*. New York, Academic Press, 1973: Academic Press.
- Enciclopedia catalana, [en línea]. Disponible en:  
[http://www.enciclopedia.cat/diccionaris#.VFJkL\\_mG9HU](http://www.enciclopedia.cat/diccionaris#.VFJkL_mG9HU) [2011, 8 de junio]
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226–235.
- Epstein, R. M. (2007). Assessment in medical education. *The New England Journal of Medicine*, 356(4), 387–396.
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs*, 29(8), 1489-1495.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer*, 35(11), 1592-1597.
- Farré, M., Bosch, F., Roset, P. N., & Baños, J.-E. (2004). Putting clinical pharmacology in context: the use of popular movies. *Journal of Clinical Pharmacology*, 44(1), 30–36.
- Fava G, A, Sonino N (2008). The Biopsychosocial Model Thirty Years Later. *Psychother Psychosom*, 77:1-2.
- Fernández-Ballesteros, R. (1990). *Psicodiagnóstico*. Madrid: UNED.
- Fertleman, C., Gibbs, J., & Eisen, S. (2005). Video improved role play for teaching communication skills. *Medical Education*, 39(11), 1155–1156.
- Fleming, M. H. (1991). The therapist with the three-track mind. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 1007–1014.
- Fowell, S. L., Maudsley, G., Maguire, P., Leinster, S. J., & Bligh, J. (2000). Student assessment in undergraduate medical education in the United Kingdom, 1998. *Medical Education*, 34(s 1), 1-49.
- Gallego Izquierdo, T. (2007). *Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia*. Madrid: Médica Panamericana.

- Gard, G., & Gyllensten, A. L. (2000a). The importance of emotion in physiotherapeutic practice. *Physical Therapy Reviews*, 5(3), 155–160.
- Gard, G., Gyllensten, A. L., Salford, E., & Ekdahl, C. (2000b). Physical therapists' emotional expressions in interviews about factors important for interaction with patients. *Physiotherapy*, 86(5), 229–240.
- Garrison, D. R. (D. R., & Vaughan, N. D. (2008). *Blended learning in higher education : framework, principles, and guidelines*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Ghaemi, S. N. (2009). The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 3–4.
- Gisbert, M; Adell, Jordi; Rallo, R.; Bellver, A. (1997-98). Entornos virtuales de enseñanza – aprendizaje. El Proyecto GET. *Cuadernos de Documentación Multimedia 6-7*. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/multidoc/multidoc/revista/cuad6-7/evea.htm>
- Gisbert, M. M. (2013). Nuevos escenarios para los aprendices digitales en la universidad. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de L'educació I de L'esport Blanquerna*, 31(1), 55–64.
- Goodman, C. C., & Snyder, T. E. K. (2013). *Differential diagnosis for physical therapists: screening for referral*. St. Louis (Missouri): Elsevier.
- Gordon, J. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: one to one teaching and feedback. *BMJ* 326(7388), 543–545.
- Goroll, A. H., Sirio, C., Duffy, F. D., LeBlond, R. F., Alguire, P., Blackwell, T. A., & Nasca, T. (2004). A new model for accreditation of residency programs in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, 140(11), 902-909.
- Grand'Maison, P., Brailovsky, C. A., Lescop, J., & Rainsberry, P. (1997). Using standardized patients in licensing/certification examinations: comparison of two tests in Canada. *Family Medicine*, 29(1), 27–32.
- Greenhalgh, J., Flynn, R., Long, A. F., & Tyson, S. (2008). Tacit and encoded knowledge in the use of standardised outcome measures in multidisciplinary team decision making: A case study of in-patient neurorehabilitation. *Social Science and Medicine*, 67(1), 183–194.
- Guccione, A. A. (1991). Physical therapy diagnosis and the relationship between impairments and function. *Physical Therapy*, 71(7), 499–503.
- Gude, T., Vaglum, P., Anvik, T., Baerheim, A., Eide, H., Fasmer, O. B. & Finset, A. (2007). Observed communication skills: how do they relate to the consultation content? A nation-wide study of graduate medical students seeing a standardized patient for a first-time consultation in a general practice setting. *BMC medical education*, 7(1), 43.

## VII. Bibliografía

---

- Guide to Physical Therapist Practice 3.0. (2014). 2n. ed. Alexandria: Physical Therapy Association.  
DOI: 10.2522/ptguide3.0\_978-1-931369-85-5. Recuperado de  
<http://guidetoptpractice.apta.org/content/current>
- Guilbert, J. J., & Rodriguez Torres, A. (1994). *Guía pedagógica para el personal de salud : [cómo ayudar a los docentes a aumentar sus competencias para facilitar el aprendizaje de los estudiantes]*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico.
- Guiton, G., Hodgson, C. S., Delandshere, G., & Wilkerson, L. (2004). Communication skills in standardized-patient assessment of final-year medical students: a psychometric study. *Advances in Health Sciences Education*, 9(3), 179-187.
- Gyllensten, A. L., Gard, G., Salford, E., & Ekdahl, C. (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International: The Journal for Researchers and Clinicians in Physical Therapy*, 4(2), 89-109.
- Hale, L. S., Lewis, D. K., Eckert, R. M., Wilson, C. M., & Smith, B. S. (2006). Standardized patients and multidisciplinary classroom instruction for physical therapist students to improve interviewing skills and attitudes about diabetes. *Journal of Physical Therapy Education*, 20(1), 22-27.
- Hall, E. T., & Hernández Orozco, J. (1973). *La Dimensión oculta: enfoque antropológico del uso de espacio*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.
- Hall, E. T. (1989). *El Lenguaje silencioso*. Madrid: Alianza.
- Haq, C., Steele, D. J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D. (2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Family Medicine*, 36 Suppl, S43-50.
- Hargie, O., Boohan, M., McCoy, M., & Murphy, P. (2010). Current trends in Communication Skills Training in UK schools of medicine. *Medical Teacher*, 32(5), 385-391.
- Hargreaves, S. (1982). The relevance of non verbal skills in physiotherapy. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 28(4), 19-22.
- Hauer, K. E., Hodgson, C. S., Kerr, K. M., Teherani, A., & Irby, D. M. (2005). A national study of medical student clinical skills assessment. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 80(10 Suppl), S25-S29.
- Hayes, K. W., Huber, G., Rogers, J., & Sanders, B. (1999). Behaviors that cause clinical instructors to question the clinical competence of physical therapist students. *Physical Therapy*, 79(7), 653-667.
- Hayward, L. M., Blackmer, B., & Markowsky, A. (2006). Standardized Patients and Communities of Practice: A Realistic Strategy for Integrating the Core Values in a Physical Therapist Education Program. *Journal, Physical Therapy Education*, 20(2), 29.

- Hendrick, P. (2009). Clinical reasoning in musculoskeletal practice: students' conceptualizations. *Physical Therapy, 89*(5), 430–442.
- Hendriks, H. J. M., Oostendorp, R. A. B., Bernards, A. T. M., Van Ravensberg, C. D., Heerkens, Y. F., & Nelson, R. M. (2000). The diagnostic process and indication for physiotherapy: a prerequisite for treatment and outcome evaluation. *Physical Therapy Reviews, 5*(1), 29-47.
- Hengeveld, E., Banks, K., & Wells, P. (2006). *Maitland manipulación periférica*. Madrid: Elsevier.
- Henriksen, A. H., & Ringsted, C. (2011). Learning from patients: Students' perceptions of patient-instructors. *Medical Education, 45*(9), 913–919.
- Higgs, J. (1993). A programme for developing clinical reasoning skills in graduate physiotherapists. *Medical Teacher, 15*(2-3), 195–205. doi:10.3109/01421599309006714
- Higgs, J. (2008). *Clinical reasoning in the health professions*. New York: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Higgs, Joy; Jones, M. A. (2008). Clinical decision making and multiple problem spaces. In N. Higgs, Joy; Jones Mark A.; Loftus, Stephen; Christensen (Ed.), *Clinical reasoning in the health professions* (3rd ed., pp. 3–17). Philadelphia: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Hochberg, M. S., Kalet, A., Zabar, S., Kachur, E., Gillespie, C., & Berman, R. S. (2010). Can professionalism be taught? Encouraging evidence. *American Journal of Surgery, 199*(1), 86–93.
- Holdar, U., Wallin, L., & Heiwe, S. (2013). Why Do We Do As We Do? Factors Influencing Clinical Reasoning and Decision-Making among Physiotherapists in an Acute Setting. *Physiotherapy Research International, 18*(4), 220-229.
- Honey, P. (1992). *Manual of learning styles* (3rd ed). Maidenhead: Peter Honey.
- Hulsman, R. L., Mollema, E. D., Hoos, A. M., de Haes, J. C., & Donnison-Speijer, J. D. (2004). Assessment of medical communication skills by computer: assessment method and student experiences. *Medical Education, 38*(8), 813–824.
- Hulsman, R. L., Mollema, E. D., Oort, F. J., Hoos, A. M., & de Haes, J. C. (2006). Using standardized video cases for assessment of medical communication skills: reliability of an objective structured video examination by computer. *Patient Education and Counseling, 60*(1), 24–31.
- Hulsman, R. L., Peters, J. F., & Fabriek, M. (2013). Peer-assessment of medical communication skills: The impact of students' personality, academic and social reputation on behavioural assessment. *Patient Education and Counseling, 92*(3), 346–354.
- Humphris, G. M., & Kaney, S. (2000). The Objective Structured Video Exam for assessment of communication skills. *Medical Education, 34*(11), 939–945.
- Hundleby, G., & Zingle, H. (1975). Communication of empathy. *Canadian Counsellor, 9*(3-4), 148–154.
- Hwang, G. J., Sung, H. Y., Hung, C. M., & Huang, I. (2013). A Learning Style Perspective to Investigate the Necessity of Developing Adaptive Learning Systems. *Educational Technology & Society, 16*(2), 188-197.

## VII. Bibliografía

---

- Icart Isern, M. T., & Donaghy, K. (2012). *Films in health science education: learning through moving images*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Ingram, D. (1997). Opinions of physical therapy education program directors on essential functions. *Physical Therapy*, 77(1), 37–45.
- Ishikawa, H. (2006). Evaluating medical students' non-verbal communication during the objective structured clinical examination. *Medical Education*, 40(12), 1180–1187.
- Ishikawa, H., Hashimoto, H., Kinoshita, M., & Yano, E. (2010). Can nonverbal communication skills be taught? *Medical Teacher*, 32(10), 860–863.
- Jacob, H., Kreifelts, B., Brück, C., Erb, M., Hösl, F., & Wildgruber, D. (2012). Cerebral integration of verbal and nonverbal emotional cues: Impact of individual nonverbal dominance. *NeuroImage*, 61(3), 738–747.
- Jayadevappa, R., & Chhatre, S. (2011). Patient centered care—a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*, 4(11).doi: 10.2174/1874924001104010015
- Jones, A., Cupit, R., Choy, V., & Jones, D. (1998). Student-patient communication during physiotherapy treatment. *Aust.J.Physiother.*, 44(3), 181–186.
- Jones, M. A., & Rivett, D. A. (2004). *Clinical reasoning for manual therapists*. Edinburgh: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Joyner, B., & Young, L. (2006). Teaching medical students using role play: twelve tips for successful role plays. *Medical Teacher*, 28(3), 225–229.
- Kemmis, S., & MacTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.
- Jukić, V., Brečić, P., & Savić, A. (2010). Movies in education of psychiatry residents. *Psychiatria Danubina*, 22: 304–307.
- Kane, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation & the health professions*, 15(2), 163-182.
- Karabilgin, O. S., Vatansever, K., Caliskan, S. A., & Durak, H. I. (2012). Assessing medical student competency in communication in the pre-clinical phase: Objective structured video exam and SP exam. *Patient Education and Counseling*, 87(3), 293–299.
- Khan, K. Z., Gaunt, K., Ramachandran, S., & Pushkar, P. (2013). The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: organisation & administration. *Medical Teacher*, 35(9), e1447–63.
- Klemenc-Ketis, Z., & Kersnik, J. (2011). Using movies to teach professionalism to medical students. *BMC medical education*, 11(1), 60.

- Kluge, M. A., & Glick, L. (2006). Teaching therapeutic communication VIA camera cues and clues: the video inter-active (VIA) method. *The Journal of Nursing Education, 45*(11), 463–468.
- Knapp, M. L., & Hall, J. A. (2010). *Nonverbal communication in human interaction*. Boston: Wadsworth, Cengage Learning.
- Koponen, J., Pyörälä, E., & Isotalus, P. (2012). Comparing three experiential learning methods and their effect on medical students' attitudes to learning communication skills. *Medical Teacher, 34*(3), e198–207.
- Kraan, H. F., Crijnen, A. A., van der Vleuten, C. P., & Imbos, T. (1995). Evaluation instruments for medical interviewing skills in *The medical interview*. New York: Springer.
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education, 30*(2), 83–89.
- Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine* (p. 245). New York: Radcliffe Medical Press.
- Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: principles and practices. *The Canadian Journal of Neurological Sciences, 29*(2), 23-29.
- Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Oxford ; San Francisco: Radcliffe Pub.
- Ladyshevsky, R., & Gotjamanos, E. (1997). Communication skill development in health professional education: the use of standardised patients in combination with a peer assessment strategy. *Journal of Allied Health, 26*(4), 177–186.
- Ladyshevsky, R., Baker, R., Jones, M., & Nelson, L. (2000). Reliability and validity of an extended simulated patient case: a tool for evaluation and research in physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice, 16*(1), 15-25.
- Lane, C., & Rollnick, S. (2007). The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Education and Counseling, 67*(1-2), 13–20.
- Lane, C., Hood, K., & Rollnick, S. (2008). Teaching motivational interviewing: using role play is as effective as using simulated patients. *Medical education, 42*(6), 637-644.
- Latorre, A. (2003). *Investigación acción. Conocer y cambiar la práctica educativa*. Barcelona: Graó.
- Leach, E. (1989). *Cultura y comunicación simbólica. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid: El Siglo XXI.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Ariel: Barcelona.



## VII. Bibliografía

---

- Levinson, W. et al. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 277(7), 553-559.
- Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A. M., ... & Razavi, D. (2010). Transfer of communication skills to the workplace during clinical rounds: impact of a program for residents. *PLoS one*, 5(8), e12426.
- Lincoln Y.S.; Guba E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Liu, L. (1997). The Effectiveness of Using Simulated Patients versus Videotapes of Simulated Patients to Teach Clinical Skills to Occupational and Physical Therapy Students. *Occupational Therapy Journal of Research*, 17(3), 159-72.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Murray, A., & Hurley, D. A. (2012). Communication style and exercise compliance in physiotherapy (CONNECT). A cluster randomized controlled trial to test a theory-based intervention to increase chronic low back pain patients' adherence to physiotherapists' recommendations: study rationale, design, and methods. *BMC musculoskeletal disorders*, 13(1), 104.
- Lopololo, R. (2004). Leadership, administration, management, and professionalism (LAMP) in physical therapy: a Delphi study. *Physical Therapy*, 84 (2), 137.
- Lumlertgul, N., Kijpaisalratana, N., Pityaratstian, N., & Wangsaturaka, D. (2009). Cinemeducation: A pilot student project using movies to help students learn medical professionalism. *Medical Teacher*, 31(7), e327-e332.
- Lurie, S. J., Mooney, C. J., Nofziger, A. C., Meldrum, S. C., & Epstein, R. M. (2008). Further challenges in measuring communication skills: accounting for actor effects in standardised patient assessments. *Medical Education*, 42(7), 662-8.
- Maguire, P. (1990). Can communication skills be taught? *British Journal of Hospital Medicine*, 43(3), 215-216.
- Maguire, P., & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697-700.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(4), 390-393.
- Makoul, G. (2006). Commentary: communication skills: how simulation training supplements experiential and humanist learning. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(3), 271-274.
- Makoul, G., & Curry, R. H. (2007). The value of assessing and addressing communication skills. *JAMA*, 298(9), 1057-1059.
- Marqués, P. (2008). Impacto de las TIC en la Universidad. [En línea]. Disponible en: <http://dewey.uab.es/PMARQUES/ticuniv.htm> [2008, 8 de julio].

- Marsh G.E.II; McFadden A. C. and Price B.J. (2003). Blended Instruction: Adapting Conventional Instruction for Large Classes. En *Online Journal of Distance Learning Administration*, Volum VI, Number IV, Winter 2003. State University Of West Georgia, Distance Education Center. [En línea]. Disponible en: <http://www.westga.edu/~distance/ojdla/winter64/marsh64.htm> [2012, 13 de diciembre].
- Martín Zurro, A. (2006). Objectives and methods of assessment of professional competence: around the Miller's pyramid. *Med Clin*, 2, 127 (8), 293-94.
- Mattingly, C. (1991). The narrative nature of clinical reasoning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(11), 998–1005.
- May, S., Greasley, A., Reeve, S., & Withers, S. (2008). Expert therapists use specific clinical reasoning processes in the assessment and management of patients with shoulder pain: a qualitative study. *The Australian Journal of Physiotherapy*, 54(4), 261–266.
- Mazor, K. M., Haley, H. L., Sullivan, K., & Quirk, M. E. (2007). The video-based test of communication skills: description, development, and preliminary findings. *Teaching and Learning in Medicine*, 19(2), 162–167.
- McLeod John, (2009). *Introduction to counselling* (4th ed.). Maidenhead: Open University Press.
- McManus, I. C., Vincent, C. A., Thom, S., & Kidd, J. (1993). Teaching communication skills to clinical students. *BMJ*, 306(6888), 1322–1327.
- McNiff, J., & Whitehead, J. (1996). *You and your action research project*. London: Routledge.
- McKernan, J. (1999). *Investigación-acción y currículum: métodos y recursos para profesionales reflexivos*. Barcelona: Morata.
- Mehrabian, A. (1971). *Silent messages*. Belmont, Calif., Wadsworth Pub. Co. [1971]: Wadsworth Pub. Co.
- Mehrabian, A. (1972). *Nonverbal communication*. Chicago, Aldine-Atherton [1972]: Aldine-Atherton.
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-12.
- Meterko, M., Wright, S., Lin, H., Lowy, E., & Cleary, P. D. (2010). Mortality among patients with acute myocardial infarction: The influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Services Research*, 45(5 PART 1), 1188–1204.
- Middleton, J. (2005). Role play is not everyone's scene. Tim turner (perspectives February 9). *Nurs Standard*, 19, 31.
- Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), S63–7.

## VII. Bibliografía

---

- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. *Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054.
- Morris, J. (2001). Peer assessment: a missing link between teaching and learning? A review of the literature. *Nurse Educ Today*, 21(7), 505–507.
- Motola, I., Devine, L. a, Chung, H. S., Sullivan, J. E., & Issenberg, S. B. (2013). Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), e1511–30. 678.
- Nayer, M. (1993). An overview of the objective structured clinical examination. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada*, 45(3), 171–178.
- Nestel, D., & Tierney, T. (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, 7(1), 3.
- Nilsen, S., & Baerheim, A. (2005). Feedback on video recorded consultations in medical teaching: why students loathe and love it—a focus-group based qualitative study. *BMC Medical Education*, 5(1), 28.
- Norcini, J. J. (2003). ABC of learning and teaching in medicine: Work based assessment. *British Medical Journal*, 326(7392), 753.
- Norcini, J. J., et al. (2011). Criteria for good assessment: consensus statement and recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Med Teach*, 33(3), 206–214.
- Northouse, P. G. & "Northouse, L. L. ". (1998). *Health communication: strategies for health professionals* (Vol. 3ª). Norwalk: Appleton and Lange.
- O'Connor, F. W., Albert, M. L., & Thomas, M. D. (1999). Incorporating standardized patients into a psychosocial nurse practitioner program. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(5), 240–247.
- Ten Cate, O., & Durning, S. (2007). Peer teaching in medical education: twelve reasons to move from theory to practice. *Medical Teacher*, 29(6), 591–599. doi:10.1080/01421590701606799
- Onks, C. A., & Wawrzyniak, J. (2014). The physical therapy prescription. *Medical Clinics of North America*. W.B. Saunders.
- Osgood, C.E., ed. (1954). Psycholinguists: a survey of theory and research problems. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 49 (Oct.). Morton Prince Memorial Supplement.
- Papert, S. (1995). *La Máquina de los niños: replantearse la educación en la era de los ordenadores*. Barcelona: Paidós.
- Parry, R. (2009). Teaching and learning communication skills in physiotherapy: What is done and how should it be done? *Physiotherapy*, 95(4), 294–301. doi:10.1016/j.physio.2009.05.003
- Pascual, Mª. P. (2003). El Blended learning reduce el ahorro de la formación on-line pero gana en calidad. Suplemento del boletín *Educaweb*, 69. 6 de octubre de 2003.

- Pawlikowska, T. et al. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - how this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 70–6.
- Pedregal Gonzalez, M., et al. (2004). Evaluation of clinical competence of family medicine trainer. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 34(2), 68–72.
- Pelzang, R. (2010). Br J Nurs. Time to learn: understanding patient-centered care. *Br J Nurs*, 19(4), 912–7.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., & Havelok, P. (1984). *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford UK: Oxford University Press.
- Petty, N. J., Moore, A. P., & Maitland, G. D. (2003). *Exploración y evaluación neuromusculoesquelética: un manual para terapeutas*. Madrid : McGraw Hill Interamericana.
- Pincas, A. (2003). Gradual and Simple Changes to incorporate ICT into the Classroom. [En línea]. Disponible en: <http://www.openeducationeuropa.eu/es/node/2412> [2014, 4 de julio]
- Porlán Ariza, R., & Martín, J. (1991). *El diario del profesor: un recurso para la investigación en el aula*. Sevilla: Díada.
- Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P. (2003). Identifying physiotherapist and patient expectations in private practice physiotherapy. *Physiotherapy Canada*, 55, 195–202.
- Potter, M. J. (2003). *Evaluating the Efficacy of a Program Developed to Optimise the Physiotherapist-Patient Interaction*. University of Western Australia.
- Pretz, J. E., & Folsie, V. N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 20(19-20), 2878–2889.
- Pueyo, C. B. (2006). Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. *Jano*, 1626, 36-42.
- Quilligan, S. (2007). Communication skills teaching: The challenge of giving effective feedback. *Clinical Teacher*, 4(2), 100–105.
- Race, P. (2001). *Using feedback to help students learn*. New York: HEA.
- Razavi, D., & Delvaux, N. (1997). Communication skills and psychological training in oncology. *European Journal of Cancer*, 33 Suppl 6, S15–S21.
- Realdon, O., Zurloni, V., Confalonieri, L., Mortillaro, M., & Mantovani, F. (2006). Learning Communication Skills through Computer-based Interactive Simulations. In *From Communication to Presence: Cognition, Emotions and Culture towards the Ultimate Communicative Experience*. (pp. 281–303).
- Reynolds, F. (2003). Initial experiences of interprofessional problem-based learning: a comparison of male and female students' views. *Journal of Interprofessional Care*, 17(1), 35–44.

## VII. Bibliografía

---

- Reynolds Frances, P. D. (2005). *Communication and clinical effectiveness in rehabilitation*. Edinburgh ; New York: Elsevier/Butterworth-Heinemann.
- Richards, J. C., & Rodgers, T. S. (1998). *Enfoques y métodos en la enseñanza de idiomas*. Madrid: Cambridge University Press.
- Riener, C., & Willingham, D. (2010). The Myth of Learning Styles. *Change: The magazine of higher learning*, 42(5), 32-35.
- Rindflesch, A. B., et al. (2009). Collaborative model of Clinical education in physical and occupational therapy at the Mayo Clinic. *Journal of Allied Health*, 38(3), 132–142.
- Riveros Aedo, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu*, 12(2), 135- 186. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v12n2/v12n2a01.pdf>
- Rizo, M. (2007). Hacia una comunicación posible. Paul Watzlawick y la Escuela de Palo Alto. Portal de Comunicación INCOM. UAB. Grupo (GUCOM). [En línea]. Disponible en: [http://www.portalcomunicacion.com/esp/dest\\_paul\\_watzlawick.html](http://www.portalcomunicacion.com/esp/dest_paul_watzlawick.html) [2008, 12 de septiembre].
- Roberts, L., & Bucksey, S. J. (2007). Communicating with patients: what happens in practice? *Physical Therapy*, 87(5), 586–94.
- Roberts, M. L., & Winner, P. (2010). Assessing Therapeutic Relationships in Physiotherapy : Literature Review. *New Zealand Journal of Physiotherapy*, 2 (59), 81-91. Recuperado de <http://physiotherapy.org.nz/assets/Professional-dev/Journal/2011-July/2011JulyNZJP.pdf>
- Roberts, L. C., Whittle, C. T., Cleland, J., & Wald, M. (2013a). Initial Physical Therapy Encounters, 93(4), 479–492.
- Roberts, L. C., Whittle, C. T., Cleland, J., & Wald, M. (2013b). Measuring Verbal Communication in Initial Physical Therapy Encounters. *Physical Therapy*, 93(4), 479–491.
- Rocca, N., & McGraw, R. (2010). Teaching medical students to break bad news using simulation role-play and interprofessional learning. *Journal of Emergency Medicine*, 12(3): 250-262.
- Rodrigo, M. (2002). Portal de Comunicación UAB. Aula Abierta. Modelos básicos de la comunicación. [En línea]. Disponible en: [http://www.portalcomunicacion.com/esp/pdf/aab\\_lec/20.pdf](http://www.portalcomunicacion.com/esp/pdf/aab_lec/20.pdf) [2008, 4 de julio].
- Rogers Carl R. (1973). *Person to person: the problem of being human, a new trend in psychology*. London: Souvenir Press.
- Rosal, R. (1985). El constructo “urdimbre” de Rof Carballo y algunas hipótesis de la psicoterapia analítico-transaccional. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, 11, 44-57.

- Rosal, R. (1986). El crecimiento personal (o autorrealización): meta de las psicoterapias humanistas. *U.N.E.D. Anuario de Psicología*, 34, Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64551/88513>
- Roter, D. L., Frankel, R. M., Hall, J. A., & Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. *Journal of general internal medicine*, 21(S1), S28-S34.
- Rothstein, J. M. (2001). Guide to Physical Therapist Practice 2nd. *Phys Ther*, 81, 9-744.
- Rubin, F. L., Judd, M. M., & Conine, T. A. (1977). Empathy: can it be learned and retained? *Physical Therapy*, 57(6), 644-647.
- Ruiz-Moral, R., & Perula de Torres, L. A. (2006). Validity and reliability of a tool for assessing clinical communication in consultations: the CCAA questionnaire. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 37(6), 320-324.
- Ruiz Moral, R. (2009). *Educación médica: manual práctico para clínicos*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ryan, C. A., Walshe, N., Gaffney, R., Shanks, A., Burgoyne, L., & Wiskin, C. M. (2010). Using standardized patients to assess communication skills in medical and nursing students. *BMC Medical Education*, 10, 24.
- Sahrman, S. A. (1988). Diagnosis by the physical therapist--a prerequisite for treatment. A special communication. *Physical Therapy*, 68(11), 1703-1706.
- Salinas, J. (1989). Consideraciones acerca de la formación continua de profesores respecto al video. *Educación y Cultura* 7, 99-119.
- Salinas, J. (1993). Interacción, medios interactivos y video interactivo. *RED, Revista de Educación a Distancia*, 10-11, 137-148.
- Salinas, J. (1995). Televisión y video educativo en el ámbito universitario: Producción, coproducción, cooperación. En: Aguado, J.I. y Cabero, J. (Dir): *Educación y Medios de Comunicación en el contexto iberoamericano*. Universidad Internacional Iberoamericana. Huelva 103-120.
- Salinas, J. (2002). Modelos flexibles como respuesta de las universidades a la sociedad de la información. *Acción Pedagógica*, 11(1), 4-13. Recuperado de <http://www.comunidadandina.org/bda/docs/ve-edu-0010.pdf>
- Salinas, J. (2003). TIC y formación flexible. En: CIVE 2003, III Congreso Internacional Virtual de Educación. Recuperado de <http://gte.uib.es/pape/gte/sites/gte.uib.es/pape.gte/files/TIC%20y%20formacion%20flexible.pdf>
- Salinas, J. (2004). "Innovación docente y uso de las TIC en la enseñanza universitaria". *Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento (RUSC)*, 1(1), 1-15. Recuperado de <http://www.uoc.edu/rusc/dt/esp/salinas1104.pdf>

## VII. Bibliografía

---

- Salinas, J. (2006). *La gestión de los entornos virtuales de formación*. En: Seminario Internacional: La calidad de la Formación en Red en el Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado de file:///C:/Users/73189254-B/Downloads/02bfe5100ea5ccd735000000.pdf
- Salmon, P., & Young, B. (2011). Creativity in clinical communication: From communication skills to skilled communication. *Medical Education*, 45(3), 217–226.
- Schafer, D. S., Lopopolo, R. B., & Luedtke-Hoffmann, K. A. (2007). Administration and management skills needed by physical therapist graduates in 2010: a national survey. *Physical Therapy*, 87(3), 261–81. doi:10.2522/ptj.20060003
- Schramm, W. (1954). How Communication Works. In Wilber Schramm (Ed.). *The Process and Effects of Mass Communication* (pp. 3–10). Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Schramm, W. (1961). *Process and effects of mass communication*. Urbana: University of Illinois Press.
- Schuwirth, L. W., & van der Vleuten, C. P. (2005). Assessment of medical competence in clinical education. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 149(49), 2752–2755.
- Seif, G. A., Brown, D., & Annan-Coultas, D. (2013). Video-Recorded Simulated Patient Interactions: Can They Help Develop Clinical and Communication Skills in Today's Learning Environment?. *Journal of allied health*, 42(2), 37E-44E.
- Seyforth, S.c. & Golde, C. M. (2001). Beyond the paper chase: Using movies to help students get more out of college. *About Campus*, 6(4), 2–10.
- Shannon C. E. (1948). *Mathematical theory of communication*. New York: American Telephone and Telegraph Company.
- Shannon, C. E., & Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. (C. E. Shannon & W. Weaver, Eds.) *The mathematical theory of communication* (Vol. 27, p. 117). University of Illinois Press. doi:10.2307/3611062
- Sharpe, R.; Benfield, G.; Roberts, G.; Francis, R. (2006). The undergraduate experience of blended e-learning: a review of UK literature and practice. York, Higher Education Academy. [en línea]. Disponible en: [http://www.academia.edu/188000/The\\_undergraduate\\_experience\\_of\\_blended\\_e-learning\\_a\\_review\\_of\\_UK\\_literature\\_and\\_practice\\_undertaken\\_for\\_the\\_Higher\\_Education\\_Academy](http://www.academia.edu/188000/The_undergraduate_experience_of_blended_e-learning_a_review_of_UK_literature_and_practice_undertaken_for_the_Higher_Education_Academy) [2012, 18 de agosto].
- Shepard, K.L. (2001). Submission of students assignments on compact discs: exploring the use of audio, images, and video in assessment and student learning. *British Journal of Educational Technology* 32(2), 161-170.
- Shepard, K.L. (2003). Questioning, promoting and evaluating the use of streaming video to support student learning. *British Journal of Educational Technology*, 34 (3), 295-308.

- Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, J. (2005). *Skills for communicating with patients*. Abingdon, Oxon: Radcliffe.
- Silverman, J. (2007). The Calgary-Cambridge guides: the teenage years? *The Clinical Teacher*, 4(2), 87–93.
- Silverman, J. (2009). Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Education and Counseling*, 76(3), 361–7. doi:10.1016/j.pec.2009.06.011
- Slavin, M. (2004). Teaching Evidence-Based Practice in Physical Therapy: Critical Competencies and Necessary Conditions. *Journal of Physical Therapy Education*, 18(3), 4–11.
- Smith, M., Higgs, J., & Ellis, E. (2008). Characteristics and processes of physiotherapy clinical decision making: A study of acute care cardiorespiratory physiotherapy. *Physiotherapy Research International*, 13(4), 209–222.
- Sommer, R. (1974). *Espacio y comportamiento individual*. Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local.
- Spencer, J., Blackmore, D., Heard, S., McCrorie, P., McHaffie, D., Scherpbier, A., ... Southgate, L. (2000). Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Med Educ*, 34(10), 851–857.
- Stenmar, L., & Nordholm, L. A. (1994). Swedish physical therapists' beliefs on what makes therapy work. *Physical Therapy*, 74(11), 1034–1039.
- Stevens, A., et al. (2006). The use of virtual patients to teach medical students history taking and communication skills. *The American Journal of Surgery*, 191(6), 806-811.
- Stewart, M., Brown, J. B., Boon, H., Galajda, J., Meredith, L., & Sangster, M. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Prevention & controle en cancerologie: PCC*, 3(1), 25–30.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). *The impact of patient-centered care on outcomes*. *The Journal of family practice* 49(9), 796–804).
- Strohschein, J., Hagler, P., & May, L. (2002). Assessing the need for change in clinical education practices. *Physical Therapy*, 82(2), 160-172.
- Stroud, S. D., Smith, C. A., Edlund, B. J., & Erkel, E. A. (1999). Evaluating clinical decision-making skills of nurse practitioner students. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners: The International Journal of NPACE*, 3(4), 230–237.
- Suchman, A.; Botelho, R.; Hinton-Walker, P. (1998). *Partnerships in healthcare: transforming relational process*. Rochester, N.Y.; Woodbridge, Suffolk: University of Rochester Press.
- Swain, J. (2006). Comunicación interpersonal. En: French, S., Sim, J. *Fisioterapia: un enfoque psicosocial*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 193-206.



## VII. Bibliografía

---

- The Australian standards for physiotherapy (2006). Australian Physiotherapy Council. [En línea]. Disponible en: <http://www.physiocouncil.com.au/files/the-australian-standards-for-physiotherapy> [Fecha de consulta: 2013, 7 de agosto].
- Tizón García, J. L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Biblària.
- Ustün, B. (2006). Communication skills training as part of a problem-based learning curriculum. *The Journal of Nursing Education*, 45(10), 421–424.
- Valcke, M., & De Wever, B. (2006). Information and communication technologies in higher education: evidence-based practices in medical education. *Medical Teacher*, 28(1), 40–48.
- Van Dalen, J. (2013). Communication skills in context: Trends and perspectives. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 292-295. doi:10.1016/j.pec.2013.05.020
- Van Servellen, G. M. (2009). *Communication skills for the health care professional: concepts, practice, and evidence*. Los Angeles: Jones and Bartlett.
- Ven, A., & Vyt, A. (2007). *The Competence Chart of the European Network of Physiotherapy in Higher Education*. Belgium: Grant Publishers & the authors.
- Viel, É., Plas, F., & Trudelle, P. (1999). *Diagnóstico fisioterápico: concepción, realización y aplicación en la práctica libre y hospitalaria*. Barcelona: Masson.
- Von Fragstein, M., et al. (2008). UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Medical Education*, 42(11), 1100–7.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ*, 329(7479), 1398–1401.
- Wass, V., Van der Vleuten, C., Shatzer, J., & Jones, R. (2001). Assessment of clinical competence. *The Lancet*, 357(9260), 945-949.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1968). *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. London: Faber.
- WCPT (2007) Guidelines for Physical Therapist Professional Entry-Level Education Declarations of Principle and Position Statements. WCPT: London, UK. [En línea]. Disponible en: [http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-PoS-Guidelines for Physical Therapist Entry-Level Education.pdf](http://www.wcpt.org/sites/wcpt.org/files/files/WCPT-PoS-Guidelines%20for%20Physical%20Therapist%20Entry-Level%20Education.pdf) [Fecha de consulta: 2011, 28 de julio].
- Wiecha, J. M., Gramling, R., Joachim, P., & Vanderschmidt, H. (2003). Collaborative e-learning using streaming video and asynchronous discussion boards to teach the cognitive foundation of medical interviewing: a case study. *Journal of Medical Internet Research*, 5(2), 61-69. doi: 10.2196/jmir.5.2.e.13

- Wiener, N. (1948). *Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Wiener, N. (1972): "Cibernética", En A.G. Smith (Eds.), *Comunicación y cultura. I. La teoría de la comunicación humana* (pp.47-61). Buenos Aires: Nueva Visión
- Williams, A. (1997). Pitfalls on the road to ethical approval. *Nurse Researcher*, 5(1), 15–22.
- Wind, L. A., Van Dalen, J., Muijtjens, A. M. M., & Rethans, J. J. (2004). Assessing simulated patients in an educational setting: The MaSP (Maastricht Assessment of Simulated Patients). *Medical Education*, 38(1), 39–44.
- Wittezaele, J.J.; García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto: historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Woolridge, N. (1995). The C-ASE Project: computer-assisted simulated examination. *The Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 18(4), 149–155.
- Yeates, P. J. A., Stewart, J., & Roger Barton, J. (2008). What can we expect of clinical teachers? Establishing consensus on applicable skills, attitudes and practices. *Med Educ*, 42(2), 134–142.
- Yuan, H. (2007). Nonverbal Communication and Its Translation. *La communication non langagiere et sa traduction*, 3, 77–80.
- Zick, A., Granieri, M., & Makoul, G. (2007). First-year medical students' assessment of their own communication skills: A video-based, open-ended approach. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 161–166.

## VII. Bibliografía

---

## Anexos

## Anexos

---

## Anexo 1: Ciclo I. Fase diagnòstica (2007-08)

### 1. Cuestionarios, encuestas y entrevistas

#### 1.1. Escala MAPE 2

La Escala MAPE 2 fue cumplimentada por el paciente simulado al finalizar la entrevista.

##### MAPE 2 (Mapa de frases clau per a Pacients Estandarditzats)

Alumne/codi:

Data:

##### INICI

1. **Cordialitat**, es té en compte com el professional realitza la rebuda, si es presenta, si dóna la ma, si somriu i l'aparença personal. La primera impressió que dóna és important en valorar aquest ítem.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

##### EXPLORACIÓ

2. **Escolta activa**, es valora si el professional interromp o no, si està atent, manté contacte ocular, fa assentiments (a través de comunicació verbal o no verbal). També es valora el respecte i l'interès que manifesta el professional vers les manifestacions del consultant (opinions, creences, inquietuds, etc.) sense fer crítiques o judicis pejoratius.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

3. **Empatia**, davant les emocions del consultant (dolor, ansietat, alegria, preocupació, etc.) el professional té una disposició per entendre-les, donant senyals verbals (pregunta explícitament per la emoció produïda per la malaltia i la considera en el conjunt de la demanda) o no verbals (una mirada, un gest, el tacte). La valoració d'aquest ítem és difícil, si no es perceben senyals clares, es pot valorar en funció de la percepció d'haver estat tingut en compte o la sensació general que s'ha tingut durant l'encontre.

## Anexos

---

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

4. **Contacte**, en cas d'exploracions físiques, aquestes es fan curosament i amablement, explicant verbalment la maniobra que hi farà a continuació i atenent a les possibles molèsties causades.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

### RESOLUCIÓ

5. **Assertivitat**, el professional demostra seguretat, serenitat i control emocional en donar resposta al consultant. S'expressa de manera que se l'entén clarament la seva exposició, tant per el vocabulari emprat ( no utilitza terminologia complexa) com per el discurs ordenat. No dóna seguretats prematures i resalta els aspectes més positius malgrat l'adversitat del moment. Si s'escau sap dir que no a una exigència del consultant, sense deixar de ser respectuós.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

### FINAL

6. **Comiat**, es valora la capacitat del professional per finalitzar l'encontre. Deixa clar quin ha de ser el següent pas en el procés assistencial (proves complementàries, derivació a un altre professional, tornar més endavant, etc.). Dóna la possibilitat, en cas de dubte del consultant, de tornar o saber on s'ha d'adreçar.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

### PSIMULAT:

7. **T'agradaria ser tractat per aquest fisioterapeuta?**

SI:

NO:

**Observacions:**

## 1.2. Cuestionario CICAA (Conectar, Identificar y comprender, Acordar y ayudar)

El cuestionario CICAA fue utilizado por dos observadores externos con la finalidad de evaluar las entrevistas de los alumnos tras su digitalización.

### DATOS GLOBALES

**PROYECTO:**                      **CLAVE:**                      **OBSERVADOR:**

<b>Tiempo total de consulta</b> (s y min):				
<b>Profesional:</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<b>Tipo:</b>	Med. <input type="checkbox"/>	Res. <input type="checkbox"/>	Enfer. <input type="checkbox"/>
Est. <input type="checkbox"/>				
<b>Motivo de la consulta:</b> Prpal: 1)		2)		
3)				
<b>Especialidad:</b>	/Año	/Curso	<b>Docente:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Proceso:</b> Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>				
<b>Paciente:</b> 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"/>
<b>Visita:</b> Inicial <input type="checkbox"/>		Revisión <input type="checkbox"/>		

TAREA 1ª. 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 2ª. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS		NP	0	1	2
7	¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				



## Anexos

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

TAREA 3ª y 4ª. 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 una 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

**PUNTUACIÓN TOTAL/ N°. 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

### 1.3. Encuesta 1-FD

Fue realizada por los alumnos al finalizar la entrevista con el PSE. En dicha encuesta el alumno contesta a preguntas relacionadas con la entrevista, con las prácticas clínicas y con las asignaturas realizadas.

#### ENCUESTA ALUMNES Núm. 1 (POST INTERACCIÓ AMB EL PSE)

**Codi alumne:**

**Data:**

#### I. PERCEPCIÓ SUBJECTIVA DE LA PROVA

1. El que més t'ha agradat de la interacció amb el pacient simulat ha estat?
2. El que menys t'ha agradat d'aquesta experiència ha estat?
3. Creues que durant la carrera has rebut, de forma directa o indirecta, formació en habilitats de comunicació? SI  NO

**Per què?**

## Anexos

---

4. La teva percepció en quan a l'adquisició d'habilitats de comunicació durant la carrera ha estat? (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

5. Recomanaries a un altre company teu de la carrera fer la interacció amb un Pacient Simulat? SI  NO

Per què?

## II. TIPOLOGÍA DE LES PRÀCTIQUES I DE LES ASSIGNATURES REALITZADES

6. Marca amb una creu si has fet les teves pràctiques clíniques en algun d'aquests centres:

- a) Associació Provincial de Paràlisis cerebral de Tarragona "La Muntanyeta"  
SI  NO

La teva percepció en quan a l'adquisició d'habilitats de comunicació en aquest centre va ser (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

- b) Centre Sòcio Sanitari "Ciutat de Reus" SI  NO

La teva percepció en quan a l'adquisició d'habilitats de comunicació en aquest centre va ser (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

- c) Centre Sòcio Sanitari IPM SI  NO

La teva percepció en quan a l'adquisició d'habilitats de comunicació en aquest centre va ser (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

7. **Hi ha cap altre centre de pràctiques en el que tu consideris que hagi après habilitats de comunicació i que no surti en el llistat de la pregunta núm. 5? SI  NO**

**Quin ha estat per tu el centre de pràctiques (que no surt en el llistat de la pregunta 5) més rellevant?:**

La teva percepció en quan a adquisició d'habilitats de comunicació en aquest centre de pràctiques va ser (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

8. **Marca amb una creu les assignatures que hagi realitzat durant la carrera i que apareixen a continuació:**

- a) **Ciències Psicosocials i aplicades SI  NO**

La teva percepció en quan a adquisició d'habilitats de comunicació en aquesta assignatura va ser? (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

- b) **Fisioteràpia II (únicament si durant el 2n curs de l'any passat vas formar part del grup ABP) SI  NO**

La teva percepció en quan a adquisició d'habilitats de comunicació en aquesta assignatura va ser? (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

- c) **Models d'adaptació a l'envelliment SI  NO**

La teva percepció en quan a adquisició d'habilitats de comunicació en aquesta assignatura va ser? (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

- d) **L'escolta activa del pacient SI  NO**

## Anexos

---

La teva percepció en quan a adquisició d'habilitats de comunicació en aquesta assignatura va ser?  
(marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

9. Hi ha cap altra assignatura que tu consideris que hagi après sobre habilitats de comunicació i que no surti en la pregunta 7 del qüestionari? SI  NO

Quina ha estat l'assignatura més rellevant (que no surt en el llistat de la pregunta 7)?

La teva percepció en quan a l'adquisició d'habilitats de comunicació en aquesta assignatura va ser (marca amb una creu):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

10. Vols afegir qualsevol altre comentari relacionat amb les habilitats de comunicació?

**RECORDA QUE MITJANÇANT L'ENTORN MOODLE:**

1. REBRÀS L'AVIS PER PODER VISUALITZAR LA TEVA INTERVENCIÓ I PER OBTENIR UN FEEDBACK DE LA TEVA INTERACCIÓ AMB EL PACIENT SIMULAT

### 1.4. Encuesta 2-FD

Fue realizada por los profesores de las asignaturas incluidas en la **tipología de asignaturas** para recoger su percepción respecto a la formación proporcionada en HC para la realización de la ECF.

**PERCEPCIÓ DEL TREBALL, DINTRE L'ASSIGNATURA, D'HABILITATS DE COMUNICACIÓ I DE LA SEVA APLICACIÓ A L'ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERÀPIA (PER OMLIR ELS PROFESSORS RESPONSABLES D'ASSIGNATURA (TIPOLOGIA ASSIGNATURA))**

**Professor/codi:**

**Assignatura:**

**Data:**

**Percepció de la docència en Habilitats de comunicació**

1. Quins aspectes **afavoreixen**, dintre la vostra assignatura, l'aprenentatge d'habilitats de comunicació durant l'entrevista clínica?
2. Quins aspectes **difículten**, dintre la vostra assignatura, l'aprenentatge d'habilitats de comunicació durant l'entrevista clínica.
3. Dintre la vostra assignatura, **heu inclòs algun tema específic o mòdul** dirigit a **afavorir l'aprenentatge** de la competència relacionada amb l'adquisició d'habilitats de comunicació dintre l'entrevista clínica o/i durant l'aplicació del tractament de Fisioteràpia?

SI

NO

4. Dintre la vostra assignatura, heu inclòs **l'avaluació de la competència** relacionada amb l'adquisició d'habilitats de comunicació?

SI

NO

Si heu contestat afirmativament, **com s'avalua?**

5. Vols afegir qualsevol altre **comentari o suggeriment** relacionat amb l'aprenentatge d'habilitats de comunicació?

### 1.5. Encuesta 3-FD

Fue realizada por los profesores de las asignaturas incluidas en la **tipología de centros de prácticas clínicas**, para recoger su percepción respecto a la formación proporcionada en HC para la realización de la ECF.

**PERCEPCIÓ DEL TREBALL, EN EL CENTRE DE PRÀCTIQUES CLÍNiques,  
D'HABILITATS DE COMUNICACIÓ I DE LA SEVA APLICACIÓ A L'ENTREVISTA  
CLÍNICA DE FISIOTERÀPIA**

**PER OMLIR ELS PROFESSORS RESPONSABLES DE LES PRÀCTIQUES ALS  
CENTRES DE LA TIPOLOGIA CENTRES DE PRÀCTIQUES**

**Professor/codi:**

**Centre de pràctiques:**

**Data:**

## Anexos

---

### Percepció de la docència en habilitats de comunicació

1. Quins aspectes **afavoreixen**, en el seu centre, l'aprenentatge d'habilitats de comunicació durant l'entrevista clínica?
2. Quins aspectes **difículten**, en el seu centre, l'aprenentatge d'habilitats de comunicació durant l'entrevista clínica?
3. Dintre les activitats incloses en les pràctiques clíniques dels alumnes de Fisioteràpia, **realitzeu alguna intervenció educativa específica** dirigida a afavorir l'aprenentatge de la competència relacionada amb l'adquisició d'habilitats de comunicació dintre l'entrevista clínica o/i durant l'aplicació del tractament de Fisioteràpia?
  - SI
  - NO
  - Si heu contestat afirmativament, expliqueu quina és la intervenció que feu i si **avalueu aquesta competència i com ho feu?**
4. Vols afegir **qualsevol altre comentari o suggeriment** relacionat amb l'aprenentatge d'habilitats de comunicació?

## 1.6. Transcripción Encuesta 1-FD (alumnos)

**Pregunta Nº.1 (Encuesta 1):** ¿Lo que más te ha gustado de la interacción con el PSE ha sido?

**Alumne\_03:**

Tener [la posibilidad] de trabajar con un paciente que no se parece a la teoría de las clases [dentro de las diferentes asignaturas].

**Alumne\_06:**

La posibilidad de tratar a un "paciente real" y darte cuenta de que no es tan fácil como hacer prácticas entre nosotros [los alumnos], ya que intervienen muchos factores (carácter del paciente, nerviosismo, etc.).

**Pregunta Nº. 2 (Encuesta 1):** ¿Lo que menos te ha gustado de esta experiencia ha sido?"

**Alumne\_09:**

La poca experiencia que tenía en este sentido y la inseguridad que he sentido.

**Alumne\_18:**

... Creo que es necesaria esta actividad durante la formación, contribuye a dar más seguridad y confianza. Las HCI deben trabajarse más durante la carrera.

**Pregunta Nº 10.** ¿Deseas añadir algún otro comentario o sugerencia relacionado con las HCI?

**Alumno\_1.** Creo que sería muy importante que los alumnos tuvieran una interacción con el paciente. En la mayoría de centros de prácticas te presentas y realizas el tratamiento que te han pautado. Estaría muy bien realizar más anamnesis y más exploraciones, ya bien sean éstas reales o simuladas.

**Alumno\_5.** Durante la carrera estamos en constante relación con pacientes...Habitualmente no somos nosotros quienes realizamos la valoración.

**Alumno\_6.** Pienso que es un aspecto [las HCI aplicadas a la entrevista clínica] que se trabaja poco durante la carrera y el tiempo que estamos con el paciente es menor [que con el dedicado al PSE].

**Alumno\_12.** Durante la carrera nos resaltan la importancia de explicarle al paciente los que tiene que hacer y el tratamiento que le aplicamos, pero el cómo hacerlo, también hay que aprenderlo.

**Alumno\_19.** Pienso que no salimos preparados para realizar exploraciones y para saber afrontar con claridad este tipo de casos clínicos...

## 1.7. Transcripción entrevista 1-FD (investigador-alumno)

Después del encuentro con el PSE, cada alumno fue entrevistado por el investigador para obtener la información del alumno en relación a: la experiencia realizada y a la percepción de la formación recibida, entre otros aspectos. Presentamos la transcripción de la entrevista.

**\*Entrevista: Investigador y alumno (post visualización del video)**

**\*Lugar: Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**

**\*Fecha: Julio de 2008**

**\* Observaciones:** Se recoge la información de 12 entrevistas de la muestra y de 2 entrevistas de la prueba piloto.



## Anexos

---

### **Alumno\_01:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?**

Mas que nada es la exploración, pues te encuentras allí, bien en este caso creo que era difícil, y de alguna manera tienes que saber escoger ¿qué...exploración hacer?, ¿qué quieres aplicar? Y en cuanto a comunicación, lo mismo...Es un contacto directo que no tienes por que... en los hospitales siempre estás o en cualquier centro de prácticas siempre estás con alguien o ya te llega el paciente diagnosticado, con lo que le tienes que hacer [con una pauta de tratamiento]...y no tienes esta opción de decidir “qué hacer”, “qué no hacer”...

¿Qué piensas que es lo que te costo más del proceso de interacción con el paciente y con esta situación?

Lo que más me costaba fue la fase inicial de la exploración...cuando decía que tenía dolor en los riñones o en otras partes que el decía,...decidir qué pruebas realizar o cómo obtener más información...esto me supuso un poco de lío.

### **Alumno\_02:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?**

De entrada considero que la experiencia es positiva y que quizás hubiéramos debido de hacerlo [la experiencia con un paciente simulado] durante estos 3 años [de carrera], al menos una parte teórica [de la entrevista con el paciente] y una parte práctica, como la que hemos hecho o la que hacen en Medicina. A pesar de que [habitualmente ya ha sido diagnosticado por el médico] tu tienes que saber hacer la exploración de Fisioterapia [para orientar el tratamiento], yo creo que con la práctica es algo que puedes ir aprendiendo, aunque si ya te lo han explicado [durante el periodo de formación universitaria] vas más orientada ...En cuanto al video me he sentido cortada y me ha costado un poco, creo que por que era la primera vez, si se hiciera más veces, a la 2ª, a la 3ª segunda o a la 5ª ya ...y además al final aprendes.

**Hasta ahora hemos hablado del enfoque más clínico [inspección, palpación, exploración], Con relación al aspecto comunicativo, ¿cómo te has visto?, ¿Qué percepción has tenido?**

Yo me he visto mal, pero yo supongo que es la experiencia [mi inexperiencia], creo que es ver más gente, pacientes conflictivos, más o menos, y así vas aprendiendo a cómo reaccionar...Aquí te dan unas pautas pero...creo que es el día a día.

### **Alumno\_03:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?**

Para aprender va muy bien, ya que cuando estás allí [con el paciente simulado], estás únicamente pendiente de aquello, no de si lo estás haciendo más o menos bien. El poder ver el video permite reflexionar mucho más de cómo ha sido mi actuación...Al hacer el cuestionario [de autoevaluación tras el feedback], te das cuenta de qué palabras he utilizado, cómo estoy hablando, esto lo hubiera podido haber dicho de forma diferente...te ayuda a reflexionar. Creo que no hay nada negativo en esta experiencia.

### **Alumno\_04:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_05:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_06:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De qué podría servirte a ti o a otros, este instrumento de aprendizaje?**

Sería conveniente realizar esta experiencia más veces...Casi estás acabando la carrera, has estudiado mucho, pero a la hora de la verdad no te has encontrado [a solas] con una persona a la que le tienes que dar una respuesta....No sabes como te entrará, que te dirá ...cómo lo vas a sortear...Yo creo que es importante.

**¿Qué es lo que más te ha costado, cómo te has visto en el video?**

Me ha costado concretar las preguntas, ordenarlas...el esquema de la entrevista...le daba vueltas a las preguntas ...empecé hablando del dolor y de su problema, y de repente empecé a preguntarle por el entorno familiar...el esquema [de cómo llevara cabo la entrevista clínica] más o menos lo tenemos, pero a la hora de llevarlo a la práctica me iba mucho por las ramas ... [durante la entrevista] el paciente va hablando, tienes mucha información, y al final no sabes muy bien que es lo que necesitas ..

**Alumno\_07:**

**¿Cómo te has visto en el video?, ¿Qué es lo que más te ha gustado o te ha llamado la atención?**

Necesito mejorar mucho más, en general y la exploración que ha sido muy desordenada, si esta persona tenía una situación de dolor no hacerla levantar tantas veces de la silla o de la camilla, ....simplemente orden, orden y orden durante toda la visita..

**¿En qué consideras que podría mejorar el aprendizaje de los futuros alumno si se utilizarán métodos como la interacción con un paciente simulado?**

Te ayudan a desarrollarte mucho más en cualquier tipo de circunstancia (con problemas técnicos) y con cualquier paciente (personas muy ambiguas) ...incidir sobre el orden, realizar una buena anamnesis, incluso realizar una buena anamnesis sin tener que mirar y apuntar sin mirar a la persona y además saber realizar una buena exploración...de alguna manera juntar todos estos aspectos ..

**Alumno\_08:**

**¿Cómo te has visto en el video?, ¿Qué es lo que más te ha gustado o te ha llamado la atención de esta experiencia?**

Me he visto mejor en la primera parte, la de la anamnesis, con la conversación cuando estaba sentada con el paciente. Allí me he visto más tranquila haciéndole preguntas. Me he visto mucho peor en el momento de la exploración, pues estaba un poco perdida y me doy cuenta de que iba haciéndole cosas (una exploración u otra) más por los nervios o por el tiempo que por la certeza de que era aquello lo que le tenía que hacer. Me he sentido insegura en la parte final (la de informarle de qué le pasaba), pues trataba de darle una explicación sin concretar nada... ahí me he sentido insegura.

No me he visto mal respecto a la empatía o a la conexión que he establecido con el paciente

## Anexos

---

mientras hablaba....lo que si se nota es mucha inseguridad, creo que por la circunstancia (tipo y características del paciente) y por que es la primera vez que participo en una experiencia como esta y también por los nervios.

### **¿Qué destacarías del elemento "video" como instrumento de aprendizaje?**

Las imágenes valen mucho y para mí, por lo menos, yo aprendo mucho de cosas de clase viéndolo (a mí me entra más cuando la información es visual). Entonces al verte...a mi en este momento al ver el video se me ha hecho muy largo, pero también te permite ver lo que has hecho bien, lo que has hecho mal,...cuando sales de la primera experiencia (sin haber visto el video) tienes una idea y después de verte en el video puedes ver cosas en las que no te habías dado cuenta y ser mas quisquilloso.... y sacar punta o decir mira aquí o mira allí ..la verdad es que muy bien ...

### **Y ¿qué aspectos negativos destacarías o cualquier otra cosa que querrías comentar?**

Para mí más que negativo es verme en la situación (y recordarlo) por que me ponía más nerviosa,...pero negativo, negativo no hubo para mí nada negativo.

#### **Alumno\_09:**

### **¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?, ¿Cómo te has visto en el vídeo?**

A parte de lo extraño que se me hace siempre verme en video y escuchar tu propia voz. Para mí ha sido extraño verte en una situación solos, a ti y al paciente, no hay nadie más...y es difícil, en ocasiones, que el paciente te diga aquello que tu quieres exactamente que te diga..bien (cuando hacemos las prácticas) con los compañeros de clase ya sabe cada uno la respuesta que debe de hacer (pues todos lo sabemos)...y lo síntomas que han de sentir...Me he sentido muy perdido, no sabía qué hacer...ahora ¿qué hago?...¿Continuo?..

### **¿En qué aspectos consideras que podría ser útil, de cara al aprendizaje, utilizar instrumentos como este, como por ejemplo con el video?**

Yo creo que podría ser útil para varias cosas: para corregir el orden de las preguntas (y realizar una entrevista más ordenada), para dar a la entrevista un ambiente de mayor distensión, que se parezca más a una conversación que no a una entrevista., también para dar mayor confianza al paciente (este piensa: no sabe lo que me tiene que preguntar por que se está leyendo un papel..)..Cuando el paciente te nota más seguro, se abre mucho más y tú puedes obtener mucha más información. Quizá también es un instrumento útil para ver cómo te mueves, cuál es tu expresión (no verbal) y la del paciente mientras le realizas una pregunta o una exploración ...

### **El hecho de saber que te estaban grabando, ¿ha incrementado tu tensión?**

Al principio estuve muy pendiente de la grabación, ves que no es una situación habitual que hasta te hace dudar, ¿es de verdad?, ¿es de mentira? y cuando empecé a hablar con él (paciente) te olvidas de la situación (de simulación) y te ves como si estuvieras realmente en una consulta. Al principio fue algo extraño, por que no sabías con que te encontrarías, ni que te diría el paciente ...además la presencia de la cámara al principio ...era extraño al principio ..un poco de presión ...pero sí conseguí meterme en el papel.

#### **Alumno\_10:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_11:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_12:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?, ¿Cómo has vivido la presencia del video?**

Después de ver el video creo, que sobre todo al principio, hubiera debido hacer más preguntas abiertas y no tan cerradas del tipo ¿Qué le han dicho?, ¿Qué tratamientos ha recibido? ...y no ser tan repetitiva al hacer las mismas preguntas o al realizar los mismos comentarios. El aspecto del desorden...pues le he preguntado dónde sentía el dolor y no ha sido hasta pasados 10 minutos que le he vuelto a preguntar sobre el mismo dolor, también el hecho de hacerle variar tantas veces de postura durante la exploración ...Quizás el aspecto de explicarle qué le podría ocurrir (se refiere al diagnóstico de Fisioterapia) me lo hubiera haber podido ahorrar, ya que ahora no veo adecuado el lenguaje que utilicé para dar la explicación y sobre todo no estaba segura de aquello que le decía. La despedida fue algo fría ..y creo que es un aspecto mejorable.

A mí se me olvido que el video me estaba grabando y no me influyo.

El hecho de verme en el video me ayuda a ver la secuencia de mi interacción, de mis errores...respecto al video y al PS como instrumento, creo que me ayudaría y podría ayudar a otros para dar más seguridad y para aprender a realizar una entrevista más ordenada.

**Alumno\_13:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_14:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno\_15:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?, ¿Cómo has vivido la presencia del video?**

Lo que me ha llamado más la atención es la fase de la entrada (recibimiento), creía que había sido correcta, pero he visto que he entrado demasiado rápido en la entrevista sin dar tiempo a buscar otros recursos para conectar con el paciente (¿Hola, usted es de aquí?...alguna frase para romper el hielo..., como mínimo, para no empezar directamente con la pregunta ¿Dónde le duele?).

Lo que si me ha gustado [de mi intervención] ha sido que con la cabeza estoy asintiendo mientras él [el paciente] habla sin que yo pierda el contacto con su conversación. También me ha gustado lo de repetir aquello que expresa (para asegurarme que es eso lo que entiendo de lo que el dice), o bien aquello que me ha parecido no entender, me doy cuenta de que preguntar varias veces la misma pregunta (aunque quizás es excesivo) me proporciona mayor información, pues dependiendo de cómo planteaba la pregunta me daba más o menos información.

La impresión [de la experiencia] en cuanto al contacto con el paciente ha sido buena. En el momento del encuentro me pareció que el tiempo pasaba mucho más rápido, estresante y ahora [en el video] todo transcurre más lento, a buen ritmo, cada vez habla uno ...No me sentí presionada

## Anexos

---

por el video, creo que hubiera habido la misma presión aunque no hubiera habido video. Me olvidé del video.....A mi me produjo más presión el propio paciente cuando te pregunta aquellas preguntas que.... (Sonríe)... ¿Ahora qué le digo? Cuando me preguntó ¿me curaré? ...

Las ventajas en cuanto al aprendizaje respecto a las prácticas clínicas: ves lo que haces y la impresión varía cuando lo visualizas en el video tranquilamente viendo cada una de las partes de la entrevista (ya que de la otra manera queda un recuerdo que pasa), en los centros de prácticas, el paciente habitualmente ya ha realizado la primera visita [con otro profesional] y la situación no es exactamente igual que esta (en la que estás tu solo con el paciente), aquí se necesita investigar con preguntas acerca de su estado, deben buscarse las preguntas, que éstas no incomoden al paciente, ...que no sean indiscretas. Esta es la ventaja más clara de esto [de la interacción con el paciente simulado], es decir el trato relacionado con el paciente en [el momento relacionado con] el primer contacto. Durante el tratamiento también se necesita establecer una buena relación, una buena comunicación, cuándo le duele, dónde le duele, ..sin embargo durante el primer contacto... es algo que no vemos ni en las prácticas clínicas ni en las del centro. Supongo que será una situación con la que después [de acabar los estudios] nos encontraremos.

### **Alumno\_16:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

### **Alumno\_17:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?, ¿Cómo has vivido la presencia del video?**

Cada pregunta que me hacía, me preguntaba: ¿ahora qué le digo?. He estado más pendiente de las preguntas que me hacía el paciente y de si yo le sabría responder. Me he sentido incapaz de responder y de concretar sus preguntas concretas.

Si yo estuviera en su lugar no me creería nada de lo que me dicen (el profesional/alumno). Lo que más me ha costado de responder son estas dos preguntas: ¿Qué me harás?, ¿qué es lo que tengo?.

No me sentí influenciada por el video una vez comenzó la sesión o la visita con el paciente. He acabado la carrera y es como empezar desde 0 otra vez.

### **Alumno\_18:**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?, ¿Cómo has vivido la presencia del video?**

La experiencia ha sido muy buena pues aprendes a moverte en situaciones como esta que no hemos vivido nunca. Esto en el hospital no se practica habitualmente ya que los pacientes llegan diagnosticados. Es una buena experiencia para una consulta privada ...al no haber ningún profesor mirándote actúas de una forma mucho más natural.

¿Te condicionó el hecho de saber que era un paciente simulado, o una situación simulada? Yo entré muy nerviosa en el primer momento, pero cuando ya estaba dentro actué como si estuviera ante un paciente normal.

**¿Qué modificarías del método de aprendizaje, basado en el PS?**

Yo lo encontré todo bastante natural y bien organizado...

El hecho de poder ver el video y aprender de los posibles errores me ha parecido muy bien.

**El hecho de que la experiencia no puntuara, ¿Cómo ha sido vivido por ti?, ¿te ha hecho estar más relajada?**

Para mí, ahora que estamos acabando, fue vivido como una prueba [personal] antes de salir a trabajar, para saber cómo lo haría ....a ver qué puedo mejorar ...creo que está bien ...No esperaba tampoco que me pusieran ninguna nota por esto..ya sabía que era un estudio.

**Alumno\_19:**

**¿Cómo te has visto en el video?, ¿Qué es lo que más te ha gustado o te ha llamado la atención de esta experiencia?**

A partir de la semana próxima realizaré una parte de mi periodo de prácticas clínicas, durante el verano, en el Hospital Universitario Juan XXIII, y creo que esta experiencia me ayudará a tener en cuenta diferentes aspectos que he aprendido durante esta experiencia...Han habido cosas que...por ejemplo la parte del final (de informar al paciente acerca de su posible diagnóstico de Fisioterapia, yo no lo he hecho). En general hay muchos aspectos que no hemos tocado mucho...aunque también hay que tener en cuenta que la situación no era real, estaba el video, pero creo que puedo aplicar muchas cosas que puedo mejorar y que he podido ver en el video.

**Alumno\_20:**

No ha asistido a la sesión de Feedback

**Alumno 1 (P. piloto)**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?**

Creo que falta ... realmente esta "oscuridad" que supone enfrentarte a alguien te enseña mucho, cuando encuentras a un "paciente" con estas características necesitas meterte en la situación.

Al verme en el video me he sentido raro, sobre todo por la voz, ya que no me reconocía. Para mí ha sido un reto, por qué le puede pasar esto o lo otro, etc...el hecho de tener que buscar el por qué es algo que me motiva, aunque no acierte...

En mi caso el video no me ha limitado, solo me hubiera faltado poder aplicar el tratamiento y para mí habría sido perfecto.

Mediante este método creo que te permite verte y entrenarte y repetir cómo es la experiencia ante situaciones similares. Para mí es un buen instrumento para aprender.

**Alumno 2 (P. piloto)**

**¿Cómo has valorado esta experiencia?, ¿Qué es lo que te ha llamado más la atención? ¿De que podría servirte a ti o a otros este instrumento de aprendizaje?**

Me ha llamado la atención el poder verme en medio de la situación, cómo hablas, cómo te mueves, normalmente nunca te ves (desde fuera) y a veces estás como un poco cohibido por la cámara y aunque no haya nadie, está la cámara y piensas más en hemos hecho estas pruebas en clase, a ver lo que tengo que hacer, qué no...No lo he visto mal. Me falta más estar con pacientes ...la práctica.

## Anexos

---

### **¿Recomendarías este tipo de prácticas a otros compañeros?**

Sí, sí, yo creo que nos hace falta en fisioterapia...claro, las prácticas de exploración las hacemos entre los mismos alumnos, ya que con grupos de 20 personas (aunque estemos de dos en dos) se hace un poco difícil y quizás podríamos hacer experiencias similares a esta desde primer curso.

### **¿Cuándo has hecho prácticas en los centros hospitalarios u otros? te han corregido acerca de: ¿cómo dirigirte al paciente?**

Solo en un centro me han corregido (fue en el centro...), allí si me dijeron que tenía que preguntar más lentamente o incidir más en este o en aquel aspecto relacionado con la comunicación...

### **Alumnos 3, 4 y 5 (P. piloto)**

No pudo realizarse la transcripción por que no pudo observarse el video debido a los problemas técnicos que surgieron el día de la interacción: alumno-PSE.

## **2. Información previa proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado**

### **2.1. Información general**

Tras enviar un mensaje al Forum virtual (Moodle) de la asignatura troncal “Estancias clínicas” se convocó a los alumnos (fecha y hora) para explicar nuestra propuesta de investigación.

### **2.2. Información proporcionada a los participantes**

#### **HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**

##### **Naturaleza del proyecto**

El proyecto de investigación para el que pedimos su participación tiene por título *“Nivel de habilidades de comunicación, con relación a la realización de la entrevista clínica, de los alumnos de Fisioterapia de la URV”*

El objetivo del estudio es valorar el nivel de habilidades de comunicación de los alumnos de Fisioterapia de la URV, utilizando como marco de referencia una situación de simulación en la que un paciente simula una determinada patología y el alumno de Fisioterapia lleva a cabo una entrevista clínica en donde deberá aplicar sus habilidades de comunicación. El proyecto puede ayudar a diseñar nuevas metodologías de aprendizaje que podrán revertir en la mejora de la calidad de la docencia. Se prevé que el estudio dure 12 meses.

Los investigadores responsables de este estudio pertenecen a la Universidad Rovira i Virgili, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

##### **Procedimientos**

La participación en el estudio consiste en:

- Realizar un encuentro con un paciente simulado al que deberá realizársele una entrevista clínica y una exploración para determinar el diagnóstico de Fisioterapia.
- Permitir que los investigadores puedan conocer y trabajar con datos como el expediente académico, el itinerario curricular, la edad de inicio de los estudios, etc.
- Responder a cuestionarios específicos de investigación para poder cuantificar el impacto, de los centros de prácticas clínicas o de la realización de determinadas asignaturas del currículo, sobre la adquisición de habilidades de comunicación.

Todos los datos recogidos se guardan informatizados en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún dato que pueda identificarlo.

#### **No podrá participar si**

- No está matriculado de 60 créditos (cómo mínimo) de las asignaturas obligatorias del itinerario curricular de 3º curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV.
- Se niega a ser incluido en el estudio o no quiere firmar el consentimiento informado.

#### **Beneficios y riesgos**

El beneficio del estudio es obtener datos relevantes que permitan activar nuevos métodos de aprendizaje con relación a la adquisición de habilidades de comunicación que revertirán en una mejoría de la práctica profesional de los futuros fisioterapeutas formados en la URV.

A corto plazo se obtendrán datos que permitan definir cuál es el estado de la situación respecto al nivel de habilidades de comunicación de los alumnos de Fisioterapia de la URV, y a largo plazo se podrán justificar nuevas estrategias docentes dirigidas a la formación en habilidades de comunicación.

En ningún caso Vd. como participante recibirá compensación económica. Los datos obtenidos por su participación serán analizados conjuntamente con los del resto de participantes para cumplir los objetivos de la investigación. No se le entregará ningún tipo de informe escrito sobre los resultados individuales obtenidos.

**No existe ningún posible efecto secundario.**

#### **Garantía de participación voluntaria**

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. En el caso de que Vd. acepte participar, sepa que se puede retirar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y que en tal caso serían retirados sus datos de los ficheros informáticos. Si da por terminada su participación no se le discriminará en el ámbito de su relación como alumno con esta universidad o en su participación en otros estudios. Además, los investigadores pueden dar por terminada su colaboración en caso de incumplimiento de su colaboración.

#### **Confidencialidad**

La Universidad y los investigadores se responsabilizan de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación y los datos del participante. El nombre y los datos que permitirán identificar al paciente solo constan en la historia clínica. Los investigadores utilizan códigos de identificación sin conocer el nombre de la persona a la que pertenece la muestra. Estos procedimientos



## Anexos

---

están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### Preguntas

Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga preguntas. Le responderemos lo mejor que podamos.

## 2.3. Hoja de consentimiento informado (a cumplimentar por el alumno)

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/La investigador **SALVADOR MONTULL MORER** informa al **alumno participante** o representante legal (familiar de referencia o tutor) Sr./ Sra. .... de la existencia de un Proyecto de investigación sobre las habilidades de comunicación en el área de la Fisioterapia y pide su participación.

**Título del Proyecto:** El proyecto de investigación para el que pedimos su participación tiene por título: **“Nivel de habilidades de comunicación, con relación a la realización de la entrevista clínica, de los alumnos de Fisioterapia de la URV”**

**Objetivos:** El objetivo del estudio es evaluar el nivel de habilidades de comunicación de los alumnos de Fisioterapia de 3r curso de la URV. El proyecto puede ayudar a diseñar nuevas metodologías de aprendizaje que podrán revertir en la mejora de la calidad de la docencia. Se prevé que el estudio dure 7 meses. Los investigadores responsables de este estudio pertenecen a la Universidad Rovira i Virgili, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

**Procedimientos:** La participación en el estudio consiste en:

- Realizar un encuentro con un paciente simulado al que deberá realizársele una entrevista clínica y una exploración para determinar el diagnóstico de Fisioterapia.
- Permitir que los investigadores puedan conocer y trabajar con datos de los participantes tales como: el expediente académico, el itinerario curricular, la edad de inicio de los estudios, etc.
- Responder a cuestionarios específicos de investigación para poder cuantificar el impacto, de los centros de prácticas clínicas o de la realización de determinadas asignaturas del currículo, sobre la adquisición de habilidades de comunicación, etc. A través del entorno virtual Moodle.
- Permitir la muestra de imágenes realizadas durante la interacción alumno-paciente simulado de forma pública con una finalidad estrictamente docente.

### Beneficios y riesgos:

El beneficio del estudio tiene que ver con la obtención de datos relevantes que permitirán activar nuevos métodos de aprendizaje con relación a la adquisición de habilidades de comunicación que revertirán en una mejora de la práctica profesional de los futuros fisioterapeutas formados en la URV. No existe ningún posible efecto secundario ni potencialmente dañino al participar en este estudio.

### Confidencialidad:

Todos los datos recogidos se guardan informatizados en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún dato que pueda identificarlo. El equipo investigador garantiza la confidencialidad respecto a la identidad del participante y por otra parte garantiza que la muestra y los resultados derivados de la investigación serán utilizados para los fines descritos y no otros.

En ningún caso usted como participante recibirá compensación económica alguna. Los datos obtenidos por su participación serán analizados conjuntamente con el resto de participantes para cumplir los objetivos de la investigación.

He sido informado de la naturaleza del estudio que se resume en esta hoja, he podido hacer preguntas para aclarar mis dudas y finalmente he tomado la decisión de participar, sabiendo que la decisión no afecta mi atención docente en el centro y que me puedo retirar del estudio en cualquier momento.

	Nombre y apellidos	Fecha	Firma
Alumno participante			
Informante	Salvador Montull Morer	4/03/2008	

## 3. Diseño del caso problema a realizar por el PSE

### 3.1. Diseño del caso 1

LABORATORI D'HABILITATS CLÍNiques

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

### CASOS PER PACIENTS ESTANDARDITZATS

Títol del cas: MAL D'ESQUENA – FISIOTERÀPIA (FAC.1)

NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ:

0

1

AUTOR/S PRINCIPALS:

Salvador Montull

## Anexos

---

Ramon Descarrega

### DADES DE CONTACTE:

ADREÇA: C/ Sant Llorenç 21; 43201 Reus

TELÈFON: 977-759353

e-mail: [salvador.montull@urv.cat](mailto:salvador.montull@urv.cat)

### AUTORS COMPLEMENTARIS (NOM I TELÈFON I e-mail)

DATA: març de 2008

### ESQUEMA DEL CAS: DADES ESSENCIALS

Títol del cas: MAL D'ESQUENA (FAC.1)

#### 1. COMPONENTS ESENCIALS AVALUATS

	PUNTS
* Anamnesi/obtenció d'informació	( )
* Exploració física	( )
* <b>Comunicació</b>	(x)
<b>PUNTUACIÓ TOTAL DEL CAS</b> .....	(100)

#### 2. NOMBRE D'ESTACIONS QUE COMPORTA

Una estació

#### 3. ACTIVITATS A DESENVOLUPAR EN CADA ESTACIÓ

- Estació 1: PACIENT ESTANDARITZAT

#### 4. NOMBRE DE MALALTS ESTANDARITZATS INCLOSOS

(MALALT, ACOMPANYANTS)

pacient acomp.1 acomp.2

**4.1 Grup d'edat**            **50 - 60**

**4.2 Sexe**                    **HOME**

**5. NECESSITATS TEMPORALS (en minuts)**

20'                    Estació 1

25'                    TEMPS TOTAL NECESSARI

**6. MOTIU DE CONSULTA**

Mal d'esquena des de fa 1 setmana

**7. DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL EN EUQE ES BASARÀ EL CAS/ PROBLEMES**

**FISIOTERÀPIA:** Lumbàlgia:

Component mecànic (identificació del nivell)

Component muscular (identificació del grup muscular)

Component neurològic

**I. SUMARI DEL CAS**

**1. MOTIU DE CONSULTA**

**1.1. Motiu de consulta en forma de situació de partida**

**FISIO:** Mal d'esquena des de fa 1 setmana

**1.2. Frase inicial**

"MIRI DOCTOR, TINC MAL D'ESQUENA I ABANS DE QUE AIXÒ VAGI A MÉS, M'HE DIT:  
VES A VEURE AL DOCTOR QUE JA NO ESTÀS PER FER EL VALENT"

## Anexos

---

### 2. MALALTIA/ PROBLEMA ACTUAL

Ara fa una setmana que hem vaig quedar com “enganxat” i encara tinc mal d’esquena.

Vais anar al metge i em va dir que en 1 setmana ja no em faria tant de mal.

Em fa mal aquí al darrera, als ronyons, tant a un costat com l’altre. Pot ser a l’esquerra em fa una mica més de mal.

De vegades és molt fort (fins i tot aquesta nit m’he despertat 3 o 4 vegades pel dolor) i hi ha estones que casi no ho noto, però marxar del tot no marxa mai.

Quan apreta més, sembla que se’n va cap a la zona dels glutis i aquí més cap a munt de la cadera, igual als 2 costats, tot i que una mica més a l’esquerra. I aquí en mig d’aquests ossos (vèrtebra L4-L5) també noto dolor.

Quan em fa més mal és quan dormo i em vull canviar de postura (des de decúbit supí a decúbit lateral), al aixecar-me del llit o quan estic dret o sentat sense recolzar l’esquena.

Agafar alguna cosa del terra és impossible.

No se si em fa més mal si m’acotxo cap endavant. Per si un cas no ho he provat, no sigui cosa que em quedi enganxat i ja em begut oli. Quan me’n recordo de prendre la medicació vaig una mica millor, però si no és per la meva dona no me’n recordo. Ah, i un altra cosa que em va bé és posar-me un coixí entre els genolls i dormir de costat i quan em canso poso aquest coixí sota els genolls i això va bé.

Si em fico calor (l’esterilla elèctrica que vaig comprar per la mare fa 5 anys) em millora una mica, però no es pensi que massa, eh!

He pres el que em va donar el metge pel dolor, ara no ho recordo....

Fa tres dies vaig pintar el sostre del lavabo i de la cuina i, la veritat, em vaig cansar força, perquè a mi les coses m’agrada fer-les ràpid, sense entretenir-me, i ja no sóc una criatura.

No m’ha semblat tenir febre.

Una vegada, fa uns 5 anys, traginant caixes per fer un trasllat, em vaig quedar ben fotut: enganxat i sense poder ni moure’m casi 8 dies. Tenia l’esquena com el ciment de dura. I

amb "fregues" d'esperit i aigua calenta em va marxar.

### 3. ANTECEDENTS PATOLÒGICS

Quan era jove em vaig trencar la casoleta de la cama dreta perquè vaig saltar des de dalt d'un camion i no sé pas com m'ho vaig fer però vaig picar amb el genoll. Des d'aleshores que aquest genoll ja no ha anat bé, i ara, quan canvia el temps o pujo escales, mare meva!, veig les estrelles!!

Fa 3 anys vaig tenir una angina de pit. Vaig anar de pressa a buscar vi a la bodega perquè es feia tard i, a mig del carrer, casi que em plego. Renoi quin dolor !!. Vaig estar una setmana a l'Hospital on, per cert, em van tractar molt bé. Tenia una doctora molt amable,... com es deia, ara ?... Si..., no la coneix vostè?

Des d'aleshores no he tornat a tenir dolor.

Aixó del cor m'ho controla cada any el cardiòleg de la carretera de Riudoms.

Mentre vaig estar ingressat em van dir que tenia el sucre una mica aixecat. Em van dir que fes una dieta, però al cap de 3 ó 4 mesos, estava pels núvols i em van haver de donar pastilles.

Al CAP em miren el sucre cada 4 ó 5 mesos. Em van dir que em comprés una maquineta però, escolti, jo no n'entenc d'aquestes coses.

La tensió la tinc una mica alta. Hauria de menjar sense sal, però és tan dolent! La infermera em diu que m'aprimi, però això és diu molt aviat, i jo, que m'agrada tot, doncs ja em dirà.

Per la tensió prenc unes pastilles, però quan em trobo bé me les deixo.

El colesterol també em van dir que el tinc una mica aixecat i que he de menjar sense greixos. No em van donar pastilles.

No m'han operat mai de res.

Normalment a la nit em dormo de seguida, però a les 5 del matí ja estic despert. Aleshores

## Anexos

---

em fico a escoltar les notícies a la ràdio fins que es fa de dia. Des de fa 1 setmana, amb aquest mal d'esquena em desperto més vegades i no tinc ganas ni d'escoltar la radio.

### **4. TRACTAMENT DE FISIOTERÀPIA O DE REHABILITACIÓ**

Mai he anat a que em facin això de la fisioteràpia.....coneixia a un massatgista que em feia fregues però ara quan em fa mal vaig al metge.

### **5. MEDICACIÓ. IMMUNITZACIONS**

Pel cor només prenc unes pastilles que es diuen "A.S." o alguna cosa així, que es com Aspirina®. Una cada dia. I a més tinc unes petitetes per ficar-me sota la llengua si tornés a tenir dolor. No n'he fet servir mai cap. Tots els pots que he comprat m'han caducat, ara !, Déu volgui que segueixi així, eh !!

Pel sucre em prenc el Euglucon®, una amb l'esmorçar, una amb el dinar i una altra per sopar.

Les pastilles de la tensió són l'Acuprel®, i segons em trobo me'n prenc una cada dia.

Quan em fa molt de mal el genoll em fico supositoris de Naprosyn® una setmaneta i em va molt bé.

### **6. ENTORN SOCIAL**

Jo feia de camioner al moll. Però amb allò del cor, l'empresa, que no anava massa bé, em va dir: Joan, et fem la jubilació anticipada ara i tot això que guanyaràs. La veritat és que llavors se'm va caure el mon, però ara estic molt bé.

Sóc l'encarregat de portar els comptes i d'organitzar les activitats d'un casal per gent gran i, escolti, estic tot el dia enfeinat.

## **7. ENTORN FAMILIAR**

Em vaig casar als 25 anys.

La meva dona en té 5 menys que jo. Des que em va passar allò del cor que està molt pesada amb tot: que si el menjar, que si les pastilles, que si m'engreixo,... I jo, sap que faig, li dic que tinc feina i me'n vaig i, això si, faig el que vull. Però me l'estimo molt. No sé que faria sense ella!!

Tinc 3 filles. Dues ben casades i la petita es casa el mes que ve, miri, precisament amb un noi que és metge a Badalona.

El meu pare i el germà gran van morir del cor. L'altre germà (el petit) és 10 anys més petit que jo i està a Monsó. Que jo sàpiga està bé. La mare va morir quan va néixer aquest germà, el petit.

## **8. CARACTERÍSTIQUES DE LA INFORMACIÓ DONADA PEL PACIENT**

Lumbalgia

No porta gens bé el tema del dolor i vol que algú li tregui aquest dolor.

### **II. DESCRIPCIÓ DEL MALALT ESTANDARITZAT**

#### **1. APARENÇA GENERAL**

Vestit amb camisa i jersey, i pantalons.

Estat general afectat pel dolor però intentant de posar-li bon humor. Li costa seure i aixecar-se i sovint tocaments a la zona de l'esquena. També li costa estar dret o sentat sense recolzar l'esquena o almenys fa ademans de voler recolzar l'esquena per evita el dolor.

Fa comentaris oberts si les maniobres d'exploració física li molesten.



## Anexos

---

### 2. TROBALLE A L'EXPLORACIÓ FÍSICA

MANIOBRA EXPLORATÒRIA	TROBALLA
Palpació muscular (zona lumbar Esquerra/dreta)	Molèsties a la zona lumbar dreta i esquerra
Palpació als nivells articulars L4 – L5	Dolor
Compressió vertebral	Impossibilitat pel dolor
Tracció vertebral	
Mobilització activa i passiva de la columna	
Transferències (passar de sedestació a DC/S i vice-versa o de sedestació a bipedestació i vice-versa)	Dolor però no impossibilitat. Ho fa amb dificultat

### 3. ELEMENTS COMUNICATIUS

#### A- Patró comunicatiu

Col·laborador però molt xerraire. Té històries per explicar sobre qualsevol cosa. Explica les coses amb molta salsa i expressions: "miri", "escolti", "carai", "caram",... La seqüència temporal és una mica desordenada.

#### B- Tó emocional

Una mica preocupat pel dolor però intenta disimular-ho xerrant continuament aparentant que ell ho pot superar. Es fica a la defensiva si se li recrimina algun aspecte sobre el seu estat de salut.

**C- Preguntes repte del pacient** (cal descriure també el moment en que s'emetrà cada repte)

"Escolti, però és molt jovenet vosté, no? Quants anys té? Ah!, ja ho entenc: vostè em

pregunta ara i després vindrà el Fisioterapeuta que en sap, oi?”

Pot dir-ho de forma espontània en qualsevol moment.

Així doncs, què creu que em passa?, és greu això?

### III. POSSIBLES ESCENARIS

(\*) Consulta espontània en un Centre d'Atenció Primària (CAP)

### IV. MATERIAL ACCESSORI PEL CAS

#### 1. MOBILIARI I ACCESSORIS

- Taula de despatx
- Cadires (nombre: 2)
- Litera d'exploracions
- Llençols
- Martell de reflexos
- Goniòmetre
- Cinta mètrica

### V. LLISTAT AVALUATIU: ANAMNESI LUMBÀLGIA

1.Localització	Em fa mal aquí al costat esquerra i també al dret, a la ronyonada i una mica al mig.
2.Irradiació	Quan apreta més, sembla que se'n va cap a la zona glútia i cap a la cadera.
3.Duració	Fa 1 setmana em vaig quedar com enganxat quan la meva dona em va fer agafar una capsa del terra plena de coses per endreçar (moviment: Flexió i rotació de tronc). Ara encara em fa mal puc fer força coses però amb dificultat.
4.Qualitatiu	Primer era com un dolor continu, però des de fa 3 dies no em fa tant de mal, tot i que quan faig alguns moviments o quan

## Anexos

---

- no recolzo l'esquena em fa mal.
- 5.Quant./Intensitat De vegades és molt fort (fins i tot aquesta nit m'he despertat 3 o 4 vegades pel dolor) i hi ha estones que casi no ho noto, però marxar del tot no marxa mai.
- 6.Símt. acomp. No febre / no malestar/ no pèrdua de pes.
- 7.Fact. alleujadors Si em fico escalfor millota una mica, recolzar l'esquena, no fer moviments amb l'esquena i dormir amb un coixí entre els genolls quan dormo de costat o a sota els genolls quan dormo de panxa cap a munt.
- 8.Fact agreujadors Aixecar-me i seure. Estar dret o sentat sense recolzar l'esquena (quan està dret ha de recolzar les mans a una cadira o a una taula o s'ha de recolzar contra la paret). També li molesta mésen el llit quan ha de canviar de posició. A l'intentar fer moviments amb l'esquena en qualsevol sentit (Flexió, Extensió, Inclinacions, Rotacions o moviments combinats), per això s'ha de moure amb bloc.
- 9.Episodis previs Una vegada, fa uns 5 anys, traginant caixes per fer un trasllat, em vaig quedar ben fotut: enganxat i sense poder ni moure'm casi 8 dies.
10. Antec. traumàtic No m'he donat cap cop ni he caigut.
11. Antec.patològics Quan era jove em vaig trencar la cassoleta. Fa 3 anys vaig tenir una angina de pit / el sucre una mica aixecat / una mica de colesterol / HTA.
- 12.Al.lèrgies No sóc al.lèrgic a res.
- 13.Medicació A.A.S.; Euglucon; Acuprel.
14. Act. laboral Jo feia de camioner al moll. Encarregat de portar els comptes i d'organitzar les activitats d'un casal per gent gran.
15. Antec. familiars El meu pare i el germà gran van morir del cor.

## VI. ALTRES COMENTARIS REFERENTS AL CAS

Es tracta d'un cas amb finalitat avaluativa y **formativa** pensat pels estudiants de 3r. curs de Fisioteràpia. Aquesta activitat s'emmarca dintre el projecte de DEA previ a la realització de la tesi doctoral en el Master de Tecnologia educativa: -e learning i gestió del coneixement.

Els objectius són avaluar les habilitats de comunicació dels alumnes de Fisioteràpia per tal d'emprendre accions formatives en aquest sentit. L'alumne tindrà l'oportunitat de visualitzar el seu encontre amb el PSE.

No s'incorporen elements de diagnòstic, pla de maneig ni judici clínic.

### 4. Información relativa al encuentro: alumno –PSE (para el alumno)

#### 4.1. Normas para el alumno

##### ACTIVITAT AMB EL PACIENT SIMULAT (ALUMNES DE 3r CURS JA INSCRITS EN L'ACTIVITAT)

Els alumnes que participen en aquesta activitat han de tenir en compte els següents aspectes:

1. El **material necessari** per fer la interacció estarà dintre de la consulta (goniòmetre, cinta mètrica, full de Fisioteràpia). Cal portar un bolígraf.
2. Caldrà dur l'**uniforme** o almenys la part de dalt de l'uniforme.
3. Els alumnes que vulguin **canviar-se de roba** ho podran fer als lavabos de la planta baixa i guardar la roba al Despatx núm. 3, porta 1.
4. **L'entrevista es realitzarà a l'aula de recerca en Fisioteràpia** (planta baixa al costat de consergeria).
5. Pel desenvolupament de l'activitat **es prega que sigueu puntuals** (estar 45 minuts abans de la realització de la interacció) en relació als horaris previstos.
6. **L'enquesta que heu de realitzar es farà** al Despatx núm. 3, porta 2.
7. Abans d'entrar a la consulta **l'alumne podrà llegir la situació de partida:**
  - Informació del pacient que visitarà.
  - Tasques que ha de fer
  - Temps de que disposa
8. **A l'hora assenyalada l'alumne ha d'entrar a la consulta** i començar l'entrevista amb el pacient. També **ha d'abandonar** la sala quan faci 20 minuts que ha començat l'entrevista.

## Anexos

---

9. **Durant l'entrevista pot preguntar tota la informació que consideri pertinent pel cas. L'exploració física està limitada:** pot fer despullar al pacient excepte la roba interior. **NO ES POT REALITZAR L'EXPLORACIÓ DE L'ÀREA GENITAL.**
10. En tot moment hi haurà personal que coordinarà el bon desenvolupament de la realització d'aquesta activitat on podreu **plantejar els vostres dubtes.**

### 4.2. Situación de partida

#### SITUACIÓ DE PARTIDA

##### CONSULTA EXTERNA DE FISIOTERÀPIA

Pacient de **65 anys d'edat** que ha estat derivat per primera vegada a aquest Servei pel reumatòleg amb el diagnòstic de **lumbàlgia mecànica**.

Disposa de **20 minuts per:**

- Fer l'**anamnesi** ajustada al problema clínic.
- Fer l'**exploració física** ajustada al problema clínic.
- Comentar-li al pacient la seva **impressió diagnòstica** i el pla de tractament.

Recordeu que **no es pot realitzar** l'exploració de la zona genital

Reus, 4 / 18 d'abril de 2008

## 5. Recogida de datos y resultados

### 5.1. Planificación de la recogida de datos

Mostramos en la **Tabla 120** la planificación seguida para la recogida de datos durante el primer ciclo (Fase diagnóstica).

Aspectos de la Planificación	Modo de obtención	Cronograma
<b>Obtención y cumplimentación de la Hoja de consentimiento informado</b>	Convocatoria: alumnos de 3º curso para informar de la actividad (Foro de comunicación: entorno Moodle)	4 -03 - 2008
	Realización de una charla informativa presencial, donde se explican los aspectos más relevantes del estudio y se contestan las dudas. Entrega de la hoja de consentimiento informado y cumplimentación de la misma.	6 – 03 -2008
	Recogida de de la hoja de consentimiento informado.	13 – 03 - 2008
<b>Obtención del listado definitivo de los alumnos de la muestra</b>	Constitución de 2 grupos de alumnos (Excel): - <b>Grupo piloto</b> (5 alumnos) - <b>Grupo definitivo</b> (20 alumnos)	25 – 03 - 2008
	Comunicación de la fecha y hora de la interacción con el PSE.  (Lista de distribución del entorno y foro de comunicación del Moodle).	
<b>Realización de la Prueba piloto y definición de las modificaciones</b>	Comunicación de la convocatoria a los alumnos (entorno Moodle): Lugar, fecha, hora y recomendaciones.	2 – 04 - 2008
	Envío de las encuestas 2 y 3 a los profesores responsables de asignaturas y de prácticas clínicas.	
<b>Realización de la Prueba definitiva</b>	<b>Comunicación de la convocatoria para el encuentro entre el PSE y el alumno</b> (entorno Moodle): Lugar, fecha, hora y recomendaciones.	4/ 04/ 2008 18/ 04/2008
	<b>Cumplimentación de las encuestas número 2 y 3 por parte de los profesores</b> de las asignaturas y de los centros de prácticas de la tipología (envío por correo electrónico).	de: 22/05/08 a 22/06/08
	<b>Digitalización</b> de la videograbación del encuentro entre el alumno y el PSE (Programa: Windows Movie Maker).	de: 21/04/08 a 21/05/08
	<b>Visualización de la video grabación</b> (observador externo experto y alumno) y obtención de <b>Feedback</b> por parte del alumno (Comunicación de la convocatoria, grabación audio y transcripción del documento de la grabación)	de: 22/05/08 a 30/08/2008

**Tabla 120.** Anexo. Planificación de la recogida de datos (Ciclo I, Fase diagnóstica)

## Anexos

### 5.2. Análisis del nivel de concordancia interobservador (Escala CICAA)

Se muestran en la **Tabla 121** los resultados relacionados con el análisis de concordancia interobservador (índice de Kappa) para cada una de las preguntas de la Escala CICAA.

Pregunta	INDICE KAPPA	ERROR ESTÁNDAR		p
		(asumiendo alternativa)	la hipótesis	
1	0,385	0,174		0,014
2	0,508	0,245		0,003
3	0,479	0,191		0,024
4	0,597	0,153		<0,001
5	0,741	0,133		<0,001
6	0,542	0,150		<0,001
7	0,745	0,136		<0,001
8	0,633	0,167		<0,001
9	0,350	0,169		0,039
10	0,350	0,169		0,039
11	0,375	0,149		0,011
12	0,840	0,105		<0,001
13	1,000	0,000		<0,001
14	0,769	0,142		<0,001
15 (*)	80%			
16	1,000	0,000		<0,001
17	1,000	0,000		<0,001
18	0,520	0,229		0,001
19	0,403	0,253		0,029
20	0,595	0,146		<0,001
21	0,517	0,125		<0,001
22	0,692	0,130		<0,001
23	0,520	0,155		0,001
24	0,680	0,143		<0,001
25 (*)	90%			
26	0,910	0,088		<0,001
27	0,558	0,174		0,001
28	0,785	0,143		<0,001
29	0,718	0,143		<0,001

**Tabla 121.** Anexo. Análisis de concordancia interobservador (CICAA 1 y CICAA 2)

(\*): Al no poderse calcular el índice de kappa, se muestra el índice de concordancia simple en porcentaje

## **Anexo 2: Ciclo I. Propuesta y acción formativa I (2009-10)**

### **1. Cuestionarios y Encuestas**

Se enumerarán los cuestionarios y encuestas utilizados, pero solo se expondrán aquellos que o bien se hayan introducido de nuevo o que hayan sufrido modificaciones respecto a los utilizados hasta el momento.

#### **1.1. Escala MAPE 2**

Es idéntica a la que se muestra en el Anexo I.

#### **1.2. Cuestionario CICA**

Es idéntico al que se muestra en el Anexo I.

#### **1.3. Encuesta 1-PF I**

Realizada por los alumnos del Grupo de intervención durante el Ciclo I (P. Formativa I), tras entrevistar al paciente simulado 1 (PSE 1).

#### **ENQUESTA 1-PF I**

Codi alumne:

Data:

#### **ENQUESTA ALUMNES (POST INTERACCIÓ AMB EL PSE 1)**

#### **I. PERCEPCIÓ SUBJECTIVA DE L'ENTREVISTA AMB EL PACIENT SIMULAT**

1. El que més t'ha agradat de la interacció amb el pacient simulat ha estat?
2. El que menys t'ha agradat d'aquesta experiència ha estat?
3. Recomanaries a un altre company teu de la carrera fer la interacció amb un Pacient Simulat?  
**SI**  **NO**

**Per què?**



## Anexos

---

### II. PERCEPCIÓ DE LA FORMACIÓ REBUDA DURANT L'ASSIGNATURA ESTADES CLÍNQUES (MÒDUL: HABILITATS DE COMUNICACIÓ APLICADES A L'ENTREVISTA CLÍNICA)

1. El que més t'ha agradat del Mòdul d'habilitats de comunicació ha estat?
2. El que menys t'ha agradat del mòdul d'habilitats de comunicació ha estat?

### III. PERCEPCIÓ: GRAU DE COMPRESIÓ TEÒRICA FASES DE L'ENTREVISTA CLÍNICA

1. El teu grau de comprensió teòrica en relació a les Fases de l'entrevista clínica es en aquest moment?

#### a. Fase inicial

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

#### b. Fase de recollida de la informació

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

#### c. Fase d'examen físic

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

#### d. Fase d'explicació i de planificació

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

#### e. Fase de tancament

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

**IV. PERCEPCIÓ: GRAU D'HABILITATS COMUNICATIVES ADQUIRIDES, EN AQUEST MOMENT, PER REALITZAR L'ENTREVISTA CLÍNICA**

1. El teu grau de coneixement pràctic en el maneig de les habilitats de comunicació aplicades a l'entrevista clínica es?

**a) Fase inicial**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

**b) Fase de recollida de la informació**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

**c) Fase d'examen físic**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

**d) Fase d'explicació i de planificació**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

**e) Fase de tancament**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
DEFICIENT		INSUFICIENT		SUFICIENT		NOTABLE		EXCEL·LENT	

2. El que t'ha suposat més dificultat en la realització d'aquest mòdul ha estat?
3. Recomanaries a un altre company teu de la carrera fer el mòdul de formació en habilitats de comunicació que tu has fet?

SI  NO

## Anexos

---

Per què?

4. Vols afegir qualsevol altre comentari relacionat amb les habilitats de comunicació en general i les habilitats dirigides a la realització de l'entrevista clínica?

### 1.4. Encuesta 2-PF I

Realizada por los alumnos del Grupo de intervención durante el Ciclo I (P. Formativa I), tras entrevistar al paciente simulado 2 (PSE 2). Únicamente introduciremos la parte de la Encuesta que aporta información novedosa, respecto a la Encuesta 1-PFI y que corresponde al apartado IV "D'altres percepcions".

#### ENQUESTA 2-PF I

Codi alumne:

Data:

#### IV. D'ALTRES PERCEPCIONS

1. El que t'ha suposat més dificultat i que consideres que caldria millorar ha estat...?
2. El que t'ha resultat més fàcil al realitzar aquesta entrevista ha estat...?
3. Què has millorat respecte a l'entrevista anterior (anomena els aspectes comentats a la sessió de feedback o d'altres que hagi identificat)?
4. Quins aspectes necessites continuar millorant (en relació als que ja vas identificar en l'entrevista anterior o que es van comentar en la sessió de feedback)?

Vols afegir qualsevol altre comentari?

### 1.5. Encuesta 3-PF I

Realizada por los alumnos del Grupo de intervención durante el Ciclo I (P. Formativa I), tras entrevistar al paciente simulado 3 (PSE 3). Únicamente introduciremos la parte de la Encuesta

que aporta información novedosa, respecto a las encuestas: Encuesta 1-PFI y Encuesta 2-PFI y que corresponde al apartado V “Grau d’implicació d el’alumne (entrevistes als PSE)”.

### ENQUESTA 3-PF I

Codi alumne:

Data:

#### V. GRAU D’IMPLICACIÓ DE L’ALUMNE (ENTREVISTES ALS PSE)

1. Quin ha estat el teu grau d’implicació al realitzar cadascuna de les entrevistes (“implicar-se” vol dir en aquest cas actuar com si estiguessis davant d’una situació real). Encercla el nombre que consideris.

##### a) Entrevista 1 (Pacient 1)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

##### b) Entrevista 2 (Pacient 2)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

##### c) Entrevista 3 (Pacient 3)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 1.6. Encuesta 4-PF I

Realizada por los alumnos del **Grupo control** durante el Ciclo I (P. Formativa I), tras entrevistar al paciente simulado 3 (PSE 3). Es una encuesta idéntica a la utilizada por los alumnos del GI que entrevistaron al PSE 3. La única diferencia estriba en que se les pregunta por si grado de implicación, en relación al paciente que entrevistaron.

## Anexos

---

## 2. Información proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado

### 2.1. Información general

En nuestro caso se envió un mensaje al Forum virtual (Moodle) de la asignatura troncal “Estancias clínicas” para explicar a los alumnos nuestra propuesta de investigación.

### 2.2. Información proporcionada a los participantes

Se convocó a los alumnos a una sesión informativa relacionada con la implementación de esta actividad y antes de que firmaran la Hoja de consentimiento informado se les dio esta hoja informativa. Durante la sesión se preguntó por las posibles dudas que pudieran surgir.

#### Naturaleza del proyecto

El proyecto de investigación para el que pedimos su participación tiene por título *“Métodos de enseñanza-aprendizaje de habilidades de comunicación, aplicados al manejo de la entrevista clínica, en el caso de los alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV”*

El objetivo del estudio es diseñar, aplicar, y evaluar el resultado de la aplicación de diferentes métodos docentes para facilitar el aprendizaje de habilidades de comunicación en el marco de la entrevista clínica de Fisioterapia.

El proyecto puede ayudar a diseñar nuevas metodologías de aprendizaje que podrán revertir en la mejora de la calidad de la docencia. Se prevé que el estudio dure 9 meses.

Los investigadores responsables de este estudio pertenecen a la Universidad Rovira i Virgili, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

#### Procedimientos

La participación en el estudio consiste en:

- Formar parte activa de un programa de formación específico relacionado con la adquisición de habilidades de comunicación.

- Realizar un encuentro con un paciente simulado al que deberá realizársele una entrevista clínica y una exploración para determinar el diagnóstico de Fisioterapia.
- Aceptar que el encuentro (alumno – paciente simulado) pueda ser grabado mediante una cámara de video para facilitar el aprendizaje mediante la observación.
- Permitir que los investigadores puedan conocer y trabajar con los siguientes datos: el itinerario curricular, la edad de inicio de los estudios universitarios, antecedentes laborales relacionados con la atención al público, etc.
- Responder a cuestionarios específicos de investigación para poder cuantificar el impacto, de los centros de prácticas clínicas o de la realización de determinadas asignaturas del currículo, sobre la adquisición de habilidades de comunicación.

Todos los datos recogidos se guardan informatizados en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún dato que pueda identificarlo.

#### **No podrá participar si**

- No esta matriculado en la asignatura “Estancias clínicas”.
- Se niega a ser incluido en el estudio o no quiere firmar el consentimiento informado.

#### **Beneficios y riesgos**

El beneficio del estudio es *obtener datos relevantes que permitan diseñar, aplicar y evaluar nuevos métodos de enseñanza-aprendizaje con relación a la adquisición de habilidades de comunicación*, que revertirán en una mejoría de la práctica profesional de los futuros fisioterapeutas formados en la URV.

En ningún caso Vd. como participante recibirá compensación económica. Los datos obtenidos por su participación serán analizados conjuntamente con los del resto de participantes para cumplir los objetivos de la investigación. No se le entregará ningún tipo de informe escrito sobre los resultados individuales obtenidos. No existe ningún posible efecto secundario.

#### **Garantía de participación voluntaria**

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. En el caso de que Vd. acepte participar, sepa que se puede retirar en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y que en tal caso serían retirados sus datos de los ficheros informáticos. Si da por terminada su participación no se le discriminará en el ámbito de su relación como alumno con esta universidad o en su participación en otros estudios. Además, los investigadores pueden dar por terminada su colaboración en caso de incumplimiento de su colaboración.

## Anexos

---

### Confidencialidad

La Universidad y los investigadores se responsabilizan de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación y los datos del participante. El nombre y los datos que permitirán identificar al paciente solo constan en la historia clínica. Los investigadores utilizan códigos de identificación sin conocer el nombre de la persona a la que pertenece la muestra. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal.

### Preguntas

Llegado este momento le damos la oportunidad de que, si no lo ha hecho antes, haga preguntas. Le responderemos lo mejor que podamos.

## 2.3. Hoja de consentimiento informado

Una vez leída la Hoja informativa se procedió a la firma de la hoja de consentimiento informado por parte del alumno.

El/La investigador **SALVADOR MONTULL MORER** informa al **alumno participante** o representante legal (familiar de referencia o tutor) Sr./ Sra. .... de la existencia de un Proyecto de investigación sobre las habilidades de comunicación en el área de la Fisioterapia y pide su participación.

**Título del Proyecto:** El proyecto de investigación para el que pedimos su participación tiene por título: *“Métodos de enseñanza-aprendizaje de habilidades de comunicación, aplicados al manejo de la entrevista clínica, en el caso de los alumnos de tercer curso de la Diplomatura de Fisioterapia de la URV”*

**Objetivos:** El objetivo del estudio es diseñar, aplicar, y evaluar el resultado de la aplicación de diferentes métodos docentes para facilitar el aprendizaje de las habilidades de comunicación en el marco de la entrevista clínica (Fisioterapeuta - paciente). El proyecto puede contribuir a mejorar las habilidades de comunicación de los alumnos de Fisioterapia en el momento presente y en el futuro. Se prevé que el estudio dure 9 meses. Los investigadores responsables de este estudio pertenecen a la Universidad Rovira i Virgili, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

**Procedimientos:** La participación en el estudio consiste en:

- Formar parte activa de un programa de formación específico relacionado con la adquisición de habilidades de comunicación.

- Realizar un encuentro con un paciente simulado al que deberá realizársele una entrevista clínica y una exploración para determinar el diagnóstico de Fisioterapia donde se grabará, mediante cámara de video, el encuentro entre ambos.
- Permitir la muestra de imágenes realizadas durante la filmación (encuentro: alumno-paciente simulado) con una finalidad estrictamente docente.
- Permitir que los investigadores puedan conocer y trabajar con los siguientes datos: el itinerario curricular, la edad de inicio de los estudios universitarios, antecedentes laborales relacionados con la atención al público, etc.
- Responder a cuestionarios específicos de investigación para poder cuantificar el impacto, de los centros de prácticas clínicas o de la realización de determinadas asignaturas del currículo, sobre la adquisición de habilidades de comunicación.

#### **Beneficios y riesgos:**

El beneficio del estudio tiene que ver con la obtención de datos relevantes que permitirán activar nuevos métodos de aprendizaje con relación a la adquisición de habilidades de comunicación que a su vez revertirán en una mejora de la práctica profesional de los futuros fisioterapeutas formados en la URV. No existe ningún posible efecto secundario ni potencialmente dañino al participar en este estudio.

#### **Confidencialidad:**

Todos los datos recogidos se guardan informatizados en unos ficheros especialmente diseñados para la investigación y en ellos no aparece ni su nombre ni ningún dato que pueda identificarlo. El equipo investigador garantiza la confidencialidad respecto a la identidad del participante y por otra parte garantiza que la muestra y los resultados derivados de la investigación serán utilizados para los fines descritos y no otros.

En ningún caso usted como participante recibirá compensación económica alguna. Los datos obtenidos por su participación serán analizados conjuntamente con el resto de participantes para cumplir los objetivos de la investigación. He sido informado de la naturaleza del estudio que se resume en esta hoja, he podido hacer preguntas para aclarar mis dudas y finalmente he tomado la decisión de participar, sabiendo que la decisión no afecta mi atención docente en el centro y que me puedo retirar del estudio en cualquier momento.

	<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Fecha</b>	<b>Firma</b>
<b>Alumno participante</b>			
<b>Informante</b>	Salvador Montull Morer	15-10-2009	



## Anexos

---

### 3. Diseño de los casos problema a realizar por los PSE

#### 3.1. Caso 1 (PSE 1)

Se utiliza el diseño del caso 1 ya utilizado durante la Fase diagnóstica (Ciclo I).

#### 3.2. Caso 2 (PSE 2)

LABORATORI D'HABILITATS CLÍNIQUES

**FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT**

**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

#### **CASOS PER PACIENTS ESTANDARDITZATS**

Títol del cas: CERVICÀLGIA – FISIOTERÀPIA (FAC.1)
---

NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ:
-------------------------

0
---

2
---

AUTOR/S PRINCIPAL/S

NOM: S. Montull / R. Descarrega

DADES DE CONTACTE:

ADREÇA: C/ Sant Llorenç 21; 43201 Reus

TELÈFON: 977 759353 FAX:

E-MAIL: [salvador.montull@urv.cat](mailto:salvador.montull@urv.cat)

AUTOR/S COMPLEMENTARI/S (NOM I TELÈFON /FAX):

DATA: novembre 2009

## ESQUEMA DEL CAS. DADES ESSENCIALS

**Títol del cas:** MAL DE COLL (FAC.1)

1. COMPONENTS COMPETENCIALS AVALUATS

	PUNTS
* Anamnesi/obtenció d'informació	( )
* Exploració física	( )
* <b>Comunicació</b>	(x)
<b>PUNTUACIÓ TOTAL DEL CAS</b>	<b>(100)</b>

2. NOMBRE D'ESTACIONS QUE COMPORTA: 1

3. ACTIVITATS A DESENVOLUPAR EN CADA ESTACIÓ:

-estació 1: PACIENT ESTANDARDITZAT

4. NOMBRE DE MALALTS ESTANDARITZATS INCLOSOS: 1  
(MALALT, ACOMPANYANTS)

	<b>pacient</b>	<b>acomp.1</b>	<b>acomp.2</b>
--	----------------	----------------	----------------

4.1 **Grup d'edat:** 40-45 a

4.2 **Sexe:** home

5. NECESSITATS TEMPORALS (en minuts)

20 ' Estació 1

25 ' TEMPS TOTAL NECESSARI

6. MOTIU DE CONSULTA

Dolor cervical que ha empitjorat els últims 15 dies

## Anexos

---

### 7. DIAGNOSTIC DIFERENCIAL EN QUE ES BASARÀ EL CAS / PROBLEMES QUE L'EXAMINAT/DA HAURÀ DE DETECTAR

**FISIO:** Cervicàlgia:

Component mecànic (identificació del nivell)

Component muscular (identificació del grup muscular)

#### I. **SUMARI DEL CAS:**

##### **1. MOTIU DE CONSULTA**

1.1. Motiu de consulta en forma de situació de partida

1.2. Frase inicial

"MIRI, TINC MAL DE COLL I VULL SABER SI VOSTÉ EM POT AJUDAR JA QUE NO M'ACABA DE MILLORAR, HE ANAT AL METGE DE CAPÇALERA, AL ESPECIALISTA DE LA MÚTUA... I NINGÚ M'ACABA DE SOLUCIONAR AQUEST PROBLEMA"

##### **2. MALALTIA/PROBLEMA ACTUAL**

Ara fa 4 setmanes que em noto sovint un dolor aquí al coll (S'ASSENIALA AMB LA MÀ A LA PART DRETA DEL COLL) que no em deixa descansar ni treballar.

Vaig anar al metge de capçalera (fa 1 mes o... pot ser més) i em va dir que en 2 setmanes ja no em faria tant de mal, m'ha visitat l'especialista dels ossos de la mútua i ja n'estic una mica cansat, doncs ja he donat molts toms, massa toms i encara em fa mal.

Em fa mal aquí, a tot el coll tant a un costat com l'altre. Pot ser el costat dret em fa una mica més de mal.

De vegades aquest dolor és molt fort (fins i tot quan estic assegut al sofà o quan estic dormint ..., de vegades aquest dolor em desperta doncs no se com em tinc que posar ...) i hi ha estones que no em molesta tant, però no acaba de marxar!.

Quan em fa més mal es com si em clavessin 1 punxada aquí al darrera (zona del coll) i també em molesta aquí a l'espatlla dreta i de vegades el dolor em baixa cap el braç... (de fet es queda aquí al braç i em costar de dir com es ... )

Com li deia, de vegades també em fa mal quan dormo o quan em vull canviar de postura (quan dormo cap a dalt i em vull posar de costat... si vull posar-me cap a vall no ho puc fer pel dolor). Sap el que em passa? No tinc la sensació d'haver descansat quan m'aixeco pel matí.

Agafar coses del terra o girar el coll m'és impossible, de vegades quan em fa molt de mal el que em va bé és recolzar el cap al sofà i no moure'm. Clar amb tot això no puc treballar i em truquen cada dia de la feina... volen saber quan tornaré a treballar. Com tinc que anar a treballar si no puc i no se on anar per que em curin!! (Ho diu amb un tó enfadat)

El metge em va donar unes pastilles (no recordo com es deien) que em baixen una mica el dolor i unes altres que em donen una mica de son, però, vol que li digui una cosa? al final tampoc em treuen tot el dolor.

Una veïna em va dir que si em posava calor (amb una estora d'aquestes elèctriques) m'aniria bé, però sap? em noto bé una estoneta, però després em torna a fer mal. Aquesta veïna també em va dir que provés una crema que dona escalfor... però no hi crec massa amb aquestes coses sap?

No recordo haver fet res de nou del que faig normalment i que hem pugues provocar aquest dolor. Si que ara fa mig any, quan estava parat amb el cotxe a un semàfor aquí a Reus vaig rebre un petit cop pel darrera. Vaig notar unes molèsties uns quants dies però després em va anar baixant. Vaig anar a un massatgista (3 sessions/setmana) i el dolor em va marxar força.

Ara farà 1 mes mentre manejava capsos allà a l'empresa vaig notar un dolor aquí al coll que ja no va marxar. El que feia era ordenar capsos des d'una taula a uns prestatges pot ser massa alts... però ves a saber per que ho tinc això!! De què pot ser? No ho se! Ja sigui per la feina, ara ens fan anar com a coets d'un lloc a un altre i es possible que traginant algun pes fes un mal gest,..... Jo que se!! El que es veritat és que estic cansat de donar

## Anexos

---

tants tombs que si el metge, que si l'especialista de la mútua,....no me'n surto! Què em podrà ajudar vostè?

No m'ha semblat tenir febre ni tampoc he tingut mal de cap, ni mareig, ni vertígens.

Una vegada, l'any passat, vaig tenir "torticolis" i em tenia que moure com un robot, per sort al cap d'uns 15 dies ja vaig poder tornar a treballar.

### **3. ANTECEDENTS PATOLÒGICS**

#### **Hipertensió.**

Es pren unes pastilles que ara no recorda ... El metge li ha recomanat que es vagi mirant la tensió però quasi mai se'n recorda (la seva dona i la seva filla li ho recorden sovint).

#### **Litiasi renal (càlculs renals)**

No ha patit cap malaltia important que ell recordi a excepció de quan en 3 ocasions ha patit un còlic, ja que tenia "una pedra" i li han dit que té tendència a fer-ne sovint (que ell recordi 3 vegades). Des dels 35 anys ha patit 3 còlics de ronyó. Pren una medicació (sap dir el color de les pastilles però no recorda el seu nom).... i li han recomanat que sovint begui aigua, però sap? a mi no m'agrada per que sempre tinc que estar anant al lavabo i si tinc molta feina per repartir paquets, ... mai arribo a l'hora.

#### **Síndrome del Túnel del carp.**

Va treballar a una xarcuteria des dels 16 anys. Fa 10 anys van estar a punt d'operar-li el canell per que tenia dolor i per que notava que de vegades no tenia tanta força... finalment no el van operar. Entre la baixa que va agafar (4 mesos) i la medicació, va notar que ja no li molestava tant i va decidir no operar-se ja que això de les operacions li produeix una mica de respecte ("això de les operacions no és pe mi!"). De fet sempre ha pensat que el que el va ajudar a millorar va ser canviar de feina. Als pocs mesos de tot aquest dolor i de la baixa (ocasionada per aquest episodi) va trobar una nova feina de repartidor de paqueteria al polígon de Reus que continua fent fins ara (N'estic molt content amb la nova

feina sap?).

### **Torticoli**

Va patir dolor de coll (torticolis) ara fa 1 any més o menys. Una vegada, l'any passat, vaig tenir "torticolis" i em tenia que moure com un robot, per sort al cap d'uns 15 dies ja vaig poder tornar a treballar. Això em va passar una nit que tornava de Barcelona amb cotxe... era hivern i vaig conduir amb la finestra oberta... pot ser va tenir a veure amb això.

### **Antecedents d'un traumatisme a la zona cervical**

Fa mig any, quan estava parat amb el cotxe a un semàfor aquí a Reus vaig rebre un petit cop pel darrera. Vaig notar unes molèsties uns quants dies però després em va anar baixant. Vaig anar a un massatgista i el dolor em va marxar força. Sempre he tingut alguna molèstia però no tant de dolor com ara.

Fa 1 mes va fer un moviment brusc amb el cap i el coll, mentre manejava unes capses a l'empresa, i des de llavors el dolor ja no ha baixat més (tenia que traslladar les capses des d'una taula a uns prestatges que el considera massa alts).

## **4. TRACTAMENT DE FISIOTERÀPIA O DE REHABILITACIÓ**

Mai he anat a que em facin això de la fisioteràpia o la rehabilitació.... una vegada vaig anar a veure a una senyora d'aquí a prop... crec que va ser a la Selva que em va moure els ossos del coll, però em va fer tant de mal que no n'he volgut provar res més de tot això ... vostè també em farà tant de mal?

Ah sí!!, també vaig anar a un massatgista d'aquí de Reus després de la torticolis que va tenir ara fa 1 any.

De fet, quan no he pogut aguantar-me més he anat al metge...però ja ho veu encara estic igual...

## **5. MEDICACIÓ. INMUNITZACIONS.**

Pel dolor el metge em dona unes pastilles blanques que són molt gruixudes, sap quines li vull dir? Crec que es diuen Ibu algo...? en prenc 1 cada 8 hores i unes altres que em donen

## Anexos

---

una mica de son, ara no ho recordo ... si, crec que es diu Miolastan, en prenc 2 al dia.

Per la tensió en prenc unes altres que ara no recordo .... Ah si les pastilles de la tensió són l'Acuprel®, i segons em trobo me'n prenc una cada dia.

Per les pedres del ronyó em prenc unes altres pastilles però ara no me'n recordo del seu nom.

### **9. ENTORN SOCIAL**

Des dels 16 anys vaig treballar a una xarcuteria que hi ha a prop del mercat de Tarragona, i des de que em va agafar allò del canell (ara farà uns 10 anys) vaig trobar un altra feina al polígon de Reus. De fet jo vaig començar molt jove a treballar, va coincidir amb la mort del pare, llavors jo era el fill més gran de 4 germans.

Ara treballa repartint paquets amb una furgoneta i vaig tombant per tota la província. Em va costar una mica de trobar un altra feina però ara estic molt content, això sí vaig tot el dia corrent.

Li agrada molt acompanyar a la seva filla (que ara té 16 anys) a les competicions de tenis que fa molt sovint (ella juga molt bé sap? Van estar punt de fitxar-la des de la Federació catalana de tenis!) ... però des que té tant de dolor aquí al coll no hi pot anar.

També li agrada molt anar caminar... ell pertany a un grup excursionista de Reus i 1 cap de setmana al mes sortia a caminar i a "oblidar-se una mica dels problemes",.... Tant de bo que se'm passi aquest dolor en aviat així podré tornar a sortir a caminar!

### **10. ENTORN FAMILIAR**

Estic casat, em vaig casar als 27 anys, la meva dona té un any menys que jo. Ella diu que des de que em va passar això del coll tinc més mal humor i que ja no soc com abans... jo la veritat és que no ho noto tant però de vegades m'enfado amb coses que abans no em feien enfadar. L'altre dia ens varem barallar però ara hem tornat a fer les paus.

Tenim 2 fills la filla gran de 16 anys (li agrada jugar molt a tennis i diu que vol ser periodista!) i la petita que en té 13 (ara està amb una època complicada: a l'institut, ens contesta per tot, vol estar tancada a l'habitació, el mòbil ... que difícil !!!!). Amb la gran encara m'hi entenc però amb la petita... no se que és el que tinc que fer!!

La meva mare s'ha fet gran. Ara té 75 anys. Va caure ara fa 15 dies i ara està al socio sanitari d'aquí al costat, a l'Hospital, per que s'ha trencat el fèmur. Li fa la rehabilitació una noia molt simpàtica... què la coneix? Ara la vaig a veure sovint però no puc anar a donar-li el sopar com abans.

## **11. CARACTERÍSTIQUES DE LA INFORMACIÓ DONADA PEL PACIENT**

### **Cervicàlgia**

El dolor que té a nivell cervical no li deixa fer allò que més li agrada: acompanyar i anar a veure jugar a tennis a la seva filla i anar a caminar. El dolor no el deixa descansar per la nit i durant el dia li molesta al vestir-se o al rentar-se i quan fa algun gest sobtat amb el cap (si en algun moment no se'n recorda).

Mostra mal humor per que ja fa 3 mesos que ha donat molts tombs (metge de capçalera, l'especialista dels ossos de la mútua, radiografies, analítiques, etc.) i sent que no li dediquen prou atenció... com si no hagués estat tota la vida treballant i després... mira com em tracten! ....Ara està cansat i vol que algú li tregui aquest dolor.

### **Síndrome del Túnel del carp.**

No ha tornat a notar cap altre episodi igual al que va tenir (fa 10 anys).

La por a les intervencions quirúrgiques te a veure amb el record de la mort sobtada del seu pare, quan tenia 47 anys, al quiròfan mentre li feien una intervenció a fetge que no semblava tenir cap risc. Quan sent parlar d'intervencions quirúrgiques canvia el to de la seva veu i mostra una cara de preocupació quan recorda aquell episodi.

(ell es va posar a treballar molt aviat per que el seu pare va morir de molt jove, 47 anys,



## Anexos

---

mentre li feien una operació per que “patia del fetge” a l’Hospital de Sant Pau a Barcelona i va agafar la responsabilitat de “tirar” la família endavant).

### **Litiasi renal (càlculs renals)**

Ara fa temps que no ha tingut cap altre episodi, l’últim va ser fa 5 anys. Ho va passar molt malament. Des de llavors es porta millor amb el menjar i s’ha acostumat a veure més aigua durant el dia.

### **Hipertensió.**

Es controla la tensió al CAP Llibertat de Reus quan va de visita.

### **Torticoli**

No ha tornat a tenir cap episodi des de fa 1 any.

### **Traumatisme a la zona cervical**

Sempre, des d’aquell dia que li van donar un cop amb un cotxe al darrera mentre estava aturat al semàfor ara fa uns 6 mesos, ha notat molèsties al coll. La medicació l’ha ajudat però ara el dolor segueix i no sap que ha de fer.

Sembla que el dolor sigui més important des de que va moure unes capses a l’empresa i va fer un moviment bruscat amb el cap i el coll sense adonar-se’n ja que aquella tarda anava molt ràpid i la feina s’havia d’acabar!

## **II. DESCRIPCIÓ DEL MALALT ESTANDARITZAT**

### **1. APARENÇA GENERAL**

Vestit amb camisa i jersei, i pantalons.

Col·laborador durant l’entrevista, però es mostra enfadat i desconcertat per que ningú no li soluciona el seu problema

Sovint es toca el coll i quan s'ha d'aixecar o ha de seure manté el coll com si estigues rígid (per tal d'evitar el dolor).

Si les maniobres d'exploració li molesten ho comenta obertament

## 1. TROBALLE A L'EXPLORACIÓ FÍSICA

### MANIOBRA EXPLORATÒRIA

### TROBALLA

<b>Palpació</b> muscular (zona cervical esquerra/dreta)	Molèsties a la zona cervical esquerra i dreta (més dolor a la dreta)
<b>Palpació</b> (zona del trapezi i de l'angular del omòplat)	Dolor quan s'incrementa la pressió (+ dolor a la dreta que a l'esquerra)
<b>Palpació</b> articular vertebral C2-C7 (articulacions posteriors)	Dolor generalitzat, més a la zona mitja i final de la zona cervical
<b>Compressió vertebral</b>	Dolor (no impossible, apareix dolor conforme es va incrementant la pressió)
<b>Tracció vertebral</b>	Dolor (l'explorador pot iniciar la tracció sense provocar dolor però quan s'incrementa la tensió fa mal)
Passar de sentat a DC/S i vice-versa; de sentat a dret	Dolor però no impossibilitat (ha de caminar amb el cap recte). Quan es gira ho fa movent tot el tronc per protegir-se del dolor cervical.
<b>Mobilització</b> de la columna (tanta activa com passiva)	<b>M activa:</b> Pot iniciar el moviment però hi ha dolor en totes les amplituds (+ dolor: extensió i inclinació dreta). <b>M. passiva:</b> Dolor en totes les

## Anexos

---

Prova de “**Slump test**” (pacient sentat a la llitera i el fisioterapeuta li fa primer flexió de cap i de coll, després flexió de tronc i després flexiona el maluc d’una extremitat, fa extensió de genoll i després flexió dorsal de turmell.

amplituds (+ dolor: flexió i inclinació esquerra)

Dolor al fer flexió de cap i de coll i no pot progressar la prova pel dolor

### 3. ELEMENTS COMUNICATIUS

#### A- Patró comunicatiu.

Col·laborador, aparentment tímid però una vegada s’ha iniciat la sessió (primers 10 min) es mostra més obert i explica més coses. Contínuament fa referències al seu dolor, a la feina, als metges, als seus fills.

#### B- To emocional.

Una mica preocupat pel dolor i a més enfadat i crític amb el sistema per que li han fet donar molts tombs i ningú li ha solucionat realment el seu problema.

C- Preguntes repte del pacient (cal descriure també el moment en que s’emetrà cada repte)

“Escolti, com es que ningú encara no m’ha sabut curar el que tinc?”

“Vostè creu que m’ho pot curar?”

“Així doncs per vostè què és el que em passa, es greu això?”

Pot fer aquestes afirmacions en qualsevol moment

#### IV. POSSIBLES ESCENARIS

- (\*) Consulta espontània en un Centre d'Atenció Primària (CAP)

#### V. MATERIAL ACCESORI NECESSARI PEL CAS

##### 1. Mobiliari i accessoris:

- ( ) Taula de despatx
- ( ) Cadires (nombre: 2)
- ( ) Llitera d'exploracions
- ( ) Llençols
- ( ) Martell de reflexos
- ( ) Goniòmetre
- ( ) Cinta mètrica

##### 2. D'altres

- (\*) Fitxa d'exploració del pacient (la mateixa que l'alumne utilitza habitualment en els centres de pràctiques)
- (\*) Rellotge vibrador (per avisar-lo als 15 min des del inici de l'entrevista)

#### VI. LLISTAT AVALUATIU: ANAMNESI. CERVICÀLGIA

- ( ) **1.Localització** Em fa mal aquí al costat dret (coll i espatlla) i també a l'esquerra (coll)
- ( ) **2.Irradiació** Quan apreta més, sembla que se'n va cap a l'espatlla dreta i el braç dret (no m'arriba a l'avantbraç ni a la mà)
- ( ) **3.Duració** Fa 5 setmanes que no m'acaba de millorar (em van donar un petit cop amb un altre cotxe pel darrera quan estava aturat amb la furgoneta a un semàfor). Encara tinc dolor puc fer moltes coses però poc a poc i amb dificultat.
- ( ) **4.Qualitatiu** És un dolor com continu mentre no recolzo el cap en lloc. Quan recolzo el cap tot i continuar sentint una molèstia ja no és el

## Anexos

---

- mateix.
- ( ) **5.Quant./Intensitat** La quantitat de dolor no és sempre la mateixa. De vegades és molt fort i hi ha estones (sobre tot quan tinc el cap recolzat) que tinc menys dolor, però marxar del tot no marxa mai. En una escala del 0 al 10 varia puc anar de 5 a 9.
- ( ) **6.Símt. acompanyants** No febre / 1 vegada vaig notar com un mareig durant aquest últim mes al tirar el cap en darrera (va durar molt poc, menys de 1 minut).
- ( ) **7.Fact. alleujadors** La sensació d'escalfor (dutxa, estora elèctrica) és agradable Si em fico calor millora una mica, recolzar el cap, no fer moviments amb el cap i el coll i no canviar de postura mentre estic dormint o assegut. Millor quan dormo cap a munt que no cap a vall o de costat. He buscat un coixí que hem deixi el coll més recte, ja que el que tenia abans era massa baix.
- ( ) **8.Fact agreujadors** Aixecar-me i seure sense mantenir el cap i el coll rectes. Estar dret o sentat sense recolzar el cap. També molesta més en el llit quan canvia de posició. Intentar moure el cap en qualsevol direcció. .
- ( ) **9.Episodis previs** De vegades abans de tenir aquest dolor havia notat dolor cervical després de dies de molta feina i després de l'accident quan estava parat amb el cotxe.
- ( ) **10.Antec. traumàtic** Quan estava aturat amb la furgoneta a un semàfor em van picar pel darrera (fa 6 mesos).
- ( ) **11.Antec.patològics** Dolor al canell (van estar apunt d'operar-lo fa 10 anys), Pedres al ronyó, HTA, torticolis fa 1 any.
- ( ) **12.Al.lèrgics** No sóc al·lèrgic a res
- ( ) **13.Medicació** Ibuprofeno, Miolastan, Acuprel, ...

( ) **16.Act. laboral** Jo vaig treballar primer a una xarcuteria i després repartint caixes a una empresa de paqueteria.

( ) **17.Antec. familiars** No hi ha antecedents d'interès.

## **VII. ALTRES COMENTARIS REFERENTS AL CAS.**

Es tracta d'un cas amb finalitat avaluativa y formativa pensat per estudiants de 3r curs de Fisioteràpia. Aquesta activitat té una doble finalitat, per una banda formativa i per un altra s'aconsegueixen dades quantitatives i qualitatives que s'utilitzaran per la realització de la tesi doctoral: "Disseny, aplicació i adaptació d'una proposta formativa orientada a l'aprenentatge de les habilitats de comunicació bàsiques en l'entrevista clínica de Fisioteràpia".

No s'incorporen elements de diagnòstic, pla de maneig ni judici clínic.

## Anexos

---

### 3.3. Caso 3 (PSE 3)

LABORATORI D'HABILITATS CLÍNiques

FACULTAT DE MEDICINA I CIÈNCIES DE LA SALUT

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

#### CASOS PER PACIENTS ESTANDARDITZATS

Títol del cas: FIBROMIÀLGIA – FISIO

NÚMERO D'IDENTIFICACIÓ:

0

3

#### AUTOR/S PRINCIPAL/S

NOM: Salvador Montull / Ramon Descarrega

DADES DE CONTACTE:

ADREÇA:

TELÈFON: 977-759353

FAX:

E-MAIL:

[salvador.montull@urv.cat](mailto:salvador.montull@urv.cat)

[ramon.descarrega@urv.cat](mailto:ramon.descarrega@urv.cat)

AUTOR/S COMPLEMENTARI/S (NOM I TELÈFON /FAX):

AMB DATA: 26 de febrer de 2010

## ESQUEMA DEL CAS. DADES ESSENCIALS

**Títol del cas:** Fibromiàlgia\_Fisio

1. **COMPONENTS COMPETENCIALS AVALUATS**

	PUNTS
* Anamnesi/obtenció d'informació	(x)
* Exploració física	(x)
* <b>Comunicació</b>	(x)
 PUNTUACIÓ TOTAL DEL CAS	 (100)
  
2. **NOMBRE D'ESTACIONS QUE COMPORTA:** 1
  
3. **ACTIVITATS A DESENVOLUPAR EN CADA ESTACIÓ:**

-estació 1: PACIENT ESTANDARDITZAT
  
4. **NOMBRE DE MALALTS ESTANDARITZATS INCLOSOS:** 1  
(MALALT, ACOMPANYANTS)

	pacient	acomp.1	acomp.2
4.1 Grup d'edat:	50-60 a		
4.2 Sexe:	dona		
  
5. **NECESSITATS TEMPORALS (en minuts)**

20'	Estació 1
25'	TEMPS TOTAL NECESSARI
  
6. **MOTIU DE CONSULTA**

Dolor generalitzat des de fa 2 anys que ha empitjorat durant els 6 últims mesos



## Anexos

---

### 7. DIAGNOSTIC DIFERENCIAL EN QUE ES BASARÀ EL CAS / PROBLEMES QUE L'EXAMINAT/DA HAURÀ DE DETECTAR

**FISIO:** Síndrome de Fibromiàlgia:

Component psicològic i afectiu: tendència depressiva amb components d'ansietat i de catastrofisme

Component muscular: identificació del nivell (punts actius: 10)

Componen social: aïllament social.

#### I. **SUMARI DEL CAS:**

##### **1. MOTIU DE CONSULTA**

###### 1.1. Motiu de consulta en forma de situació de partida

Pacient dona de 57 anys, diagnosticada de síndrome de Fibromiàlgia. Presenta dolor generalitzat i dificultat per desenvolupar les AVD i l'activitat laboral des de fa uns mesos.

###### 1.2. Frase inicial

**"Vinc per que noto dolor a tot arreu, no puc descansar bé i veig que tot i prendre la medicació crec que vaig a pitjor. Jo ja no puc més! A veure si vostè em pot fer alguna cosa..."**

##### **2. MALALTIA/PROBLEMA ACTUAL**

Em fa mal a tot arreu, des del peus fins al cap.

De fet fa uns 2 anys que ja notava aquestes molèsties però encara podia seguir portant una vida normal. Al cap de 7 ó 8 mesos el metge em va dir que tenia Fibromiàlgia. Per una banda em vaig quedar més tranquil·la per que almenys sé el que tinc, però des de fa uns 6 mesos estic pitjor.

Si m'apreto on em fa mal, el dolor és com si se n'anés per tot el voltant

Em canso molt aviat fent coses que abans podia fer sense cap problema. Això fa que tingui que fer les coses més a poc a poc i que tingui que dedicar més temps per fer coses que abans podia fer més ràpid.

Em desperto moltes vegades per la nit i quan em llevo pel matí ....és com si no hagués descansat !!.

Noto com una sensació estranya als braços i a les cames de vegades és com un formigueig i d'altres sols que "m'apretin" una mica ja em fa molt de mal (*sensibilitat*).

Cada dia em costa més de concentrar-me per fer coses que abans feia fàcilment. M'he d'apuntar més les coses i estar més atenta (quan vaig a comprar, quan estic a la feina...)

Me'n recordo de coses de fa molt de temps però no del que he fet fa 5 minuts, això és normal?

Fins i tot penso que m'ha canviat el caràcter.

De fet durant tot el dia em fa mal!! És continu.

És un dolor esgotador, que em tiba de tot arreu (espatlles, maluc, genolls, esquena...). De vegades és com si hi tingues agulles.

En una escala del 0 al 10 varia puc anar de 6 a 9.

Pot ser un dolor insuportable... sols que em toquin ja em fa molt de mal.

Em fa més mal quan tinc que passar estones dreta, quan a la feina o casa, pel motiu que sigui, tinc més feina de la que puc fer o quan tinc que anar més ràpid.

També em noto pitjor després d'haver tingut discussions a casa amb el meu marit que quasi mai m'escolta.

M'he fixat que quan canvia el temps també em noto molt pitjor.

## Anexos

---

Quan veig que em fa més mal el que intento és descansar (asseure'm si estic molta estona drete), fer les coses més poc a poc i buscar un espai per estar més tranquil·la, quan puc m'estiro al llit o em quedo asseguda al sofà amb el cap recolzat i amb els ulls tancats.

Fins ara no he provat de fer cap exercici per que quan vaig anar a un gimnàs, a un centre d'aquí a prop, encara sortia amb més dolor.

Em relaxa una mica el calor (estora, aigua calenta a la dutxa o al bany).

Amb tot el temps que porto amb això del dolor, no havia tingut mai tant dolor com últimament.

De vegades noto com si les mans i les cames estiguessin com encartonades, em venen com marejos, una sensació exagerada de mot fred o molt de calor... Quan em llevo pel matí em costa més de moure'm i de vegades les mans em tremolen. No se si té a veure amb el que em passa o són d'altres coses, com si ja no en tingues prou !!

Tot plegat em fa sentir trista i no tinc ganes de fer coses. Sort en tinc dels meus 2 fills que m'animen i que m'ajuden!!

Vaig anar al reumatòleg (fa 1 mes o . pot ser més) i em va dir que tot i no desaparèixer el dolor aniria millorant amb la medicació ... però ja ho veu, aquí estic, crec que encara estic pitjor !!

El metge em va dir que m'havia de prendre la medicació. Ara no ho recordo molt bé però prenc unes 4 o 5 pastilles al dia. Molts dies vaig com mig adormida... suposo que deu ser per culpa de la medicació. També és veritat que quan he intentat deixar de prendre-la encara he tingut més de dolor i he descansat pitjor

També em prenc unes herbes per augmentar la meua immunitat i miro de no menjar albergínia i tomàquets verds ja que m'ha dit una veïna meua, que n'entén d'herbes, que així millorarà el meu dolor.

Estic molt esgotada per que veig que tindré que deixar la feina i amb l'edat que tinc semblo

una persona molt més gran.

### **3. ANTECEDENTS PATOLÒGICS**

No sóc al·lèrgica a res.

Fa 5 anys vaig patir un accident de cotxe i vaig estar amb mal de coll durant uns quants mesos. Vaig estar de baixa durant 3 mesos. Des d'aquell accident sempre he tingut mals de cap.

Fa 3 anys vaig tenir mal d'esquena i em vaig quedar enganxada sense poder moure'm. Amb 1 setmana se'm va passar i ara tot i tenir molèsties no m'he tornat a quedar enganxada.

Vaig estar una setmana de baixa.

Em fa tot tant de mal que ja no se dir si el dolor s'assembla al que vaig tenir quan em vaig quedar enganxada o al d'ara.

### **4. TRACTAMENT DE FISIOTERÀPIA O DE REHABILITACIÓ**

Mai he anat a que em facin això de la fisioteràpia o la rehabilitació.... Tinc 2 amigues, bé 2 conegudes de l'Associació (de la Fibromiàlgia) que m'han dit que van a una massatgista i que van a fer Aigua gym a la piscina.

### **5. MEDICACIÓ. IMMUNITZACIONS.**

Doncs prenc molts medicaments: paracetamol, tramadol (2 vegades al dia) zolpidem (per la nit) i n'hi ha un altre que em va dir que era per que estigués més animada (m'ho prenc pels matins), però ara no me'n recordo.....ah si fluoxe o fluxetina....bé no me'n recordo.

La medicació la prenc des de fa ben bé un any i mig.

## Anexos

---

### 9. ENTORN SOCIAL

Des dels 28 anys treballa a la Virginies (fàbrica de galetes). Ara estic de baixa des de fa 3 mesos.

És una feina que has d'anar ràpid ( a la cadena) i de vegades has d'agafar pesos molt sovint, tot i que ens fan canviar de lloc cada 4 mesos

Vaig deixar d'estudiar als 15 anys, a mi no m'agradava estudiar. Des de llavors vaig treballar a una tintoreria d'aquí de Reus fins que em vaig casar als 28 anys i vaig començar a la fàbrica.

Des de que tinc aquesta malaltia he deixat de sortir i de relacionar-me amb les meves antigues amigues i amb els amics que tenia a la feina. No tinc ganes i estic cansada d'explicar sempre el mateix.

Ara fa 2 setmanes he conegut a 2 persones de l'associació catalana de Fibromiàlgia d'aquí de Reus amb les que estic a gust i no estic tant aïllada.

### 10. ENTORN FAMILIAR

Estic casada, em vaig casar als 28 anys, el meu marit en té 6 més que jo.

El meu marit treballa a una botiga de mobles (es muntador).

Tenim 2 fills la filla gran de 25 anys (vol estudiar disseny) i el petit en té 22. Sort en tinc d'ells per que sempre m'animen i m'ajuden molt, sobretot la meva filla.

El meu marit no ho acaba d'entendre ... diu que he d'anar a veure a un especialista de veritat i fins i tot m'ha dit que pot ser ho estigui exagerant tot una mica ... Això si que em posa de mal humor i fa que al nostra relació sigui ara més freda i distant !!.

Ell diu que des de que em va passar això de la fibromiàlgia sempre estic de mal humor i no tinc ganes de fer res.

La meva germana (és la única germana que tinc) també te aquesta malaltia. Ella es més petita que jo i viu a València. A ella la malaltia no li ha afectat tant, cada setmana la truco per telèfon i tenim molt bona relació. Ella també m'anima!

Els meus pares viuen a Riudoms.

No recordo que cap dels dos tingues aquesta malaltia.

## 11. CARACTERÍSTIQUES DE LA INFORMACIÓ DONADA PEL PACIENT

Fa 5 anys va patir un accident de cotxe on recorda haver tingut mal de coll durant uns quants mesos. Recorda haver estat de baixa durant 6 mesos. En aquell accident va haver-hi un ferit greu (una noia jove de l'altre cotxe que li recordava a la seva filla) que mai s'ho ha pogut treure del cap. Des d'aquell accident sempre ha tingut mals de cap i ha tingut èpoques on se sentia trista i desmotivada, els cotxes i fer viatges amb cotxe li fan molta por encara que sigui en petits recorreguts per la ciutat: "sap? Els cotxes em fan molt de respecte. Abans encara conduïa, ara fins i tot em costa anar d'acompanyant ... em fa por!

## II. DESCRIPCIÓ DEL MALALT ESTANDARITZAT

### 1. APARENÇA GENERAL

Vestida amb camisa, jaqueta i pantalons.

Col·laboradora durant l'entrevista, té moltes ganes d'explicar tot el que li passa quan troba algú disposat/da a escoltar-la.

El seu caràcter és poc alegre, més bé és trist, condicionat per l'estat depressiu en el que es troba.

Els seus moviments són lents i és molt aprensiva davant dels estímuls que li provoquen dolor. Si les maniobres d'exploració li molesten ho comenta obertament

### 2. TROBALLES A L'EXPLORACIÓ FÍSICA

MANIOBRA EXPLORATÒRIA	TROBALLA
Palpació muscular ( <b>zona occipital</b> a la base esquerra/dreta)	Dolor quan es produeix pressió de lleu a moderada a la base de la zona occipital (esquerra i dreta)
Palpació muscular <b>zona cervical</b> (lligament	Dolor quan es produeix pressió de lleu a

## Anexos

intertransversal C5-C6)	moderada a la cara posterior o anterior de la musculatura vertebral (nivell C5-C6)
Palpació muscular a la zona (punt mitjà del <b>múscul trapezi</b> ) que va des del coll a les espatlles	Dolor quan es produeix pressió de lleu a moderada a la zona ½ dels trapezis (esquerra i dreta)
Palpació muscular a la zona del <b>múscul supraespinós</b> (punt ½, per sobre de l'espina del omòplat)	Dolor quan es produeix pressió de lleu a moderada a la zona ½ del múscul supraespinós (ambdós costats).
Palpació a la unió de la <b>2<sup>a</sup> costella amb l'estèrnum</b> (unió costocondral)	Dolor, però <b>més lleu</b> que a d'altres zones quan es produeix pressió de lleu a moderada sobre aquesta zona
<b>Colzes:</b> Palpació muscular a 2 cm per sota de la zona de l'epicòndil	Dolor, però <b>més lleu</b> que a d'altres zones quan es produeix pressió de lleu a moderada sobre aquesta zona (tan a l'extremitat dreta com a l'esquerra)
Palpació muscular a la zona dels <b>glutis</b>	Dolor quan es produeix pressió de lleu a moderada al quadrant supero extern de les natges
<b>Maluc:</b> trocànter major	Dolor quan es produeix pressió de lleu a moderada a la zona posterior al trocànter major (bilateral)
<b>Genolls:</b> Palpació muscular	Dolor, però <b>més lleu</b> que a d'altres zones quan es produeix pressió de lleu a moderada a la cara interna d'ambdós genolls (coixí adipós medial i proximal a la línia articular).
Passar de sentat a dret i vice-versa; i de DC/S a sedestació i viceversa	Dolor generalitzat però no impossibilitat. Necessita fer els moviments amb més lentitud
<b>Mobilització de la columna</b> (tanta activa com passiva)	<b>M activa:</b> Pot iniciar el moviment però hi ha dolor en totes les amplituds (+ dolor: en flexió, extensió). Sols arriba al 50% de la mobilitat màxima en tots els moviments possibles.  <b>M. passiva:</b> Dolor en totes les amplituds (+ dolor: flexió i extensió). Sols arriba al 50% de la mobilitat màxima en tots els moviments possibles.
Prova de " <b>Slump test</b> " (pacient sentat a la llitera i el fisioterapeuta li fa primer flexió de cap i de coll, després flexió de tronc i després flexiona el maluc d'una extremitat, fa extensió de genoll i després flexió dorsal de turmell).	Dolor al fer flexió de cap i de coll i no pot progressar la prova pel dolor

### 3. ELEMENTS COMUNICATIUS

#### A- Patró comunicatiu.

Col·laboradora, lentitud amb els moviments. Conforme va avançant la sessió té més ganes de parlar i d'explicar coses (de vegades vol explicar massa coses i es repeteix). Contínuament **faria** referències al seu dolor i al que implica: no poder anar a treballar, no poder fer les coses de casa, no poder estar més pels seus fills, etc. En alguns moments **faria comentaris o conductes depressives o catastrofistes** (no em curaré mai..., els que tenim aquesta malaltia estem oblidats, tindrè que deixar de treballar definitivament...)

#### B- To emocional.

Molt preocupada pel dolor i per la discapacitat que li produeix i que podrà tenir en un futur. *Cansada i desesperada* (per que ningú no hi troba la solució a aquesta estranya malaltia) i *poc alegre*.

C- Preguntes repte del pacient. (cal descriure també el moment en que s'emetrà cada repte)

“Vostè ha tractat alguna vegada a algú que li passi el mateix que em passa a mí? Conec gent que té això de la fibromiàlgia però el que tinc jo, crec que és més greu... què en pensa?”

*Moment: abans d'iniciar l'exploració física*

“Estic molt cansada, vostè creu que això que tinc m'ho podrà curar?, si vostè no pot digui si us plau on puc anar encara que sigui pagant el que calgui!”

*Moment: en acabar l'exploració física*

### IV. POSSIBLES ESCENARIS

(\*) Consulta externa de Fisioteràpia (CAP)



## Anexos

---

### V. MATERIAL ACCESORI NECESSARI PEL CAS

#### 1. Mobiliari i accessoris:

- ( ) Taula de despatx
- ( ) Cadires (nombre: 2)
- ( ) Llitera d'exploracions
- ( ) Llençols
- ( ) Martell de reflexos
- ( ) Goniòmetre
- ( ) Cinta mètrica

#### 2. D'altres

(\*) Fitxa d'exploració del pacient (la mateixa que l'alumne utilitza habitualment en els centres de pràctiques)

(\*) Rellotge vibrador (per avisar-lo als 15 min des del inici de l'entrevista)

### VII. LLISTAT AVALUATIU: ANAMNESI. FIBROMIÀLGIA

- ( ) 1. Localització Em fa mal a tot arreu, des del peus fins al cap.
- ( ) 2. Irradiació Si m'apreto on em fa mal, el dolor és com si se n'anés per tot el voltant
- ( ) 3. Duració De fet fa uns 2 anys que ja notava aquestes molèsties però encara podia seguir portant una vida normal. Al cap de 7 ó 8 mesos el metge em va dir que tenia Fibromiàlgia. Per una banda em vaig quedar més tranquil·la per que almenys sé el que tinc, però des de fa uns 6 mesos estic pitjor
- ( ) 4. Qualitatiu És un dolor esgotador, que em tiba de tot arreu (espatlles, maluc, genolls, esquena...). De vegades és com si hi tingues agulles.
- ( ) 5. Quant./Intensitat En una escala del 0 al 10 varia puc anar de 6 a 9 / Pot ser un dolor insuportable... sols que em toquin ja em fa molt de

mal.

- ( ) 6.Símpt. acompanyants De vegades noto com si les mans i les cames estiguessin com encartonades, em venen com marejos, una sensació exagerada de mot fred o molt de calor ...
- ( ) 7.Fact. alleujadors Quan veig que em fa més mal el que intento és descansar (asseure'm si estic molta estona dreta), fer les coses més poc a poc i buscar un espai per estar més tranquil·la, quan puc m'estiro al llit o em quedo asseguda al sofà amb el cap recolzat i amb els ulls tancats / Fins ara no he provat de fer cap exercici per que quan vaig anar a un gimnàs, a un centre d'aquí a prop, encara sortia amb més dolor / Em relaxa una mica el calor (estora, aigua calenta a la dutxa o al bany).
- ( ) 8.Fact agreujadors Em fa més mal quan tinc que passar estones dreta, quan a la feina o casa, pel motiu que sigui, tinc més feina de la que puc fer o quan tinc que anar més ràpid / També em noto pitjor després d'haver tingut discussions a casa amb el meu marit que quasi mai m'escolta / M'he fixat que quan canvia el temps també em noto molt pitjor.
- ( ) 9.Episodis previs Amb tot el temps que porto amb això del dolor, no havia tingut tant dolor com últimament
- ( ) 10.Antec. traumàtic Fa 5 anys vaig patir un accident de cotxe i vaig estar amb mal de coll durant uns quants mesos. Vaig estar de baixa durant 6 mesos. Des d'aquell accident sempre he tingut mals de cap.
- ( ) 11.Antec.patològics Fa 3 anys vaig tenir mal d'esquena i em vaig quedar enganxada sense poder moure'm. Amb 1 setmana se'm va passar i....
- ( ) 12.Al·lèrgies No sóc al·lèrgica a res

## Anexos

---

- ( ) 13.Medicació                      Doncs prenc molts medicaments: paracetamol, tramadol (2 vegades al dia) zolpidem (per la nit) i n'hi ha un altre que em va dir que era per que estigués més animada (m'ho prenc pels matins), però ara no me'n recordo.....ah si fluoxe o fluxetina.....bé no me'n recordo
- ( ) 16.Act. laboral                      Des dels 28 anys treballa a la Virginies (fàbrica de galetes). Ara estic de baixa des de fa 3 mesos.
- ( ) 17.Antec. familiars                      La meva germana (és la única germana que tinc) també te aquesta malaltia

### **IX. ALTRES COMENTARIS REFERENTS AL CAS.**

Es tracta d'un cas amb finalitat avaluativa y formativa pensat per estudiants de 3r. curs de Fisioteràpia. Aquesta activitat té una doble finalitat, per una banda formativa i per un altra s'aconsegueixen dades quantitatives i qualitatives que s'utilitzaran per la realització de la tesi doctoral: "Disseny, aplicació i adaptació d'una proposta formativa orientada a l'aprenentatge de les habilitats de comunicació bàsiques en l'entrevista clínica de Fisioteràpia". No s'incorporen elements de diagnòstic.

#### **4. Información relativa al encuentro: alumno –PSE**

##### **4.1. Normas para el alumno**

Se seguirán las normas básicas que ya se comentaron durante la Fase diagnóstica (Ciclo I).

##### **4.2. Situación de partida Caso 1 (PSE 1)**

Se aprovecha la misma situación de partida que se utilizó durante la Fase diagnóstica (Ciclo I).

### 4.3. Situación de partida Caso 2 (PSE 2)

#### CONSULTA EXTERNA DE FISIOTERÀPIA

Pacient de 45 **anys d'edat** que ha estat derivat per primera vegada a aquest Servei pel traumatòleg amb el diagnòstic de **cervicàlgia mecànica**.

Disposa de **20 minuts per:**

- Fer l'**anamnesi** ajustada al problema clínic.
- Fer l'**exploració física** ajustada al problema clínic.
- Comentar-li al pacient la seva **impressió diagnòstica** i el pla de tractament.

Recordeu que **no es pot realitzar** l'exploració de la zona genital

Reus, desembre de 2009

### 4.4. Situación de partida Caso 3 (PSE 3)

Esta descripción será utilizada tanto para los alumnos del Grupo de intervención (3ª entrevista) como para los alumnos del Grupo control (1ª entrevista), pues en ambos casos, se entrevista al mismo paciente.

#### CONSULTA EXTERNA DE FISIOTERÀPIA

Pacient dona de **57 anys d'edat** que ha estat derivat per primera vegada a aquest Servei pel reumatòleg amb el diagnòstic de **síndrome de fibromiàlgia**.

Disposa de **20 minuts per:**

- Fer l'**anamnesi** ajustada al problema clínic.
- Fer l'**exploració física** ajustada al problema clínic.
- Comentar-li al pacient la seva **impressió diagnòstica** i el pla de tractament.

Recordeu que **no es pot realitzar** l'exploració de la zona genital

Reus, març de 2010

## Anexos

---

### 4.5. Hoja de Fisioterapia (Anmnesis)

Se decide introducir una **guía para la realización de la anmnesis** que nombramos como “Hoja de Fisioterapia”.

#### HOJA DE FISIOTERAPIA



#### FULL DE FISIOTERÀPIA:

Alumne/a: .....

Centre i tutor.....

Període: .....

DATA EXPLORACIÓ INICIAL:...../ ...../ .....

#### 1. EXAMEN SUBJECTIU

##### 1.1. Anamnesi

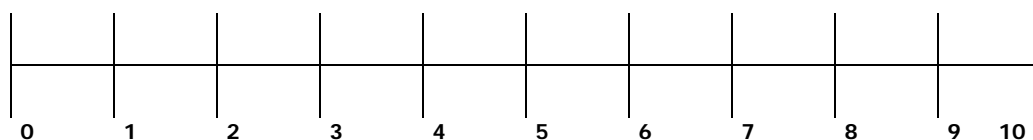
<b>Edat del pacient</b>	<b>Sexe</b> H <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<b>Professió actual</b> Núm. d'hores/dia
-------------------------	---	---

<b>Motiu de la visita:</b>
<b>Diagnòstic mèdic:</b>
Tractaments mèdics:
Resultats dels tractaments rebuts:
<b>Història actual:</b>

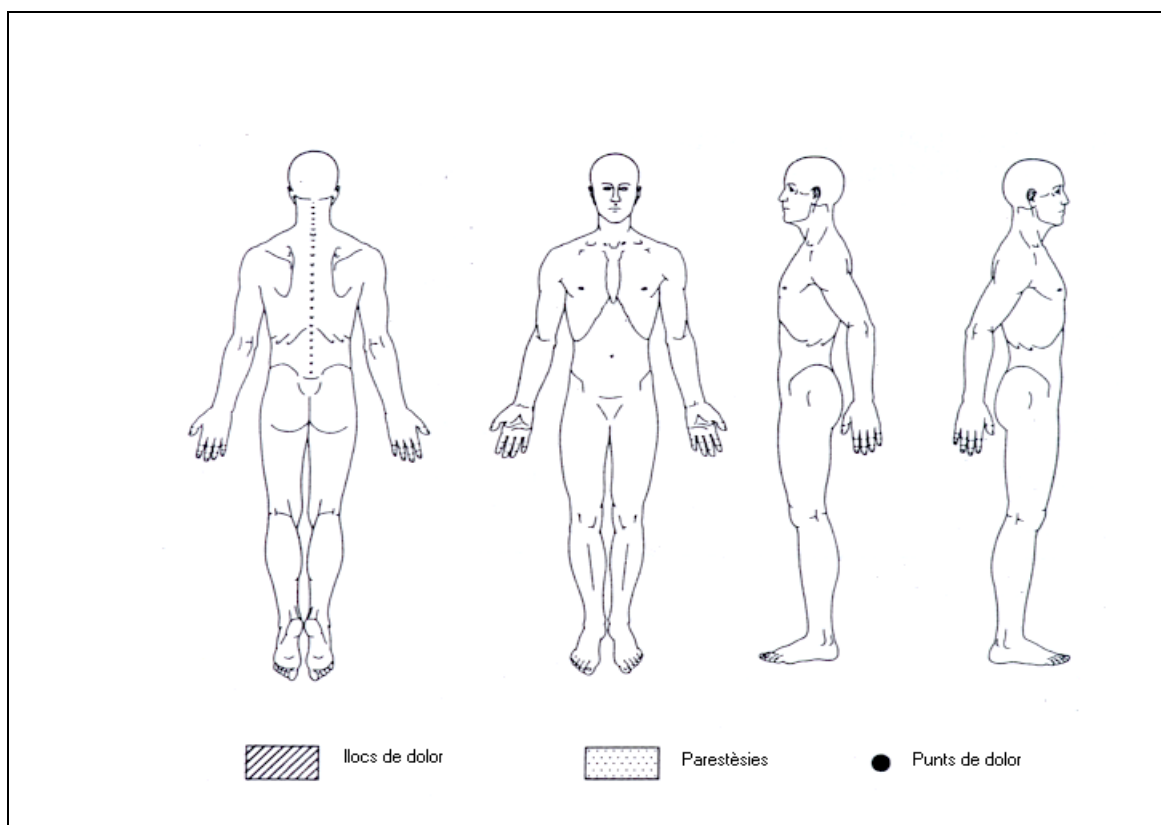
<b>Antecedents:</b>
<b>Patologies associades:</b>
<b>Proves complementàries:</b>

## 1.2. Valoració del dolor actual del pacient.

1.2.1. Intensitat: E.V.A.: \_\_\_\_



1.2.2. Localització: mapa corporal



## Anexos

---

### 1.2.3. Sensacions anormals

### 1.2.4. Qualitat del dolor

<b>1.2.5. Comportament dels símptomes</b>	
<b>Factors que empitjoren el quadre, associats a:</b> <input type="checkbox"/> Moviments: <input type="checkbox"/> Postures: <input type="checkbox"/> Activitat: <input type="checkbox"/> Altres:	<b>Factors disminueixen la simptomatologia:</b> <input type="checkbox"/> Moviments: <input type="checkbox"/> Postures: <input type="checkbox"/> Activitat: <input type="checkbox"/> Altres:
<b>Comportament durant les 24 hores:</b>	
<b>1.2.6. Tipus de dolor:</b>	
<b>mecànic:</b>	<b>inflamatori:</b>

### 1.3. Funcionalitat: AVD/Locomoció

### 1.4. Història social i familiar

- Situació familiar
- Condicions de l'habitatge

### 1.5. Actitud del pacient davant la situació de disfunció

<b>HIPÒTESI:</b>
------------------

## 2. EXAMEN FÍSIC

### 2.1. Valoració del dolor

Severitat dels símptomes      no       sí

**Irritabilitat**

Irritabilitat  No irritabilitat

**2.2. Tensió selectiva** \_\_\_\_\_ (indicar moviment analitzat)

Moviment actiu dolor sí  no

Moviment passiu dolor sí  no

Relació entre Balanç articular actiu i passiu

Isomètric

Dolor a la palpació

**Conclusions:**

**2.3. Dolor i disfunció miofascial**

Múscul explorat (per cadascun del músculs sospitós s'han de repetir els ítems) .....

Localització del PGM.....

Dolor referit a la palpació Sí  No

Prova específica (si existeix)

**2.4. Valoració articular:**

**2.4.1. Edema** no  sí  amb fòvea  organitzat  circumferència..... cm.

**2.4.2. Amplitud articular**

Articulació i moviment	Dreta		Esquerra	
	BAA	BAP	BAA	BAP

BAA: Balanç articular actiu; BAP: Balanç articular passiu

**2.4.3. Síndrome d'Hiperlaxitud segons criteris Beighton** (Encercla les articulacions hiperlaxes)

Polze D I      Menovell D I      Genoll D I      Colze D I      Tronc

**2.4.4. Hipermobilitat segons criteris Graham.**      Artràlgia no  sí



## Anexos

---

### 2.5. Exploració neurològica:

#### 2.5.1. Proves de tensió neural

- Prova de tensió neural general
- Tests específics per alguns nervis

Test neural	Resultat
Medià	
Radial	
Cubital	
Ciàtic	
Femoral	

#### 2.5.2. Proves per avaluar les arrels nervioses

Arrel	Reflex	Sensibilitat	Distribució dolor	Balanç muscular (Grup muscular avaluat i grau de força de 0-5)

2.5.2.1. Localització de l'afectació nerviosa Arrel nerviosa (Radicular)  Nervi perifèric

2.5.2.2. Grau d'afectació nerviosa Troncular  Secció parcial o total

### 2.6. Proves específiques (ANOMENAR):

**DIAGNÒSTIC DE FISIOTERÀPIA:**

**OBJECTIUS I PLA DE TRACTAMENT:**

## 5. Material y métodos para la recogida de datos

### 5.1. Check list para la recogida de datos

Al final de cada entrevista el alumno cumplimentará las encuestas: 1-PFI, 2-PFI, 3-PFI, 4-PFI.

Para ello, se adecuará un aula anexa para que puedan cumplimentarse las encuestas.

### 5.2. Metodología para realizar las videograbaciones

Mostramos el protocolo seguido para la realización de las videograbaciones del encuentro entre el alumno y el paciente simulado y durante la realización de las sesiones de feedback.

#### a) Entrevista: alumno-Paciente simulado

Mostramos la documentación utilizada para definir el protocolo de la videograbación.

#### **PROTOCOL PER LA VIDEOGRABACIÓ (RESPONSABLE DE FILMACIONS)**

##### **PREPARACIÓ PRÈVIA**

#### **A. FILMACIÓ: PS-ALUMNE**

##### **1. Reservar l'espai on es farà l'activitat**

Es necessiten, si és possible, 3 despatxos:

- 1- Per registrar l'entrevista entre l'alumne i el PS
- 2- Per que cada alumne, conforme vagi arribant es pugui canviar, deixar les coses i es prepari per fer l'entrevista.
- 3- Per que l'alumne avalui l'activitat realitzada, pugui complimentar el qüestionari i per que es pugui registrar (mitjançant el vídeo) l'entrevista entre l'investigador i l'alumne (una vegada aquest ja ha realitzat l'entrevista).

##### **2. Col·locació de les càmeres**

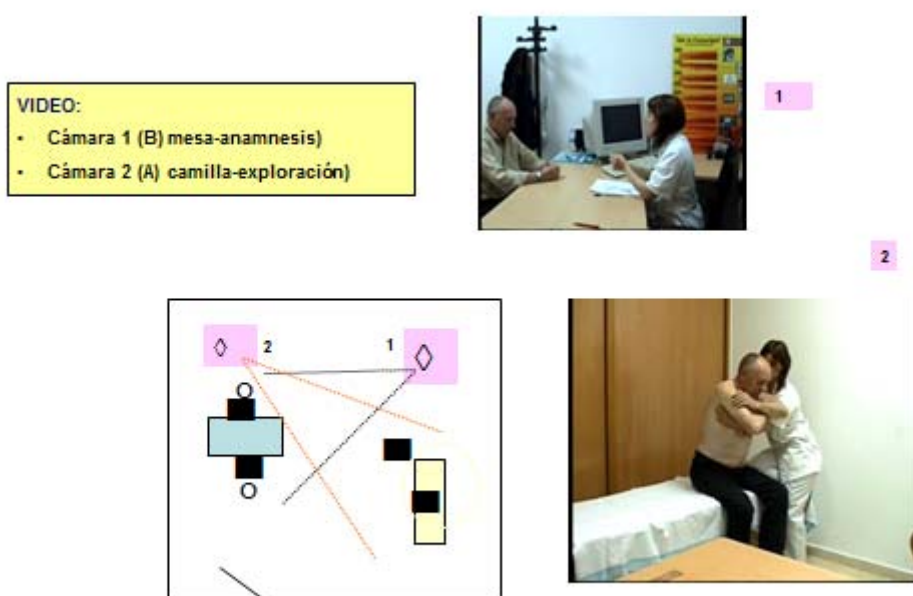
Se seguirà la disposició de la **Figura 44**:

## Anexos

- **Càmera A (perspectiva “exploració del pacient”)**: es situarà a l’angle que formen la paret frontal i la paret de l’esquerra de l’espai de filmació (mirant des de la porta). L’angle de filmació ha de permetre recollir la imatge de l’alumne i el PS a la llitera o a l’espai central (entre la taula i la llitera) mentre li fa l’exploració, el fa caminar, etc. Per aconseguir aquest angle es pot fer col·locant la càmera a sobre de la taula (també amb el trípode posat).

**Es retolarà la càmera (amb un esparadrap) on hi posarà:** A (exploració)

**Referència del plànol (el que s’ha de veure a la pantalla de la càmera):** tota la llitera en la seva longitud, tota l’alçada d’una persona (1/3 superior: cuixa, tronc i cap).



**Figura 44.** Disposición de las cámaras para la videograbación (entrevistas)

- **Càmera B (perspectiva “anamnesi del pacient”)** a l’angle que formen la paret frontal i la paret de la dreta de l’espai de filmació (mirant des de la porta). L’angle de filmació ha de permetre veure les fases: inicial, de recollida de la informació, de planificació i la de tancament (s’han de poder veure 2 persones assegudes a la taula). Per aconseguir aquest angle es necessita un trípode i un allargo per poder fer la connexió.

**Referència del plànol (el que s’ha de veure a la pantalla de la càmera):** tot el pacient simulat; tot l’alumne, però com no hi serà la cadira. S’ha de vigilar sobretot que entrin les 2 cares.

### 3. Fer una marca a la base d’ambdós trípodes

Una vegada estiguin els tripodes posats s'assenyalarà la base amb esparadrap o tape.

#### **4. Retolar càmeres A (perspectiva: exploració del pacient) y B (perspectiva: anamnesi)**

Es retolarà una càmera (amb un esparadrap) on hi posarà: A (exploració)

Es retolarà l'altra càmera (amb un esparadrap) on hi posarà: B (anamnesi)

#### **5. Calcular les cintes necessàries per la videograbació i rebobinar les cintes que es reutilitzin (que no siguin noves)**

Es prepararà una cinta per cada 2 alumnes (càmera A) i un alta cinta per els 2 mateixos alumnes (càmera B). Cadascuna de les cintes recull la interacció de l'alumne amb 2 perspectives diferents. La càmera A recull la perspectiva de l'exploració del pacient i la càmera A la perspectiva de l'anamnesi.

#### **6. Retolació de les cintes i de les capsos**

Les cintes aniran retolades tot seguint l'ordre dels alumnes que van accedint a la realització de l'entrevista tenint en compte el que s'ha dit en l'apartat anterior. Les filmacions dels 2 primers alumnes quedaran registrades en 2 cintes:

La primera cinta (de la càmera A) s'anomenarà 1 / 2 A (en referència al 1r alumne i al 2n)

La primera cinta (de la càmera B) s'anomenarà 1 / 2 B (en referència al 1r alumne i al 2n)

Tant les cintes com les capsos han de seguir aquesta numeració!

#### **7. Llistat de alumnes per verificar la adjudicació d'un nombre a la filmació**

**En base a la llista inicial (on apareixen els alumnes convocats, el dia i l'hora de l'entrevista), es farà una taula en blanc on hi constarà: el dia de l'entrevista, l'hora, el número de cinta i el nom i el cognom de l'alumne i la numeració de cinta assignada (veure **Taula 122**).**

Això facilitarà no cometre errors quan no es segueix l'ordre de la llista inicial. Aquesta es doncs la llista real, la que registra qui finalment fa l'entrevista al PS.

## Anexos

---

<b>Dia</b>	<b>Hora</b>	<b>Núm de cinta</b>	<b>Nom i cognom</b>	<b>Incidències</b>
		1/2 A		
		1/2 B		
		2/3 A		
		2/3 B		

**Tabla 122.** Protocol: registre i numeración de las cintas videograbació. Ciclo I (P. Formativa)

### 8. Preparar l'alimentació de cadascuna de les càmeres A i B

## 6. Programa, material de soporte y E-actividades a realizar

En este apartado se describen el programa utilizado y las E-actividades realizadas por parte de ambos grupos.

### 6.1. Programa

#### 6.1.1. Grupo control (Grupo A)

En la **Fig. 44** puede observarse de forma resumida el programa formativo seguido por el Grupo control (Grupo A) durante el Ciclo I (P. formativa I). Las 4 sesiones (color azul) son clases magistrales, durante la la 5ª sesión el alumno realizará una entrevista al Paciente simulado 3 y, durante la 6ª sesión los alumnos visualizan el vídeo de su entrevista. Los alumnos de este grupo realizan 3 E-actividades antes de realizar la entrevista.

### **PROGRAMA DE FORMACIÓ: HC EN L'ENTREVISTA CLÍNICA (GRUP A). Ciclo I (P. Formativa I). Curso 2009-10**

- **TÍTOL**

HABILITATS DE COMUNICACIÓ EN L'ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA

- **COMPETÈNCIES**

- L'alumne ha de ser capaç de adquirir les HCI bàsiques per dur a terme una entrevista clínica.
- L'alumne ha de ser capaç d'aplicar i d'integrar aquestes HCI en el procés d'intervenció de Fisioteràpia, que en aquest cas es centrara en l'anamnesi i en l'exploració d'un pacient.

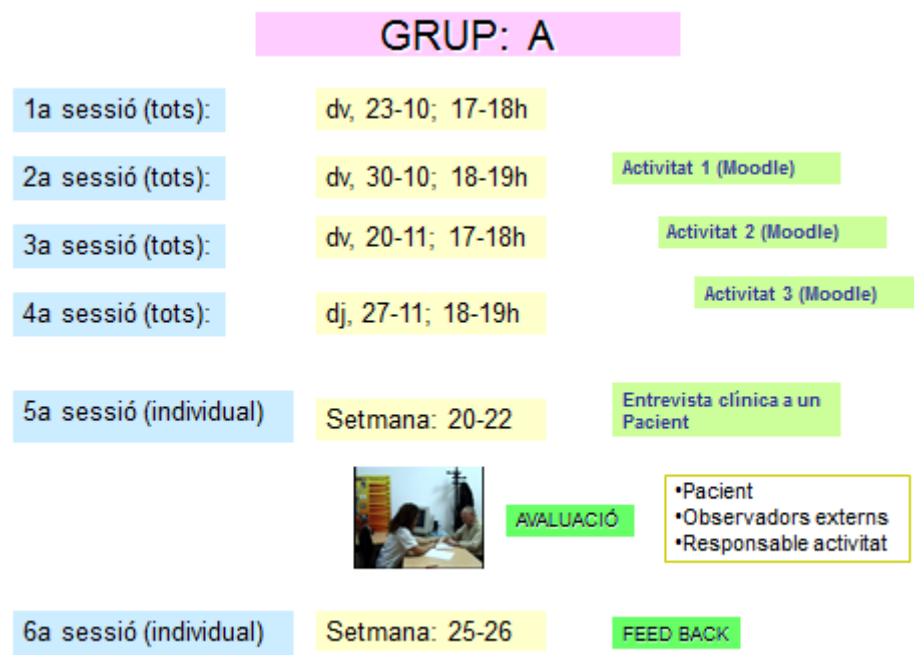


Fig. 45. Resumen del programa seguido por el Grupo control (Grupo A). Ciclo I (P. formativa I)

- **OBJECTIUS**

En acabar aquest mòdul l'alumne serà capaç de:

- Definir les habilitats de comunicació bàsiques del fisioterapeuta i el seu àmbit d'aplicació.
- Definir les diferents fases de l'entrevista clínica de Fisioteràpia dintre el procés d'intervenció en Fisioteràpia.
- Aplicar els seus coneixements, relacionats amb les HCI, a situacions reals o properes a la realitat.
- Integrar els continguts d'altres matèries (anamnesi i exploració del pacient).
- Contextualitzar l'entrevista dintre el Procés d'intervenció en Fisioteràpia.

## Anexos

---

- **CONTINGUTS**

### **TEMA 1. Introducció: la comunicació i els models de comunicació.**

#### **Introducció**

- Aspectes bàsics del concepte de comunicació
- El Model biomèdic i el model biopsicosocial
- Àmbits de la comunicació en Fisioteràpia

### **TEMA 2. La comunicació en Fisioteràpia i l'entrevista clínica.**

- Importància de la comunicació en Fisioteràpia: justificació i errors habituals.
- Relació fisioterapeuta-pacient: aspectes terapèutics i implicacions.
- El diagnòstic de Fisioteràpia i l'entrevista clínica de Fisioteràpia
- Elements bàsics de la comunicació dintre l'entrevista fisioterapeuta- pacient
- Fases de l'entrevista (Model Calgary-Cambridge)

### **TEMA 3. Les habilitats de comunicació aplicades a l'entrevista clínica.**

- Descripció de les habilitats de comunicació bàsiques per realitzar l'entrevista clínica de Fisioteràpia

### **TEMA 4. El pacient complicat.**

- L'entrevista en situacions especials (interacció amb el pacient i amb la família; pacients amb problemes crònics; el pacient que somatitza els símptomes).

- **AVALUACIÓ**

Formativa i sumativa.

Realització d'activitats de cada tema i entrevista al PSE.

Pes en la nota global d'estades clíniques (25%)

- **CRONOGRAMA**

Es mostra a la **Taula 49 (Cap. IV, apartat 2.5.)**

- **BIBLIOGRAFIA**

Kurtz SM, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. New York: Radcliffe Medical Press; 1998.

Silverman J, Kurtz SM, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK etc.: Radcliffe Medical Press; 1998.

Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica: para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1989.

Borrell i Carrió F, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. Barcelona: SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.

Clèries X editor. La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud. Barcelona: Masson; 2006.

French S, Sim J. Fisioterapia, un enfoque psicosocial. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2006.

Higgs J, editors. Contexts of physiotherapy practice. Sydney, N.S.W.; Oxford: Elsevier Churchill Livingstone; 2009.

- **MATERIAL DE SUPORT**

Apunts (Moodle)

Pàgines web (Moodle)



## Anexos

### 6.1.2. Grupo de intervención (Grupo B)

En la **Fig. 46** puede observarse de forma resumida el programa formativo seguido por el Grupo de intervención (Grupo B) durante el Ciclo I (P. formativa I). Las 4 sesiones (color azul) son clases magistrales. Posteriormente el alumno realiza 6 E-actividades, 3 entrevistas clínicas y visualiza cada una de sus entrevistas en grupo.

GRUP: B		
1a sessió (grups):	Grup B1	dj, 24-09; 18-19h
	Grup B2	dv, 02-10; 17-18h
	Grup B3	dv, 02-10; 18-19h
	Grup B4	dv, 16-10; 17-18h
2a sessió (tots)		dj, 22-10; 18-19h
Activitats Moodle (individual)		VS1/ VS2/VS3/
3a sessió (individual)		Setmana: 12-13
4a sessió (individual)		Setmana: 14-15
5a sessió (individual)		Setmana: 16-18
6a sessió (individual)		Setmana: 20-22
		Seminari
		Integració
		vídeo
		PS1
		PS2
		AVALUACIÓ PS3
		•Pacient •Observadors externs •Responsable activitat

**Fig. 46.** Resumen del programa seguido por el Grupo control (Grupo B). Ciclo I (P. formativa I)

### PROGRAMA DE FORMACIÓ: HABILITATS DE COMUNICACIÓ EN L'ENTREVISTA CLÍNICA DE FISIOTERAPIA (GRUP B). Ciclo I (P. Formativa I). Curso 2009-10

- **Competències**

Son idénticas a las del Programa del GC.

- **Objectius**

Son idénticas a las del Programa del GC.

- **Continguts**

### **TEMA I (Control): Comunicació i Fisioteràpia**

- HCI i Procés d'intervenció en Fisioteràpia
- Relació fisio-pacient: aspectes terapèutics i implicacions
  
- Àmbits de la comunicació en Fisioteràpia

### **TEMA 2. L'entrevista clínica en Fisioteràpia**

- Estructura de l'entrevista
  
- Fases de l'entrevista

#### **GUIA RESUMIDA DE L'ENTREVISTA CLÍNICA PER L'ALUMNE**

(Calgary - Cambridge Guide to the Medical interview – Communication process; Silverman et al, 2005)

#### **I. INICIAR LA SESSIÓ**

##### **A. establir la relació inicial**

- **Rebre** al pacient i anomenar-lo pel seu nom (o demanar-li).
- **Presentar-se** (nom i professió) i obtenir el consentiment informat si es necessari).
- **Mostrar** respecte i interès i cercar el confort del pacient.

##### **B. Identificar les raons de la consulta**

- 🚩 **Identificar el/s problema/es del pacient**

#### **II. RECOLLIR LA INFORMACIÓ**

##### **En relació al seu problema**

- Cercar la perspectiva del pacient
- Cercar la perspectiva biomèdica

## Anexos

---

- Contextualitzar la informació

### III. EXAMEN FÍSIC

#### Explorar al pacient per recollir

- Cercar la perspectiva del pacient
- Cercar la perspectiva biomèdica
- Contextualitzar la informació

### IV. EXPLICAR I PLANIFICAR

### V. TANCAR LA SESSIÓ

- La comunicació verbal i no verbal
- L'entrevista en situacions especials (interacció amb el pacient i amb la família; pacients amb problemes crònics; el pacient que somatitza els símptomes).
- Informar i educar al pacient.

## TEMA III. Àmbits d'aplicació de la comunicació

- **Comunicació oral: presentació oral**
- **Comunicació escrita amb l'equip de salut**
- **Metodologia de aprendizaje**

Inclourà les **següents metodologies:**

- Sessions d'integració (seminaris)
- Treball de videoclips (E-activitats)
- Consulta de Materials de suport (Moodle)
- Interacció amb el PSE
- Feedback amb el professor (veure el vídeo de l'entrevista)

**De cada tema, inclòs en els diferents mòduls, es definiran:**

- Els principis clau
- Les recomanacions (si es possible, basades en l'evidència)

- Avaluació de cada mòdul

- **Evaluación**

Serà Formativa i sumativa i implicarà:

- La realització d'activitats
- Interaccionar amb 3 PSE
- Un 25% en la nota final de l'assignatura Estadès clíniques (25%)

- **Cronograma**

Es mostra a la **Taula 47 (Cap. IV, apartat 2.5.)**

- **BIBLIOGRAFIA**

Idèntica a la utilitzada en el Programa dels alumnes del Grup control.

- **MATERIAL DE SUPORT**

Apunts (Moodle)

Pàgines web (Moodle)

- **AVALUACIÓ**

Idèntica a la utilitzada en el Programa dels alumnes del Grup control.

## **6.2. E-actividades**

Mostramos el enunciado de las E-actividades a realizar por ambos grupos: control (Grupo A) e intervención (Grupo B) durante la aplicación de la Propuesta formativa I.

### **6.2.1. Grupo control (Grupo A)**

**Activitat 1 Fase inicial de l'entrevista i fase de recollida de la informació. Grup A**

## Anexos

---

**1. Completa la següent taula on es demana que enumeris els aspectes més importants de les fases de l'entrevista clínica, que portem explicades fins ara a les classes presencials:**

<b>FASE</b>	<b>Objectius</b>	<b>Habilitats</b>
Fase inicial		
Fase de recollida de la informació		

**2. Enumera les errades que més sovint es poden produir en cadascuna d'aquestes 2 fases**

<b>FASE</b>	<b>Errades més habituals</b>
Fase inicial	
Fase de recollida de la informació	

**3. Identifica, tenint en compte la teva manera de ser, quins aspectes et costarien més de realitzar durant aquestes 2 primeres fases i quin remei hi posaries?**

<b>FASE</b>	<b>Aspectes que et suposen més dificultat</b>	<b>Possible solució</b>
Fase inicial		
Fase de recollida de la informació		

**4. Tenint en compte que habitualment utilitzem preguntes obertes i tancades, durant aquestes 2 primeres fases, contesta les següents qüestions:**

Davant el cas clínic d'un pacient de 30 anys amb dolor cervical crònic (des de fa 5 anys) i tenint en compte que estàs a la fase inicial de l'entrevista i a la fase de recollida de dades descriu com faries:

**a) 4 preguntes obertes**

**b) 4 preguntes tancades**

c) Explica les característiques que per a tu ha de tenir un bon entrevistador (per exemple un fisioterapeuta que treballa en la seva pròpia consulta).

### PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT

1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?

- a) 15 min
- b) 30 min
- c) 45 min
- d) 1h
- e) > 1h

2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la fase inicial i de recollida de la informació de l'entrevista clínica

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

3. Vols afegir qualsevol altre comentari?

### Activitat 2 Fase d'examen físic Fase d'explicació i planificació Grup A

1. Completa la següent taula on es demana que enumeris els aspectes més importants de les fases de l'entrevista clínica, que portem explicades fins ara a les classes presencials:

FASE	Objectius	Habilitats
Fase d'examen físic (exploració)		
Fase d'explicació i planificació		

2. Enumera les errades que més sovint es poden produir en cadascuna d'aquestes 2 fases

FASE	Errades més habituals
Fase d'examen físic	
Fase d'explicació i planificació	

## Anexos

---

### 3. Identifica, tenint en compte la teva manera de ser, quins aspectes et costarien més de realitzar durant aquestes 2 primeres fases i quin remei hi posaries?

FASE	Aspectes que et suposen més dificultat	Possible solució
Fase d'examen físic (exploració)		
Fase d'explicació i planificació		

### 4. En relació a la fase d'examen físic (exploració) intenta resoldre aquestes situacions hipotètiques:

- Explicar a un pacient que li has d'explorar la zona cervical per què ho vols fer i com ho faràs?
- En el cas anterior el pacient et comenta que preferiria que no li fessis aquesta prova per que la última vegada que li van fer va notar molt de dolor. Què li diries i com li diries?

### 5. En relació a la fase d'explicació i de planificació intenta resoldre aquestes situacions hipotètiques:

- Explica a una nena de 9 anys la importància de la rutina de correcció tenint en compte que té una escoliosi estructurada i progressiva.
- Explica als pares de la nena de l'apartat a) per què és important que faci els exercicis que li has prescrit? i Cada quan els ha de fer? (vigila de: no alarmar, donar una informació real, compartir la informació amb els pares).

## PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT

### 1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?

- 15 min
- 30 min
- 45 min
- 1h
- > 1h

### 2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la fase inicial i de recollida de la informació de l'entrevista clínica

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

Vols afegir qualsevol altre comentari?

### Activitat 3 Tancar l'entrevista Grup A

1. Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle

- Quins són, sota el teu punt de vista, els **objectius** que has de tenir en compte en la fase de tancament de l'entrevista?
- Anomena almenys **3 habilitats de comunicació bàsiques** que t'ajudaran a fer un tancament adequat de l'entrevista

	Habilitats de comunicació bàsiques per tancar l'entrevista
1	
2	
3	

- Anomena almenys **4 errors o dificultats** i les seves **possibles solucions** o propostes de millora, relacionades amb les habilitats de comunicació, amb els que es pot trobar un fisioterapeuta quan inicia i desenvolupa aquesta fase (*Fase de tancament de l'entrevista*). Si penses en més de 4 situacions les pots anomenar així t'ajudaran a realitzar l'entrevista que faràs més endavant.

Errades	Possibles solucions/ propostes de millora
1	
2	
3	
4	

2. En relació a la *Fase de tancament de l'entrevista* posat amb les següents situacions i escriu com ho faries:

- Donat que en aquesta fase es recomana resumir el que ha estat més important de l'entrevista entre el fisioterapeuta i el pacient, fes una simulació en la que **resumeixes els trets més importants de l'entrevista que té a veure amb una senyora de 55 anys que ha vingut per un problema d'artrosi de genoll**. (Extensió màxima: 5 línies).



## Anexos

---

- b) Resumeix quin serà el **pla de tractament** als pares d'un nen de 8 anys que ha vingut a la teva consulta per un problema d'escoliosi idiopàtica progressiva (Extensió màxima: 5 línies)
- c) Un pacient de 55 anys, diagnosticat d'una lumbàlgia, et pregunta per uns exercicis que li has recomanat pel domicili (no entén quan els ha de fer, durant quan de temps i què ha de tenir en compte per deixar de fer-los). El seu nivell cultural t'obliga a utilitzar un **llenguatge molt simple**.
- d) Una **pacient embarassada** (6 mesos) a la que li estàs fent tractament per una incontinència urinària et pregunta en quines circumstàncies ha d'anar al metge o ha de venir a la teva consulta. Què li contestaries? (Extensió màxima: 5 línies).

### PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT

#### 1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

#### 2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la fase inicial i de recollida de la informació de l'entrevista clínica

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

#### 3. Vols afegir qualsevol altre comentari?

### 6.2.2. Grupo de intervención (Grupo B)

#### a) E-Actividad 1 (G. intervención)

#### Activitat 1 Fase inicial de l'entrevista Grup B

1. **Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle**

- a. Quins són, sota el teu punt de vista, els **objectius** que has de tenir en compte a la **fase inicial** de l'entrevista?
  - b. Quines són les **3 habilitats bàsiques** que t'ajudaran a **iniciar** de forma adequada l'entrevista clínica?
2. A continuació tindràs que treballar la teva **capacitat d'observació** i consultar els continguts relacionats amb la **Fase inicial de l'entrevista** (material de suport per l'alumne.doc) per tal de poder fer l'**anàlisi dels següents vídeos** (que trobaràs a **Moodle** i **contestar les preguntes** que corresponen a cadascun.
- a. **Anàlisi** del vídeo clips

Qüestions	Vídeo 1	Vídeo 2	Vídeo 3	Vídeo 4
Què és el que més <b>t'ha cridat l'atenció</b> , pel que fa al maneig de l'entrevista per part de l'entrevistador?				
Comenta els aspectes que l'entrevistador <b>ha fet de forma correcta</b> i que s'inclouen dintre d'aquesta fase?				
Què <b>milloraries</b> de la intervenció de l'entrevistador?				
Vols afegir algun altre <b>comentari</b> ?				

3. **Defineix almenys una dificultat, en relació a la teva manera de ser i d'afrontar el contacte amb un nou pacient? (si penses en més d'una dificultat també ho pots posar, t'ajudarà a l'hora de posar-te en situació a l'entrevista real)**
- a. Defineix la dificultat i la possible solució
4. **Un pacient t'explica durant una estona "massa llarga" moltes circumstàncies relacionades amb el motiu de la seva visita i veus que l'has de "tallar" descriu 3 opcions per reorientar l'entrevista ja que tens un temps limitat per atendre a cada pacient**

**Exemple:**

**Fisio:** Hola bon dia. El meu nom és ..

**Senyora A:** **Bon dia,... miri ... em fa molt de mal l'esquena ...**

**Fisio:** Molt bé... el que més li molesta ara és el mal d'esquena, és així?

## Anexos

---

**Senyora A:** Si doncs m'han fet moltes proves i jo crec que no saben el que tinc i a més em va dir una vegada un especialista que això pot ser era del meu pes, sap? Jo peso 87 Kg i em fa molt de mal l'esquena...la meva mare també pesava massa (ara fa 6 anys que va morir...). Una de les 2 úniques filles que tinc viu a Sabadell i em ve a veure molt poc..., vostè pensa que això és normal?  
...

**Fisio:** Expliqui com és aquest dolor d'esquena?

**Senyora A:** Ahir quan vaig anar a comprar, bé quan vaig anar a comprar ... mm ... no quan vaig anar a casa de la meva jove a recollir el meu nét, que el pobre tenia molta febre .... no sap de què podria ser? ...Bé doncs com li estava explicant ja fa molt de temps que em fa mal l'esquena, però no tan sols em fa mal l'esquena, aquí (assenyalant amb la mà) al genoll no ho puc aguantar de dolor... i per les nits he de veure un got de llet calenta per que sap? penso que així dormo millor i no em desperta el dolor... (la pacient parla molt ràpid i té moltes ganes d'explicar coses),

**Fisio:**

**Com reorientaries l'entrevista?**

**Opció 1:**

**Opció 2:**

**Opció 3:**

<b>PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT</b>
---------------------------------------

**1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?**

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

**2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la fase inicial de l'entrevista clínica**

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

**Vols afegir qualsevol altre comentari?**

## b) E-Actividad 2 (G. intervenció)

### Activitat 2 Recollir la informació Grup B

#### 1. Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle

- a) Quins són, sota el teu punt de vista, **els objectius** que has de tenir en compte a la fase de *recollida de la informació*? Anomena'n almenys 4.
- b) Completa la següent taula (a la columna de la dreta) en relació al **significat que tenen per tu les habilitats que cal desenvolupar en aquesta fase** (quant més clar ho expliquis millor ho sabràs aplicar després a l'entrevista real):

Habilitats bàsiques	Significat
Exploració dels problemes del pacient	
Comprendre la perspectiva del pacient	
Proporcionar una estructura a l'entrevista	

- c) En relació a cadascuna de les habilitats bàsiques trobaràs a la columna del mig 2 intervencions. **Describeix l'errada que es pot produir si aquesta intervenció no es realitza de forma adequada** (la columna de la dreta).

Habilitats bàsiques	Possibles intervencions	Errada si la intervenció no s'aplica de forma adequada
<b>Exploració dels problemes del pacient</b>	1. Saber utilitzar diferents tipus de preguntes	
	2. Utilitzar facilitadors	
<b>Comprendre la perspectiva del pacient</b>	1. Captar el llenguatge verbal i no verbal i interpretar-lo	
	2. Definir les metes i expectatives del pacient	
<b>Proporcionar una estructura a l'entrevista</b>	1. Captar el llenguatge verbal i no verbal i interpretar-lo	
	2. Utilitzar una seqüència ordenada de l'entrevista	

## Anexos

### 2. En relació als vídeo clips que trobaràs al Moodle contesta les següents qüestions

Qüestions	Vídeo 1	Vídeo 2	Vídeo 3	Vídeo 4	Vídeo 5	Vídeo 6
Què és el que més <b>t'ha cridat l'atenció</b> , pel que fa al maneig de l'entrevista per part de l'entrevistador?						
Comenta els aspectes que l'entrevistador <b>ha fet de forma correcta</b> i que s'inclouen dintre d'aquesta fase?						
Què <b>milloraries</b> de la intervenció de l'entrevistador?						
Vols afegir algun altre <b>comentari</b> ?						

### 3. Defineix els 3 aspectes que són més rellevants per a tu, durant la fase de recollida de la informació, i explica el per què són els més rellevants.

(Nota: es recomana que contestis en base a una reflexió personal)

Aspectes rellevants durant la fase de la recollida de la informació	Justificació
1.	
2.	
3.	

### 4. A partir de la situació que apareix a sota de l'enunciat (entrevista entre el Fisioterapeuta A.L. y el Senyor B.M.) d'aquesta pregunta, **enumera 2 frases on es respongui amb un llenguatge verbal d'empatia i de simpatia amb la intenció de diferenciar entre ambdós conceptes.**

**Fisio:** .... Si us plau expliqui què vol dir quan em comenta que aquest dolor li produeix molta tristesa...

**Senyor B.M.:** Des que em van diagnosticar aquesta malaltia em sento cada dia pitjor... (El pacient comença a plorar) ....

<b>Frase 1 (mostra empatia)</b>	
<b>Frase 2 (mostra empatia)</b>	
<b>Frase 1 (mostra simpatia)</b>	
<b>Frase 2 (mostra simpatia)</b>	

**PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT**

**Quan de temps has dedicat a realitzar-la?**

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

**L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la fase inicial de l'entrevista clínica**

<b>gens</b>	<b>una mica</b>	<b>força útil</b>	<b>molt útil</b>
-------------	-----------------	-------------------	------------------

**c) Actividad 3 (G. intervención)**

**Activitat 3 Explorar al pacient Grup B**

1. **Contesta les següents qüestions** utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle
  - a) Quins són, sota el teu punt de vista, **els objectius que has de tenir en compte a la fase de l'exploració del pacient?**
  - b) Anomena almenys **3 habilitats de comunicació bàsiques** que t'ajudaran a fer una **exploració física adequada**
  - c) Anomena almenys **4 errors o dificultats** i les seves **possibles solucions o propostes de millora, relacionades amb les habilitats de comunicació**, amb els que es pot trobar un **fisioterapeuta quan inicia i desenvolupa aquesta fase (Explorar al pacient)**. Si

## Anexos

---

penses en més de 4 situacions les pots anomenar així t'ajudaran a realitzar l'entrevista que faràs més endavant.

2. A continuació tindràs que treballar la teva **capacitat d'observació i consultar els continguts relacionats amb la Fase d'exploració del pacient (material de suport per l'alumne.doc)**. **Analitza els següents vídeos**, que trobaràs a l'espai Moodle, i completa les qüestions que apareixen a continuació.

Qüestions	Vídeo 1	Vídeo 2	Vídeo 3	Vídeo 4	Vídeo 5
Què és el que més <b>t'ha cridat l'atenció</b> , pel que fa al maneig de l'entrevista per part de l'entrevistador?					
Comenta els aspectes que l'entrevistador <b>ha fet de forma correcta</b> i que s'inclouen dintre d'aquesta fase?					
Què <b>milloraries</b> de la intervenció de l'entrevistador?					
Vols afegir algun altre <b>comentari</b> ?					

3. **Què li diries a un pacient hipotètic en les següents situacions dintre aquesta fase de l'entrevista clínica (Fase d'exploració del pacient)?**
  - a) Tens un pacient que té molta vergonya quan s'ha de treure la roba a l'hora de fer-li l'exploració. Situació: home/dona d'un altra cultura que ha de ser explorat per un fisioterapeuta del sexe contrari.

**Explicació:**

- b) **T'apareix un pacient que no té prou treballats els hàbits d'higiene. L'has d'explorar i al dia següent has de començar el tractament.**

**Explicació:**

**PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT**

**1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?**

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

**2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la "Fase d'exploració del pacient" dintre l'entrevista clínica**

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

**2. Vols afegir qualsevol altre comentari?**

**d) Actividad 4 (G. intervenció)**

**Activitat 4 Explicar i planificar Grup B**

**1. Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle**

- a. Quins són, sota el teu punt de vista, els **objectius** que has de tenir en compte en la **fase d'explicació i de planificació**?
  - b. Quines són les **3 habilitats bàsiques** que t'ajudaran a realitzar la **fase d'explicació i de planificació** de forma adequada?
  - c. Què és el que més et molesta com a pacient (quan vas al metge) quan aquesta fase, **d'explicació i de planificació**, es realitza pel metge de forma inadequada?
  - d. Quins són els **errors** que pot tenir el **fisioterapeuta** durant aquesta fase (**explicació i planificació**)? Com els podries resoldre o almenys millorar?
- 2. A continuació tindràs que treballar la teva capacitat d'observació i consultar els continguts relacionats amb la Fase d'explicació i planificació de l'entrevista (material de suport per l'alumne.doc). Analitza els següents vídeos, que trobaràs a l'espai Moodle, i completa les qüestions que apareixen a continuació.**



## Anexos

3.

Qüestions	Vídeo	Vídeo	Vídeo	Vídeo	Vídeo
	1	2	3	4	5
Què és el que més <b>t'ha cridat l'atenció</b> , pel que fa al maneig de l'entrevista per part de l'entrevistador?					
Comenta els aspectes que l'entrevistador <b>ha fet de forma correcta</b> i que s'inclouen dintre d'aquesta fase?					
Què <b>milloraries</b> de la intervenció de l'entrevistador?					
Vols afegir algun altre <b>comentari</b> ?					

4. Es descriuen a continuació **accions** que tenen a veure amb alguna de les **habilitats de comunicació** que s'han d'aplicar durant aquesta fase de l'entrevista (*Fase d'explicació i planificació*). Podries dir com faries per:

**Explicar-li al pacient, de forma breu, clara, concisa i comprensible**

- a) **Que el seu dolor té a veure amb una neuropatia diabètica.**

**Explicació:**

- b) **Que les seves molèsties poden tenir a veure amb una síndrome de dolor miofascial**

**Explicació:**

- c) **Que les seves molèsties poden tenir a veure amb una sobrecàrrega mecànica a nivell de les articulacions interapofisàries posteriors (nivell L3-L4).**

**Explicació:**

- d) **Explica-li a un pacient què tindrà que fer a partir d'ara després d'haver-li fet l'exploració** (diagnòstic mèdic artrosi de maluc, EVA = 7). Ha de venir a fer tractament a la teva consulta i li has de pautar: exercici, repòs i activitat. L'explicació ha de ser clara, concisa i factible (no més de 5 línies).

**Explicació:**

e) El pacient de l'apartat d) et comenta que no té ganes de fer els exercicis ja que sota el seu punt de vista això no serveix per a res. Com buscaries la seva implicació? (no més de 5 línies)

Explicació:

**PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT**

1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la *Fase d'explicació i planificació de l'entrevista clínica*.

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

4. Vols afegir qualsevol altre comentari?

e) **Actividad 5 (G. intervenció)**

**Activitat 5 Tancar l'entrevista Grup B**

1. **Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle**

- a. Quins són, sota el teu punt de vista, **els objectius** que has de tenir en compte en **la fase de tancament de l'entrevista**?
- b. **Anomena almenys 3 habilitats de comunicació bàsiques** que t'ajudaran a fer un tancament adequat de l'entrevista
- c. **Anomena almenys 4 errors** o dificultats i les seves possibles **solucions o propostes de millora, relacionades amb les habilitats de comunicació**, amb els que es pot trobar un fisioterapeuta quan inicia i desenvolupa aquesta fase (*Fase de tancament de l'entrevista*).

## Anexos

---

2. A continuació tindràs que treballar la teva **capacitat d'observació i analitzar els següents vídeos, que trobaràs a l'espai Moodle. Una vegada observats completa les qüestions que apareixen a continuació.**

Qüestions	Vídeo	Vídeo	Vídeo	Vídeo
	1	2	3	4
Què és el que més <b>t'ha cridat l'atenció</b> , pel que fa al maneig de l'entrevista per part de l'entrevistador?				
Comenta els aspectes que l'entrevistador <b>ha fet de forma correcta</b> i que s'inclouen dintre d'aquesta fase?				
Què <b>milloraries</b> de la intervenció de l'entrevistador?				
Vols afegir algun altre <b>comentari</b> ?				

3. En relació a la *Fase de tancament de l'entrevista* posat amb les següents situacions i escriu com ho faries:
- Donat que en aquesta fase es recomana resumir el que ha estat més important de l'entrevista entre el fisioterapeuta i el pacient, **fes una simulació en la que resumeixes els trets més importants de l'entrevista que té a veure amb una senyora de 55 anys que ha vingut per un problema d'artrosi de genoll. (Extensió màxima: 5 línies).**
  - Resumeix **quin serà el pla de tractament als pares d'un nen de 8 anys que ha vingut a la teva consulta per un problema d'escoliosi idiopàtica progressiva** (Extensió màxima: 5 línies)
  - Un pacient de 55 anys, diagnosticat d'una lumbàlgia, **et pregunta per uns exercicis que li has recomanat pel domicili (no entén quan els ha de fer, durant quan de temps i què ha de tenir en compte per deixar de fer-los). El seu nivell cultural t'obliga a utilitzar un llenguatge molt simple.**
  - Una pacient **embarassada (6 mesos)** a la que li estàs fent tractament per una incontinència urinària **et pregunta en quines circumstàncies ha d'anar al metge o ha de venir a la teva consulta. Què li contestaries? (Extensió màxima: 5 línies).**

**PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT**

**1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?**

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

**2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre la "Fase de tancament de l'entrevista" dintre l'entrevista clínica**

<b>gens</b>	<b>una mica</b>	<b>força útil</b>	<b>molt útil</b>
-------------	-----------------	-------------------	------------------

**3. Vols afegir qualsevol altre comentari?**

**4. Actividad 6 (G. intervención)**

**Activitat 6\_Construir la relació\_Proporcionar una estructura a l'entrevista Grup B**

**1. Contesta les següents qüestions utilitzant com a recolzament el material de suport que trobaràs a Moodle**

**1.1. En relació al concepte de "construcció de la relació amb el pacient" dintre l'entrevista clínica explica breument els següents aspectes:**

<b>Concepte</b>	<b>Explicació breu</b>
<b>Mostrar un llenguatge no verbal adequat</b>	
<b>Desenvolupar una relació adequada amb el pacient</b>	
<b>Saber fer implicar al pacient</b>	

**1.2. Quins són els errors que pot tenir el fisioterapeuta en relació a la "construcció de la relació amb el pacient" Com els podries resoldre o almenys millorar?**

**1.3. En relació al concepte de "proporcionar una estructura a l'entrevista" explica breument els següents aspectes:**

## Anexos

---

Concepte	Explicació breu
Construir una estructura	
Fer que l'entrevista sigui fluida	

**1.4. Quins són els errors que pot tenir el fisioterapeuta en relació al fet de *proporcionar una estructura a l'entrevista*? Com els podries resoldre o almenys millorar?**

Errada	Proposta de millora

### PEL QUE FA A AQUESTA ACTIVITAT

**1. Quant de temps has dedicat a realitzar-la?**

- a. 15 min
- b. 30 min
- c. 45 min
- d. 1h
- e. > 1h

**2. L'has trobada útil? Marca amb una creu el nivell d'utilitat d'aquesta activitat en relació a si t'ha ajudat a entendre els conceptes de: "*construcció de la relació amb el pacient*" i de "*proporcionar una estructura a l'entrevista*"**

gens	una mica	força útil	molt útil
------	----------	------------	-----------

**3. Vols afegir qualsevol altre comentari?**

## 7. Resumen de resultados y transcripciones: encuestas y sesiones de retroacción

En este apartado se incluye la transcripción de las **encuestas** cumplimentadas por los *alumnos* y de las **sesiones de retroacción** relacionadas con los alumnos que participaron durante el Ciclo I, en la P. formativa I.

### 7.1. Categorización y resultados de la categorización (Ciclo I, PF I)

A continuación se muestran las categorías de cada una de las preguntas realizadas a los

**alumnos tras la realización de la ECF al PS.** Al final de cada pregunta aparecen los resultados en porcentajes y algunos comentarios, de tipo cualitativo, que facilitaran el proceso de análisis. Al final de cada Grupo se realiza un documento común con los resultados más relevantes.

## a) Encuesta 1-PF I

### 1. Pregunta 1

Respecto a la pregunta 1 (“**Lo que más te ha gustado de la interacción con el paciente simulado, ¿ha sido...?**”) fue contestada por 28 alumnos (100%). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse en la **Tabla 123**.

P.1. LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DE LA INTERACCIÓN CON EL PS HA SIDO ...
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Poder realizar la entrevista y aplicar lo que he aprendido (92,85%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Reconocer y superar las dificultades (14,28)
**Poder “ayudar” al paciente (3,57%)
**Aprender (39,28%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
*Tener que relacionar lo que me explica el paciente (25%)
* Poder decidir aquello que le pregunto al paciente (28,57%)
*A tener confianza y seguridad conmigo misma (32,14%)
<b>**Subcategoría</b>
**Preparación para el mundo laboral (10,71%)
**Realizar por vez primera esta experiencia (21,42%)
**Estar ante una situación “real” (82,14%)

**Tabla 123.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Lo que **más les ha gustado** a un **92,85%** de los alumnos encuestados ha sido *poder realizar una entrevista clínica con un paciente y aplicar aquello que han aprendido* con relación al hecho de: tener que buscar la relación entre los distintos aspectos de la

## Anexos

---

información proporcionada por el paciente (**25%**), decidir como gestionar la entrevista (**28,57%**) y el hecho de que esta experiencia haya contribuido a aumentar la confianza y la seguridad consigo mismos (**32,14%**). Respecto a los alumnos que contestaron esta pregunta, un **10,71%** consideraron que esta experiencia les gustaba por que les *preparaba para el mundo laboral* (experiencia para realizar más entrevistas). Un **82,14%** percibieron estar ante una *situación real* y un **85,71%** comentaron que era la *primera vez que realizaban una entrevista clínica*.

### 2. Pregunta 2

Esta preguntada fue contestada por los 28 alumnos (100%). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 124**.

Lo que **menos les ha gustado** a los alumnos que contestaron esta pregunta fue:

- En un **46,42%** de los alumnos fue el hecho de tener que *controlar los nervios* causados por: la dificultad para estructurar la entrevista y seguir un orden coherente (**39,28%**), por la presencia de las cámaras de video (**17,85%**), por la vergüenza al saber que mi entrevista sería vista por otros (**14,28%**) o por la dificultad para aplicar conceptos, relacionados con la entrevista, ya aprendidos pero no puestos en práctica (**7,14%**).
- Para un **42,85%** de los alumnos fue la *inseguridad o la sensación de incomodidad o las dudas* que les han surgido durante la realización de la entrevista asociadas a la dificultad para llevar a cabo cada una de las fases de la entrevista clínica (**82,14%**). De estas fases, las que más les costó fue la de exploración (**32,14%**). En menor grado, la presencia de las cámaras de vídeo (**21,42%**), las dudas que el paciente le planteó al alumno, con relación a su problema (**21,42%**) y por último, la propia inseguridad (**10,71%**), los muchos aspectos que necesitarían mejorar (**10,71%**) y el hecho de saber reconducir la conversación (excesiva) del paciente.
- La *situación de simulación*, ya que en algunos casos hizo que los alumnos se implicaran menos durante la realización de la entrevista (**7,14%**).

- La realización de las actividades previas a la realización de la entrevista en el entorno Moodle (3,57%).

P.2. LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DE ESTA EXPERIENCIA HA SIDO
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: El control de los nervios (46,42%)*</b>
<b>**Subcategoría</b>
La presencia del vídeo (17,85 %)
Dificultad para estructurar la entrevista y seguir un orden (39,28%)
Dificultad para aplicar conceptos (7,14%)
Relacionados con la exploración y con el tratamiento (117,85%)
Por ser la 1ª entrevista (7,14%)
Por que la verían mis compañeros (14,28%)
Dificultad para corregir mis errores (7,14%)
<b>***Categoría 2: Inseguridad, incomodidad y/o dudas (42,85%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<b>Dinámica de la entrevista/pasos a seguir (82,14%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
*Con relación a la exploración: poco tiempo (32,14%)
*Con relación a redirigir la conversación (excesiva) del paciente (10,71%)
*Con relación al lenguaje utilizado (excesivamente técnico) (10,71%)
*En relación a los muchos aspectos a mejorar (10,71%)
*En relación a mi propia inseguridad (10,71%)
*Relacionada con la presencia del vídeo (21,42%)
* Relacionada con las dudas que me planteó el paciente hacia mí (21,42%)
<b>***Categoría 3: La situación de simulación (7,14%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Ha disminuido mi grado de implicación (14,28%)
**El PS tenía muy preparadas las respuestas (14,28%)
<b>***Categoría 4: La realización de actividades de Moodle (3,57%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
Poco tiempo (100%)

**Tabla 124.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)



## Anexos

### 3. Pregunta 3

Respecto a la pregunta 3 (“¿recomendarías a otro compañero de la carrera realizar una entrevista con un paciente simulado?”) fue contestada por los 28 alumnos (100%). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 125**.

- Un **64,28%** consideró la experiencia vivida como un *método de aprendizaje útil para aprender a realizar entrevista clínicas*. En este caso, los alumnos destacaron por una parte, la posibilidad de facilitar su aprendizaje mediante la realización de las entrevistas y mediante la observación y la reflexión de los errores cometidos (**60,71%**), por otra, el aumento de su confianza para realizar entrevistas, puesto que se hacen en una situación de simulación (**32,14%**) y, por último, la posibilidad de aplicar en la práctica los conceptos aprendidos en teoría (**10,71%**) y en el hecho de tener que enfrentarse solos (sin ninguna supervisión) a un paciente.
- Un **60,71%** de los alumnos consideró esta *experiencia útil* para ser aplicada al mundo laboral por distintos motivos: por que algunos alumnos comentaron no haber realizado nunca antes una entrevista clínica (**60,71%**), por que les sería útil para el mundo laboral (**46,42%**) o por que consideraron que mejoraría su calidad como profesionales (**39,28%**).

P.3. ¿RECOMENDARÍAS A OTRO COMPAÑERO DE LA CARRERA REALIZAR UNA ENTREVISTA CON UN PS?
***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría
***Categoría 2: Útil como método de aprendizaje (64,28%)
**Subcategoría
**Aumenta la seguridad/confianza para realizar una ECF (ya que se realiza primero con un PS) (32,14%)
**Permite aprender de los errores/limitaciones e irlos mejorando en futuras entrevistas (60,71%)
**Permite aplicar lo aprendido en una situación práctica (10,71%)
**Te enfrentas solo ante el paciente (10,71%)
***Categoría 1: Útil para su aplicación/preparación al mundo laboral/real (60,71%)*
**Subcategoría
**Mejora de la calidad profesional: (39,28%)
**Salida laboral en el ámbito privado o del ejercicio libre de Fisioterapia (46,42%)
**Algo que no había hecho hasta ahora en las prácticas clínicas (60,71%)

**Tabla 125.** Encuesta 1-PF I. Pregunta3: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

#### 4. Pregunta 4

Respecto a la pregunta 4 (“¿Lo que más te ha gustado del módulo de habilidades de comunicación ha sido...?”) fue contestada por los 28 alumnos (100%). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 126**.

- Para el **96,42%** de los alumnos lo que más les ha gustado ha sido participar en un *método de aprendizaje, que consideran útil, para realizar entrevistas clínicas*. De los aspectos metodológicos, los alumnos han destacado los siguientes: el aprendizaje obtenido a través del análisis de video clips de otras entrevistas dónde debían buscarse los errores más frecuentes (**42,85%**); el aprendizaje de cómo debe realizarse la entrevista teniendo en cuenta su estructura (**60,71%**) en relación a cuál es la estructura que debe tener una entrevista; la toma de conciencia de las dificultades que implica realizar una entrevista (**57,14%**), la ayuda proporcionada por el material de soporte para el alumno (**57,14%**) y el hecho de facilitar el proceso de reflexión a partir de una actividad práctica y de los seminarios (**71,42%**).

P.4. LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DEL MÓDULO DE HC HA SIDO
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Utilizar un método de aprendizaje que considero útil (96,42%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Realizar la entrevista y aprender como llevara a cabo (60,71%)
**El análisis de videoclips (de otras entrevistas, con los errores más frecuentes) me ha ayudado (42,85%)
**Que me ha ayudado a realizar y estructurar una entrevista (57,14%)
**La ayuda proporcionada por el material de soporte para el alumno (57,14%)
**Me ha ayudado a ser más consciente de las dificultades que supone realizar una buena entrevista (46,42%)
**El proceso de reflexión realizado durante los seminarios (71,42%)
**Por que ha sido muy práctico (78,57%)

**Tabla 126.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

#### 5. Pregunta 5

Respecto a la pregunta 5 (“¿Lo que menos te ha gustado del módulo de habilidades de

## Anexos

comunicación ha sido...?”) fue contestada por **25** alumnos (**89,28%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 127**.

P.5. LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DEL MÓDULO DE HC HA SIDO
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: La realización de las actividades en Moodle (53,57%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Han sido muy similares (10,71%)
**Demasiadas para tan poco tiempo/exceso de carga de trabajo (46,42%)
<b>*sub-subcategoría</b>
<i>Exceso de vídeos (21,42%)</i>
<i>Exceso en nº (14,28%)</i>
<i>Exceso de preguntas técnicas/ conceptuales (14,28%)</i>
**Muy laboriosas (7,14%)
**Retroacción tardía por parte del profesor (10,71%)
**No tenía el hábito de mirar qué actividades debían realizarse en Moodle (7,14%)
<b>***Categoría 2: Que no hubiera podido haber realizado más entrevistas clínicas (3,57%)</b>
<b>***Categoría 3: La realización de otras actividades durante las clases presenciales (3,57%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Me hubiera gustado ver todo el vídeo y no solo fragmentos (3,57%)

**Tabla 127.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Para un **53,57%** de los alumnos fueron las actividades propuestas, por el profesor, en el espacio Moodle. Para un **46,42%** hubieron demasiadas actividades y poco tiempo para realizarlas. Algunos opinaron que había un excesivo número de video clips para analizar (**21,42%**), otros que había un número demasiado elevado de actividades en general (**14,28%**) o bien demasiadas preguntas conceptuales (**14,28%**). Para un **10,71%** de los alumnos el tiempo de retroacción, de la actividad entregada, fue excesivo.
- Un alumno (**3,57%**) identificó, como un aspecto negativo, el hecho de no haber podido realizar más entrevistas de las que ya había programadas (en este caso habían 3 entrevistas programadas).

- Un alumno (**3,57%**) comentó la posibilidad de trabajar con un método que permitiera visualizar, durante las clases presenciales o los seminarios, los videos de otras entrevistas.

## 6. Pregunta 8

Respecto a la pregunta 8 (“¿Lo que menos te ha gustado del módulo de habilidades de comunicación ha sido...?”) fue contestada por **28** alumnos (**100%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 128**.

P.8. LO QUE TE HA SUPUESTO MAYOR DIFICULTAD HA SIDO ...
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: La realización de la entrevista (71,42%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Nervios (por la misma entrevista o por la cámara de video) (32,14%)
**Desconfianza (¿lo haré bien?) (7,14%)
**Reconocer los errores (10,71%)
**Saber aplicar lo que he aprendido (10,71%)
<b>*sub-subcategoría</b>
<i>*Hablar más despacio (50%)</i>
<i>*La forma de realizar las preguntas (abiertas/cerradas) (53,57%)</i>
<i>*La forma de expresarme (50%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
**La exploración del paciente (32,14%)
**Saber estructurar la ECF (42,85%)
<b>***Categoría 2: La realización de actividades en Moodle (21,42%)</b>
<b>**Subcategoría:</b>
**Desconfianza al analizar los videos (17,85%)
**Terminología utilizada (aspectos comunicativos) (17,85%)
**Realización de casos (14,28%)
**Poco tiempo para realizarlas (17,85%)
**Exceso de actividades (35,7%)
<b>***Categoría 3: Nada en particular (10,71%)</b>

**Tabla 128.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 8: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

## Anexos

---

- Para un **71,42%** de los alumnos fue la *realización de la entrevista*.

A un **32,14%** lo que les resultó más difícil fue controlar los nervios, asociados a la presencia de las cámaras de video o al hecho de tener que realizar por primera vez una entrevista. Un **42,85%** dijo tener dificultades para estructurar y ordenar cada una de las fases de la entrevista. En un **10,71%** de casos, los alumnos no supieron identificar sus errores ni aplicar aquello que habían aprendido (en las clases presenciales y/o en las actividades de Moodle), como por ejemplo modular el tono y la velocidad de la voz, realizar preguntas abiertas y cerradas. Algunos alumnos comentaron tener dificultad para explorar al paciente (32,14%).

- Para un **21,42%** de los alumnos fue la *realización de las actividades en Moodle*

El **33,33%** de los alumnos (respecto al 20%) consideró que había un exceso de actividades. Además se hicieron otros comentarios relacionados con: la dificultad para analizar los vídeo clips (**16,6%**), no les pareció apropiado tener que realizar actividades relacionadas con la descripción de aspectos conceptuales de tipo comunicativo (**16,66%**), ni tener que resolver casos de problemas de tipo comunicativo (**16,66%**), tener poco tiempo para realizarlas (**16,66%**), y que en número fueran tan importantes (**16,66%**).

Para un **10,71%** *no hubo nada en particular* que les resultara complicado.

## 7. Pregunta 9

Respecto a la pregunta 9 (“¿Recomendarías a otros compañeros de la carrera participar en el módulo de HC...?”) fue contestada por **28** alumnos (**100%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 129**.

- El **50%** de los alumnos contestó que sí por que les *facilitó el aprendizaje de las habilidades de comunicación* necesarias para comprender y realizar la entrevista clínica de Fisioterapia.

<b>P.9. RECOMENDARÍAS A OTROS COMPAÑEROS DE LA CARRERA PARTICIPAR EN EL MÓDULO DE HC</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: SI porque facilitan el aprendizaje para realizar la ECF (50%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Ayuda a comunicarte mejor con el paciente (46,42%)
**Se proporcionan diferentes herramientas para comunicarse con los pacientes (46,42%)
**Ayuda a tomar consciencia de la diversidad de pacientes y de situaciones (39,28%)
**Facilita la adquisición de una estructura para realizar la ECF (46,42%)
**Ayuda a no perder información (durante la fase de recogida de la información) (46,42%)
**Ayuda a adquirir experiencia y agilidad para realizar una ECF 16 (50%)
**Facilita el aprendizaje a partir de la observación, mediante el video, de los propios errores (50%)
<b>***Categoría 2: SI porque el aprendizaje de HC puede tener un impacto positivo en la actividad profesional futura y se acerca a situaciones reales (28,57%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Aumentan la seguridad en el desarrollo de la actividad profesional (25%)
**El aprendizaje se realiza en situaciones quasi reales (25%)
<b>***Categoría 3: Si por que son conocimientos que no se trabajan durante la carrera (25%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Se presta atención a la parte humana de nuestro trabajo (25%)

**Tabla 129.** Encuesta 1-PF I. Pregunta 9: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

Un **46,42%** de estos alumnos comentó que la realización del módulo les ayudó a incorporar la estructura de la entrevista.

Para un **50%** de los alumnos les ayudó a aprender, mediante la observación de su propia entrevista (en el video), de sus propios errores y de los de sus compañeros.

Para el **46,42%** se les proporcionaron herramientas para poder comunicarse correctamente con los pacientes.

Otros comentarios de interés tuvieron que ver con la ayuda de la metodología seguida para: comunicarse mejor con el paciente (46,42%), para tomar consciencia de la diversidad de pacientes y de situaciones (39,28%), para no perder información (46,42%) y para adquirir experiencia y la habilidad necesaria para realizar una entrevista clínica.

## Anexos

---

- Un **28,57%** de los alumnos contestó afirmativamente, ya que el aprendizaje de cómo realizar la ECF es *importante para el desempeño de la profesión*.

El **25%** de los alumnos comentó que el aprendizaje les daría más seguridad para desarrollar su actividad profesional.

El **25%** afirmó que el aprendizaje en situaciones reales o muy próximas a la realidad es muy importante para trabajar como fisioterapeutas.

- El **25%** contestó afirmativamente argumentando que *los conocimientos adquiridos en el módulo no se realizaron durante la carrera*.

A un **25%** de estos alumnos les llamó la atención la dimensión humana del trabajo de los fisioterapeutas y su relación con la entrevista clínica.

## 8. Pregunta 10

Respecto a la **pregunta 10** (“¿Deseas añadir algún otro comentario con relación a la actividad en la que has realizado?”) fue contestada por 13 alumnos (**46,42%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 130**.

- Haber aprendido nuevas habilidades para establecer una relación con los pacientes (**10,71%**).
- El deseo de poder realizar más entrevistas (**10,71%**).
- Durante las prácticas clínicas no tuvieron la posibilidad de realizar prácticas de entrevistas clínicas (**10,71%**).
- La necesidad de proporcionar más ejemplos, relacionados con algunas de las habilidades de comunicación que no fueron bien comprendidas (**10,71%**).
- El uso de los video clips ha sido útil para el aprendizaje (**10,71%**).
- La realización del módulo contribuyó a que perdiera el miedo a realizar entrevistas y a mejorar la confianza (**10,71%**).

P.10. ¿DESEAS AÑADIR ALGÚN OTRO COMENTARIO EN RELACIÓN A LA ACTIVIDAD EN LA QUE HAS PARTICIPADO?
***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría
***Categoría 1: He aprendido nuevas habilidades para establecer una relación con los pacientes (10,71%)
***Categoría 2: Me gustaría realizar más entrevistas (10,71%)
**Subcategoría
**Sin conocer el diagnóstico (10,71%)
***Categoría 3: A pesar de la importancia de aprender a realizar entrevistas, durante las prácticas clínicas no tenemos esa posibilidad (10,71%)
***Categoría 4: Faltarían en algunos caso más ejemplos cuando algunas de las HC no han quedado suficientemente claras (10,71%)
***Categoría 5: El uso de video clips para el aprendizaje es útil (10,71%)
**Subcategoría
**Pero el hecho de no ver todo el contexto dificulta su análisis (7,14%)
***Categoría 5: A mí, la realización del módulo, me ha ayudado a perder el miedo y a ganar confianza conmigo misma (10,71%)

Tabla 130. Encuesta 1-PF I. Pregunta 10: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

## b) Encuesta 2-PF I

### 1. Pregunta 1

Respecto a la pregunta 1 (“Lo que más te ha gustado de la interacción con el PS ha sido...”) fue contestada por **25** alumnos. Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 131**.

- Para el **60%** de los alumnos fue *la sensación de experimentar, de controlar y de sentir más confianza consigo mismos para realizar la ECF*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:



## Anexos

P.1. LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DE LA INTERACCIÓN CON EL PS HA SIDO ...
<p><b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b></p> <p><b>***Categoría 1: La sensación de controlar/experimentar la situación y sentir mayor seguridad/mas confianza en mi mismo (60%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>**Sentirme capaz de gestionar la entrevista (20%)</li> <li>**No tener que pensar en las próximas fases de la entrevista (8%)</li> <li>**Me he sentido más relajada y cómoda (28%)</li> <li>**NO me ha gustado cómo me ha salido la entrevista (4%)</li> <li>**NO he estado tan pendiente de las cámaras de video (16%)</li> <li>**NO sentía estar ante un paciente simulado (44%)</li> <li>**He mejorado la confianza/seguridad conmigo misma (40%)</li> </ul> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>*En relación a la exploración y al criterio diagnóstico (36%)</i></li> <li><i>*En relación al ritmo y a la secuencia de las distintas fases (28%)</i></li> </ul>
<p><b>***Categoría 2: El perfil del paciente (44%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>**Facilitaba la información que quería obtener (36%)</li> <li>**Me ha resultado más fácil de tratar (32%)</li> <li>**Era más colaborador (20%)</li> <li>**Me ha parecido más real (44%)</li> </ul>
<p><b>***Categoría 3: Aplicar lo que he aprendido en cada una de las fases de la entrevista (16%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>**Durante la fase inicial (12%)</li> <li>**La fase de recogida de datos (16%)</li> <li>**Aprender (16%)</li> </ul> <p><b>*SUB-subcategoría</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>*De los errores cometidos (16%)</i></li> <li><i>*A realizar preguntas abiertas y cerradas (16%)</i></li> <li><i>*Y prepararme para mi profesión (16%)</i></li> </ul>

**Tabla 131.** Encuesta 2-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Un **40%** dijo haber mejorado la confianza y la seguridad para realizar la ECF, especialmente con relación al ritmo y a la secuencia de cada una de las fases de la entrevista y respecto a la exploración y al diagnóstico del paciente.
  - Un **20%**, dijo sentirse más capaz de gestionar la entrevista.
  - Un **28%** se sintió más relajado y cómodo durante la realización de la entrevista.
  - Un **16%** dijo no estar ya tan pendiente de las cámaras de video, como había sucedido en la primera entrevista.
  - Otros comentarios se relacionaron con el hecho de estar ante una situación real (**44%**) o no tener que pensar en cuáles eran las fases de la entrevista en cada momento (**8%**).
- Un **44%** de los alumnos consideró que *el perfil del paciente les ayudó, de algún modo, a facilitar su aprendizaje*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:
- Un **32%** de los alumnos comentó que en este caso el paciente fue más fácil de tratar.
  - Para un **44%** el paciente les pareció más real que en el primer caso.
  - La percepción de los alumnos fue que el paciente facilitaba más, que en el caso del primer paciente, la información que se quería obtener (**36%**) y que el paciente parecía más colaborador durante la realización de la entrevista (**20%**).
- El **16%** de los alumnos comentó, que lo que más les gustó, fue lo que habían aprendido *en cada una de las fases de la entrevista*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:
- Lo que más les llamó la atención fue consolidar el aprendizaje de las distintas fases de la entrevista, a partir de los errores cometidos y a realizar preguntas abiertas y cerradas con más soltura, hecho que relacionaron con su preparación para el futuro profesional.

## 2. Pregunta 2

La pregunta 2 (“Lo que menos te ha gustado de la interacción con este paciente ha sido...”) fue

## Anexos

---

contestada por **26** alumnos (**100%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 132**.

- Para el **65,38%** de los alumnos fue *la forma en la que realizaron la entrevista con el paciente* ...En relación a estos alumnos queremos destacar que:
  - Un **23,08%** dijo haber realizado la entrevista demasiado rápido, hecho que les llevo a perder mucha información.
  - Un **23,08%** tuvo dificultades para estructurar la secuencia de la entrevista y seguir un orden adecuado.
  - Un **11,54%** tuvo dificultad para recoger toda la información relevante del paciente y para dirigirse hacia el de forma adecuada (tratarle de tú o de usted, el tono de voz facilitador o cortante, mirar a la cara del paciente, etc.).
  - Hubo un **11,54%** de alumnos que tuvieron dificultad para explicar el tratamiento.
  
- Para el **23,08%** de los alumnos fue la *inseguridad, la sensación de incomodidad o las dudas* que les surgieron durante la entrevista. Respecto a éstos alumnos queremos poner de relieve que dichas sensaciones se asociaron a:
  - La presencia de las cámaras de video (**34,62%**), pues les incomodaba por la vergüenza que otros compañeros pudieran ver sus entrevistas.
  - No saber qué hacer en un momento determinado de la entrevista (**15,38%**) con relación a: la exploración (si debía realizarla o no, cómo debía realizarla, etc.), a la fase de explicación y de planificación o con relación al uso del idioma.
  - Realizar silencios muy prolongados (**15,38%**)
  - Sentir nervios (**15,38%**)
  - No tener ninguna información previa de éste paciente (**15,38%**).
  
- Para un **19,23%** tuvo que ver con el perfil del paciente. En este caso, algunos alumnos comentaron que:
  - El paciente fue parco en palabras y en explicaciones y en algún momento se mostraba muy serio (**15,38%**).

- Para un **3,85%** se relacionó con el método de simulación.
  - o En un caso el alumno no se sintió cómodo con la situación de simulación (**3,85%**)

P.2. LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DE LA INTERACCIÓN CON ESTE PACIENTE HA SIDO ...
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: La forma de realizar la entrevista (65,38%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Ir demasiado rápido (23,08%)</li> <li>**Ha sido fructífera y he establecido una buena conexión con el paciente (11,54%)</li> <li>**Dificultad para estructurar la entrevista y seguir un orden (23,08%)</li> <li>**Dificultad para explicar el tratamiento (11,54%)</li> <li>**Dificultad para recoger la información del paciente (11,54%)</li> </ul>
<b>*SUB-SUBCATEGORIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>*Por que se me habían olvidado cosas por preguntar</i></li> <li><i>*Por que he ido demasiado rápido</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Dificultad para explorar al paciente (46,15%)</li> </ul>
<b>*SUB-SUBCATEGORIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>*Por que el dolor no lo permitía (11,54%)</i></li> <li><i>*Indecisión respecto a qué hacer o no hacer (3,85%)</i></li> </ul>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Dificultad para dirigirme al paciente de forma correcta (11,54%)</li> </ul>
<b>*SUB-SUBCATEGORIA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>*Por que lo trato indistintamente de tu y de usted (3,84%)</i></li> <li><i>*Mi forma de hablar es un poco seca (3,85%)</i></li> <li><i>*No le miraba a la cara (3,84%)</i></li> </ul>
<b>***Categoría 2: Inseguridad, incomodidad y/o dudas (23,08%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**No saber qué hacer (15,38%)</li> </ul>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>*Con relación a la exploración (7,7%)</i></li> <li><i>*Con relación a la fase de planificación (ejercicios en el domicilio) 34,62 %</i></li> <li><i>*Con relación al uso de un idioma u otro (11,54%)</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>-&gt;Me he sentido más incómoda hablando en castellano</i></li> </ul>
<b>**Subcategoría</b>

## Anexos

<p><b>**La presencia del vídeo (34,62%)</b></p> <p><b>*SUB-subcategoría</b></p> <p><i>*Sin el video mejoraría la calidad de la entrevista (15,38%)</i></p> <p><i>*Pensaba en la vergüenza que sentiría cuando mis compañeros vieran el video (15,38%)</i></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**Por la presencia de silencios, por mi parte, muy prolongados (15,38%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**Sentir nervios (15,38%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**Por no conocer nada de éste paciente (15,38%)</b></p>
<p><b>***Categoría 3: Respecto al perfil del paciente (19,23%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**El paciente es parco en palabras y en explicaciones (15,38%)</b></p> <p><b>**A veces se mostraba muy serio: 8 (3,85%)</b></p>
<p><b>***Categoría 4: La situación de simulación (3,85%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**Ha disminuido mi grado de implicación: (3,85%)</b></p> <p><b>**Me ha hecho sentir incómoda: (3,85%)</b></p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*En relación a la exploración pues sabía que no era real: (3,85%)</i></p>

**Tabla 132.** Encuesta 2-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

### 3. Pregunta 4

**La pregunta 4** (“**Lo que te ha supuesto una mayor dificultad** en esta entrevista y que consideras que en la próxima deberías mejorar es...”) **fue contestada por 26 alumnos (100%).** Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 133.**

<b>P.4. LO QUE TE HA SUPUESTO UNA MAYOR DIFICULTAD, EN ESTA 2ª ENTREVISTA, Y/O QUE CONSIDERAS QUE SERÍA NECESARIO MEJORAR PARA LA PRÓXIMA ENTREVISTA ES .....</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Aspectos relacionados con cada una de las fases de la entrevista (88,46%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**La recogida de la información (53,85%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Olvidé realizar preguntas importantes (15,38%)</i>
<i>*La secuencia de las preguntas fue desordenada (11,54%)</i>
<i>*Me costó sonsacarle toda la información al paciente (por que no explicaba lo suficiente o por que yo no sabía) (15,38%)</i>
<i>*Me cuesta saber cuándo y cómo realizar preguntas abiertas y cerradas (7,7%)</i>
<i>*Dificultad para escuchar y para apuntar la información (7,7%)</i>
<i>*Poca fluidez en el manejo de la entrevista que me lleva a realizar silencios (reactividad) por que he de pensar qué hacer a continuación (3,84%)</i>
<b>**La exploración física (38,46%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Para mí la exploración siempre es la parte más difícil: 7,69%</i>
<i>*Al tener tanto dolor, no sabía si le tenía que explorar o no: 7,69%</i>
<i>*La exploración física no fue muy completa: 11,54%</i>
<b>**La explicación y la planificación (23,08%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*No he sabido responder muy bien a las preguntas del paciente: 15,38%</i>
<i>*No me he acordado de darle recomendaciones para realizar ejercicios en el domicilio: 7,69%</i>
<i>*Me cuesta dar explicaciones y adaptar el lenguaje técnico: 3,85%</i>
<b>**El cierre de la entrevista (11,54%)</b>
<b>**Construir la relación con el paciente (11,54%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Me ha condicionado, poniéndome más nerviosa, que el paciente fuera parco en palabras y en explicaciones: 7,69%</i>
<b>**Estructurar la entrevista (7,69%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*En algún momento perdí el hilo de la entrevista: 7,69%</i>
<i>*No estructuré correctamente al entrevista por los nervios: 7,69%</i>
<b>***Categoría 2: Los nervios (7,69%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<i>**Me hacen ir demasiado rápido: 7,69%</i>
<b>***Categoría 3: La inseguridad conmigo mismo (3,85%)</b>
<b>***Categoría 4: Seguir viendo un escenario simulado (3,85%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<i>**No conseguía olvidar que estaba ante una situación de simulación: 3,85%</i>

**Tabla 133.** Encuesta 2-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

## Anexos

---

- Para el **88,46%** la respuesta tuvo que ver con algún aspecto relacionado con cada una de las fases de la entrevista clínica.
  - o En un **53,85%** tuvo que ver con la recogida de la información.
  - o En un **38,46%** tuvo que ver con la exploración física.
  - o En un **23,08%**, con la explicación y con la planificación.
  - o En un **11,54%** con el cierre de la entrevista y con la dificultad para saber construir la relación con el paciente.
  - o En un **7,69%**, con la dificultad para estructurar la entrevista
- Para un **7,69%** de los alumnos fueron los *nervios*, el aspecto que supuso una mayor dificultad, pues de algún modo hicieron que la entrevista transcurriera de una forma muy rápida o que la estructura a seguir se perdiera momentáneamente.
- Para un **3,85%**, fue la situación de *simulación*, ya que la implicación y la participación eran más complejas.
- La sensación de *inseguridad* fue vivida como un aspecto de dificultad (**3,85%**). Este aspecto estaba relacionado con la sensación de no saber qué hacer, aunque ya antes se hubiera hecho otra entrevista.

### 4. Pregunta 5

La **pregunta 5** ("Lo que te ha resultado más fácil en la realización de esta 2ª entrevista ha sido..."), fue contestada por **26** alumnos (**100%**). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 134**. Respecto a estos alumnos:

- Para el **88,46%** de los alumnos fue *la realización de las diferentes fases de la entrevista*. En relación a estos alumnos y a las diferentes fases de la entrevista, lo que menos les costó fué:

<b>P.5. LO QUE TE HA RESULTADO MÁS FÁCIL EN LA REALIZACIÓN DE LA 2ª ENTREVISTA HA SIDO ...</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Con relación a las diferentes fases de la entrevista (88,46%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**La fase inicial (30,77%)
** La recogida de la información (57,69%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>* He preguntado con más seguridad sin estar pendiente de que pregunta debía hacer a continuación (26,92%)</i>
<i>* Gracias a que el paciente explicaba claramente sus síntomas (7,69%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
**La exploración física (7,69%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Para mí la exploración, aunque la hice muy rápido (7,69%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
**La explicación y la planificación (26,92%)
**El cierre de la entrevista (46,15%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*El paciente me ha ayudado mucho, pues escuchaba atentamente y no interrumpía (7,69%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
**Construir la relación con el paciente (46,15%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*La conversación ha sido muy fluida (30,77%)</i>
<i>*Tener una buena interacción con el paciente (38,46%)</i>
<i>*Tener un trato de confianza con el paciente (lo he tratado de tu con comodidad por ambas partes) (7,69%)</i>
<i>*Comunicarme y dirigirme al paciente de forma correcta (57,69%)</i>
<b>***Categoría 2: Estado de tensión, nervios,... (3,85%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**He conseguido estar más relajada (3,85%)

Tabla 134. Encuesta 2-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)



## Anexos

---

- La recogida de la información (**57,69%**), pues los alumnos pudieron preguntar con una mayor seguridad sin estar pendientes de cuál era la fase que venía a continuación, si bien el paciente de algún modo ayudó ya que explicaba sus síntomas con mucha claridad.
  - La fase inicial de la entrevista (**30,77%**).
  - Construir la relación con el paciente (**46,15%**).
  - El cierre de la entrevista (**46,15%**).
  - La explicación de su problema y la planificación del tratamiento a seguir (**26,92%**).
- Para el **3,85%** el hecho de poder controlar los nervios y realizar la entrevista de forma mas relajada.

### 5. Pregunta 6

La Respecto **pregunta 6** (“¿Deseas añadir algún otro comentario?”) fue contestada por 13 alumnos (50%). Destacamos a continuación las opiniones más relevantes que pueden verse a su vez en la **Tabla 135**. Respecto a estos alumnos:

- Para el **46,15%** de los alumnos uno de los comentarios se relacionó con la realización de las diferentes fases de la entrevista, en relación a estos alumnos queremos destacar que:
  - Un **42,31%** dijo haber mejorado en la percepción de su seguridad para realizar la entrevista.
  - Un **7,69%** comentó tener algunas dificultades relacionadas con el hecho de tener que escuchar y apuntar al mismo tiempo y por reconocer que la hoja de Fisioterapia, proporcionada al alumno para realizar la entrevista, es un instrumento que no ayuda a recoger toda la información.
- Para el **23,08%** de los alumnos el hecho de que el paciente no fuera muy extrovertido (no hablaba demasiado) y que no fuera conocido, hizo algo más difícil la realización de la entrevista.

- Para el **23,08%**, el hecho de cumplimentar la encuesta, tras la realización de la entrevista, facilitó el proceso de reflexión. Consideraron que la realización de la entrevista mejoró sus habilidades de comunicación, aplicables para su vida profesional.

P.6. ¿DESEAS AÑADIR ALGÚN OTRO COMENTARIO?
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Con relación a las distintas fases de la entrevista (46,15%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>*Subcategoría: Seguridad (42,31%)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-subcategoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>*He mejorado en seguridad, aunque todavía tengo que mejorar (42,31%)</i></li> </ul> </li> </ul> </li> <li><b>**Subcategoría: Dificultades (34,62%)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-subcategoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>*Escuchar y apuntar (7,69%)</i></li> <li><i>*Para estar más relajada y para actuar de una forma más natural (3,85%)</i></li> <li><i>*La hoja de fisioterapia (como instrumento para recoger la información) ha sido insuficiente (3,85%)</i></li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>***Categoría 2: Con relación a las características del paciente (23,08%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>**Subcategoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>**Paciente escueto en palabras (que me ha supuesto una mayor dificultad para recoger la información) (7,69)</b></li> <li><b>**No venía con un discurso preparado y ha hecho que me esforzara más (23,08%)</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>***Categoría 3: Motivación para aprender/ aspectos relacionados con el método de aprendizaje (26,92%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>**Subcategoría</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>**El hecho de cumplimentar la encuesta te ayuda a reflexionar acerca de los aspectos que has hecho correctamente e incorrectamente (23,08%)</b></li> <li><b>**Las entrevistas nos ayudarán a mejorar nuestras habilidades comunicativas: (26,92%)</b></li> <li><b>**Este aprendizaje nos ayudará en nuestro futuro profesional (26,92%)</b></li> </ul> </li> </ul>

Tabla 135. Encuesta 2-PF I. Pregunta 6: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

### c) Encuesta 3-PF I

#### 1. Pregunta 1

La **pregunta 1** ("Lo que **más te ha gustado** de la interacción con este paciente ha sido...") fue contestada por **25 alumnos** (100%). Con relación a las respuestas, que pueden verse en la **Tabla**

## Anexos

**136**, hemos recogido las siguientes opiniones:

P.1. LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DE LA INTERACCIÓN CON EL PS HA SIDO ...
<p><b>*** Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b></p>
<p><b>*** Categoría 1: Construir la relación con el paciente (40%)</b></p>
<p><b>**Subcategoría</b></p>
<p>**Tranquilizar a la paciente (12%)</p> <p>**Ayudar a la paciente (12%)</p> <p>**Mostrar comprensión por sus problemas (12%)</p> <p>**He participado bastante en la entrevista (12%)</p> <p>**La paciente se ha mostrado satisfecha con mis explicaciones (20%)</p> <p>**La sinceridad con la que hemos hablado (12%)</p> <p>**La confianza mostrada por la paciente hacia mí (24%)</p> <p>**La amabilidad y la simpatía que he establecido con la paciente (24%)</p>
<p><b>*** Categoría 2: La situación de simulación del paciente y el escenario (56%)</b></p>
<p><b>**Subcategoría</b></p>
<p>**La sensación de estar ante una situación real (52%)</p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*Te ayudaba a implicarte más en la situación (32%)</i></p>
<p><b>**Subcategoría</b></p>
<p>**La sensación de sentirme más relajada y cómoda (que en las entrevistas anteriores) (48%)</p> <p>**Actuar con criterio propio ante la paciente, con más seguridad (24%)</p>
<p><b>*** Categoría 3: Aspectos relacionados con cada una de las fases de la entrevista (36%)</b></p>
<p><b>**Subcategoría</b></p>
<p>**Recogida de datos (28%)</p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*He mejorado la anamnesis y no he perdido tanta información (24%)</i></p> <p>**Explorar al paciente (32%)</p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*Me he sentido más segura y más tranquila (20%)</i></p> <p>**Explicar y planificar (36,5%)</p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*Saber responder correctamente a sus preguntas (24%)</i></p>

<i>*Saber explicar correctamente el tratamiento a seguir (32%)</i>
<b>***Categoría 4: Aspectos relacionados con el aprendizaje (56 %)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Sensación de comodidad y de seguridad (40%)
**He podido corregir muchos errores de las entrevistas anteriores (52%)
**He mejorado respecto a las entrevistas anteriores (56%)
<b>***Categoría 5: Aplicación de habilidades comunicativas concretas (48%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Mostrar empatía (44%)
**Mostrar asertividad (32%)

**Tabla 136.** Encuesta 3-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Para el **40%** de los alumnos fue *la construcción de la relación con el paciente*.
  - o En relación a estos alumnos queremos destacar que la mayoría de alumnos observaron que la paciente se sintió satisfecha con sus explicaciones y que de algún modo la paciente les mostro confianza. Para el resto de alumnos destacamos los siguientes aspectos: la capacidad para tranquilizar y ayudar al paciente, para mostrar comprensión respecto a sus problemas, la sinceridad con la que se dirigieron a la paciente y la amabilidad mostrada hacia la paciente.
- Para un **32%** de los alumnos fue la situación de simulación y el escenario en el que se desarrolló la entrevista. Respecto a estos alumnos nos ha llamado la atención que:
  - o Un 62,5% de los alumnos percibió estar ante una situación muy real, incluso más real que las entrevistas anteriores, que hizo que se implicaran más.
  - o Un 50% de los alumnos dijeron sentirse más relajados y cómodos que en las entrevistas anteriores, hecho que les permitió actuar con mayor seguridad y con la capacidad de aplicar los criterios que consideraron oportunos en ese momento.

## Anexos

---

- Para el **32%** de los alumnos el aspecto que más les gusto estaba relacionado con la *consecución de diferentes fases de la entrevista clínica*. Los alumnos centraron sus respuestas respecto a:
  - La fase de explicación del problema del paciente y la planificación del tratamiento a seguir (37,5%). En este sentido comentaron que supieron explicar correctamente el tratamiento a seguir y que supieron responder, con seguridad, a las preguntas planteadas por el paciente.
  - La recogida de la información (25%). En este caso hubo una mejoría en la percepción del modo de realizar la anamnesis, pues no perdieron tanta información como en las entrevistas anteriores.
  - La exploración del paciente (25%). En este caso los alumnos se sintieron más seguros y más tranquilos al llevar a cabo la exploración.
  
- Para el **20%** de los alumnos la mejoría observada tuvo que ver con diversos aspectos relacionados con el aprendizaje. En esta ocasión lo más destacado fue:
  - La sensación de comodidad y de seguridad respecto a la vivencia de las otras entrevistas (40%).
  - El hecho de haber corregido muchos errores cometidos en las entrevistas anteriores (40%)
  - La percepción de haber mejorado, respecto a las habilidades para llevar a cabo una entrevista clínica (20%).
  
- Para el **12%** de los alumnos, las mejoras tuvieron que ver con la aplicación de habilidades comunicativas concretas. En este sentido lo más comentado fue:
  - La capacidad para mostrar empatía (66,66%)
  - La capacidad para mostrar asertividad (33,33%)

## 2. Pregunta 2

La **pregunta 2** (“Lo que **menos te ha gustado** de la interacción con este paciente ha sido...”) fue

contestada por **25 alumnos** (100%). Las opiniones recogidas, que pueden verse en la **Tabla 137**, fueron las siguientes:

- Para el **48%** de los alumnos lo que menos les gustó tuvo que ver con el *modo de realizar alguna de las fases de la entrevista*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:
  - o En un **40%** de los casos los alumnos mostraron inseguridad al realizar la **exploración del paciente**. La inseguridad se asoció al grado de dolor del paciente, a su estado de ánimo y a su irritabilidad.
  - o En un **40%** de los casos se relacionó con la fase de **recogida de la información**, pues en algunos casos se perdió información y se tuvo la percepción de desorden.
  - o En un **16,66%** de los casos se relacionó con la **fase de explicación y de planificación** asociada al desorden al proporcionar la información.
- Para el **32%** de los alumnos se relacionó con *la situación de simulación, el escenario o con el perfil del paciente*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:
  - o Para el **28%** de los alumnos les costó “superar” el estado de ánimo del paciente, siendo el motivo principal la identificación con su estado de ánimo, hecho que les llevó a bloquearse, no saber qué decir o no saber qué hacer.
  - o Para un **24%**, la desconfianza mostrada por la paciente hacia el entrevistador, asociada a su proceso clínico.
  - o Para un **12%**, fueron los nervios asociados a esta situación.
- Para un **12%** de los alumnos, lo que menos les gustó se relacionó con la dificultad para aplicar determinadas habilidades comunicativas. Respecto a estos alumnos destacamos las siguientes dificultades: no saber establecer una relación empática con el paciente, perder el hilo conductor durante la entrevista y no saber conectar con el paciente.

## Anexos

- Para un **8%** de los alumnos, no les gustó la construcción de la relación con el paciente, pues dijeron tener dificultades para empatizar con el paciente y para superar su desconfianza hacia ellos.
- A un **4%** de los alumnos no les gustó haber conocido, antes de la entrevista, cuál era el diagnóstico médico del paciente, pues les hubiera gustado descubrirlo por sí mismos.

P2. LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DE ESTA EXPERIENCIA HA SIDO ...
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1 (48%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Fase de recogida de la información (40%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></li> <li><i>*Desorden (8%)</i></li> <li><i>*Pérdida de información (12%)</i></li> </ul> </li> <li>**Inseguridad durante la Fase de exploración (40%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></li> <li><i>*Por el dolor del paciente (ansiedad, irritabilidad) (24%)</i></li> </ul> </li> <li>**Fase de explicación y de planificación (16%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></li> <li><i>*Por mi propio desorden (4%)</i></li> </ul> </li> </ul>
<b>***Categoría 5: La situación de simulación, el perfil del paciente y el escenario (32%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**El estado de ánimo del paciente (28%)                             <ul style="list-style-type: none"> <li><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></li> <li><i>*Me identifique en exceso y no lo supe controlar (no sabía qué hacer, no sabía que decir,...) (20%)</i></li> <li><i>* No saber qué decir ante su demanda de ayuda (4%)</i></li> </ul> </li> <li>**Subcategoría                             <ul style="list-style-type: none"> <li>**La desconfianza mostrada por la paciente (debido a su dolor) (24%)</li> <li>**Los nervios que he mostrado durante la entrevista (12%)</li> </ul> </li> </ul>
<b>***Categoría 2: Aplicación de habilidades comunicativas concretas (12%)</b>
<b>**Subcategoría</b>

<p>**No saber establecer una relación empática con la paciente (8%)</p> <p>**En algún momento he perdido el hilo conductor de la entrevista (12%)</p> <p>**No saber conectar con el paciente (4%)</p>
<p><b>***Categoría 6: Construir la relación con el paciente (8%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p>**No saber mostrar empatía (8%)</p> <p>**La desconfianza (8%)</p> <p>**No saber conectar con el paciente (8%)</p>
<p><b>***Categoría 3: Aspectos relacionados con el aprendizaje: 17 (4%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p>**Conocer el diagnóstico paciente (4%)</p> <p><b>*SUB-SUBCATEGORIA</b></p> <p><i>*Preferiría no conocer el diagnóstico para descubrirlo por mi valoración (4%)</i></p>

Tabla 137. Encuesta 3-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

### 3. Pregunta 4

La **pregunta 4** (“Los aspectos que te han supuesto una **mayor dificultad**, en esta entrevista, fue contestada por **25** alumnos (100%), mostramos las opiniones vertidas por los alumnos, que también pueden verse en la **Tabla 138**:

- Para el **64%** de los alumnos fueron aspectos relacionados con *cada una de las fases de la entrevista*. En relación a estos alumnos queremos destacar que:
  - o Un **44%** dijo haber tenido una mayor dificultad para realizar la **exploración física** al paciente debido al dolor que mostraba en el momento de la entrevista. Esta situación les planteó dudas e inseguridad a la hora de decidir si debían realizar la exploración o no.
  - o Un **44%** asoció la dificultad a la realización de la **fase de explicación y de planificación**. Las dificultades se centraron en la contestación a las preguntas “reto” que planteaba la paciente, ya que muchos alumnos no se mostraban satisfechos. En menor grado,



## Anexos

---

tuvieron alguna dificultad para explicarle al paciente las recomendaciones a seguir así como para explicarle el tratamiento.

- Un **24%** comentó haber tenido dificultad durante la **fase de recogida de la información** del paciente. En este sentido, las dificultades se centraron en el hecho de no organizar y estructurar mejor las preguntas realizadas.
- Para el **24%** de los alumnos hubo una dificultad relacionadas con el desempeño de habilidades comunicativas concretas.
  - El **20%** tuvo dificultades para mostrar **empatía** con la paciente, por que el caso les resulto complejo.
  - Un **20%** tuvo dificultad para **no dejarse atrapar por las emociones** que se activaron, al tratar con la paciente, en diferentes momentos de la entrevista: cuando el paciente se mostró muy franco al solicitar al alumno que si sentían que no podían tratarla, que la derivaran a otro profesional, cuando el paciente mostró un estado de ánimo deprimido o cuando tuvieron que explicarle el diagnóstico.
- Para el **12%** la dificultad tuvo que ver con la **situación de simulación y con el escenario**. Fueron dos las situaciones comentadas: el conocimiento previo del diagnóstico como un factor limitador y los nervios que un alumno sintió al sentirse evaluado por el paciente.
- Para el **8%** supuso una dificultad el hecho de tener que **explicar al paciente el diagnóstico**. En este caso algunos alumnos lo vivieron como un problema ético, acerca de cómo deberían explicarle la enfermedad a la paciente en el estado en el que se encontraba.
- Para el **4%**, la dificultad estuvo en el **perfil del paciente**, pues dado su estado un alumno interpretó que era un paciente complicado de tratar.

<b>P.4. LO QUE TE HA SUPUESTO UNA MAYOR DIFICULTAD, EN ESTA ENTREVISTA, Y/O QUE CONSIDERAS QUE SERÍA NECESARIO MEJORAR PARA LA PRÓXIMA ENTREVISTA ES .....</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Aspectos relacionados con cada una de las fases de la entrevista (64%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**La recogida de la información (24%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Organizar y estructurar mejor las preguntas (8%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**La exploración física (44%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Debido al grado de dolor de la paciente (24%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**La explicación y la planificación (44%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Contestar las preguntas reto (del paciente) (12%)</i>
<i>* Guiar a la paciente (recomendaciones) (4%)</i>
<i>*Explicarles el tratamiento (4%)</i>
<b>*** Categoría 2: Habilidades comunicativas concretas (24%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**Dificultad para mostrar empatía (20%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Por la complejidad del caso (12%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**Dificultad para no dejarse atrapar por las emociones (20%)</b>
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Cuando el paciente se muestra más claro (4%)</i>
<i>*Cuando el paciente muestra un estado deprimido (4%)</i>
<i>*Cuando tengo que explicar el diagnóstico (4%)</i>
<b>***Categoría 3: El perfil del paciente: (4%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<b>**El carácter de la paciente me limitó (4%)</b>

## Anexos

---

<b>***Categoría 4: La situación de simulación y el escenario: 12 (8%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**El conocimiento del diagnóstico me limitó (12%)
**Los nervios, al saberme evaluada por la paciente (12%)
<b>**Categoría 5: Aspectos éticos (8%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Relacionados con la explicación del problema al paciente (8%)

**Tabla 138.** Encuesta 3-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

### 4. Pregunta 5

La **pregunta 5** (“Lo que te ha resultado **más fácil** en la realización de esta entrevista ha sido...”) fue contestada por **25 alumnos** (100%). Las opiniones más destacadas, que también pueden verse en la **Tabla 139**, fueron:

- Para el **60%** fue el desarrollo de algunas de las **fases de la entrevista clínica**. De entre estos alumnos:
  - o Para un **56%**, la fase de recogida de la información fue más fácil respecto a las otras entrevistas ya que dijeron sentirse más seguros y por que el paciente facilitó la información.
  - o Para un **28%**, fue más fácil la realización de la fase de explicación y de planificación.
  - o Para un **12%**, la fase inicial.
  - o Para un **16%**, la fase de exploración.
  - o Para un **8%** la fase de cierre de la entrevista.
  
- Para un **24%** la opinión más destacada tuvo que ver con el hecho de poder **construir mejor la relación** con el paciente, y mejorar la confianza consigo mismos, mientras le escuchaban y le proporcionaban recomendaciones dentro de un proceso empático.
  
- Para el **4%** fue la percepción de haber aplicado las habilidades comunicativas verbales y no verbales mejor que en las otras entrevistas.

<b>P5. LO QUE TE HA RESULTADO MÁS FÁCIL HA SIDO ...</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Aspectos relacionados con cada una de las fases de la entrevista (60%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**La Fase inicial (12%)</li> <li>**Fase de recogida de la información (56%)</li> </ul>
<b>*SUB-SUBCATEGORIA</b>
<i>*Me ha resultado más fácil recoger la información (por el perfil del paciente, por la seguridad adquirida) (28%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Fase de exploración (16%)</li> <li>**Fase de explicación y de planificación (28%)</li> <li>**Cierre de la entrevista (8%)</li> </ul>
<b>***Categoría 6: Construir la relación con el paciente (24%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Hablar y escuchar a la paciente (32%)</li> <li>**La buena sintonía establecida con la paciente, me ha dado más confianza conmigo mismo (52%)</li> <li>**Proporcionar recomendaciones a la paciente y empatizar (16%)</li> </ul>
<b>***Categoría 2: Aplicación de habilidades comunicativas concretas (4%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**He utilizado mejor la CV y la CNV (20%)</li> </ul>
<b>***Categoría 3: Aspectos relacionados con el aprendizaje (4%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Tengo más claro qué debo preguntar y hacer en cada fase (4%)</li> </ul>
<b>***Categoría 5: La situación de simulación, el perfil del paciente y el escenario (4%)</b>
<b>**Subcategoría: 28</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**La paciente me ha resultado agradable y me ha facilitado la conversación (4%)</li> </ul>
<b>***Categoría 7: Nada en particular (4%)</b>

Tabla 139. Encuesta 3-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Un 4% tuvo la percepción de haber incrementado su seguridad en cuanto a saber qué hacer y qué preguntar en cada una de las fases.

## Anexos

---

- Para el **4%**, el perfil del paciente y el escenario de la entrevista facilitó la conversación con el paciente y les pareció más agradable (menos estresante) que en las otras entrevistas.
- Hubo un **4%** de alumnos que no destacaron nada en particular.

### 5. Pregunta 6

La **pregunta 6** (“Los aspectos que has mejorado respecto a la entrevista anterior son...”) fue contestada por todos los alumnos (100%). En relación a las respuestas proporcionadas por los alumnos, que también pueden verse en la **Tabla 140**, destacaremos los siguientes aspectos:

- En un **16%** de los casos los aspectos de mejora tuvieron que ver con alguna de las fases de la entrevista. En este caso los alumnos dijeron haber mejorado su seguridad, si bien seguían teniendo dificultades para escuchar al paciente y al mismo tiempo apuntar la información, así como para relajarse un poco más durante el transcurso de la entrevista.
- Para el **12%** de los casos, fueron las características del paciente, las que ayudaron a definir los aspectos de mejora. En este caso, las características del paciente, relacionadas con el hecho de que no fuera una persona muy locuaz y que no hubiera sido visto en los videoclips de las primeras actividades les estimuló a tener que elaborar mucho más la entrevista.
- Para el **12%** tuvo que ver con el aumento de su motivación para aprender. En especial, la realización de las encuestas tras la realización de la entrevista, les hizo reflexionar más a fondo acerca de los aspectos que se habían realizado de forma correcta o incorrecta. También comentaron la utilidad de estas prácticas para iniciar con más seguridad su profesión.
- Un **8%** no mencionó ningún aspecto en particular en el que hubieran mejorado.
- Un **4%** consideró haber empeorado.

<b>P.6. ¿QUÉ ASPECTOS HAS MEJORADO RESPECTO A LA ENTREVISTA ANTERIOR?</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Con relación a las distintas fases de la entrevista (16%)</b>
<b>**Subcategoría: Seguridad</b>
**He mejorado en seguridad, aunque todavía tengo que mejorar (8%)
<b>**Subcategoría: Dificultades</b>
**Escuchar y apuntar (4%)
**Para estar más relajada y para actuar de una forma más natural (4%)
**La hoja de fisioterapia (como instrumento para recoger la información) ha sido insuficiente (4%)
<b>***Categoría 2: Con relación a las características del paciente (12%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Paciente escueto en palabras (que me ha supuesto una mayor dificultad para recoger la información (4%)
**Que resultara “desconocido” ha hecho que no viniera con un discurso preparado y ha hecho que me esforzara más (8%)
<b>***Categoría 3: Motivación para aprender/ aspectos relacionados con el método de aprendizaje (12%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**El hecho de cumplimentar la encuesta te ayuda a reflexionar acerca de los aspectos que has hecho correctamente e incorrectamente (4%)
**Las entrevistas nos ayudarán a mejorar nuestras habilidades comunicativas (4%)
**Este aprendizaje nos ayudará en nuestro futuro profesional (4%)
<b>***Categoría 4: No se entiende (4%)</b>
<b>***Categoría 5: Nada en concreto (8%)</b>
<b>***Categoría 6: He empeorado (4%)</b>
<b>***No lo se (lo veré en el video) (4%)</b>

Tabla 140. Encuesta 3-PF I. Pregunta 6: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

## 6. Pregunta 7

La pregunta 7 (“Di qué aspectos **necesitarías continuar mejorando**” fue contestada por **24 alumnos** (96%). Con relación a las opiniones de os alumnos que contestaron esta pregunta y que pueden observarse, a su vez, en la **Tabla 141** queremos destacar que:

## Anexos

---

- Para el **83,33 %** de los alumnos fue la realización de alguna o varias, de las fases de la entrevista. En relación a estos alumnos, los aspectos susceptibles de mejoría fueron:
  - o En un **70,83%**, la fase de *recogida de la información*. Respecto a esta fase, los aspectos más destacados fueron: la pérdida de información por no haber preguntado los aspectos más relevantes del problema del paciente; el desorden a la hora de realizar las preguntas; saber escuchar de una forma más activa; no interrumpir al paciente ni avanzar la respuesta al mismo tiempo que se realizaba la pregunta y la dificultad para mostrar empatía con el paciente.
  - o En un **33,33%**, la fase de *exploración del paciente*. En este caso, los alumnos destacaron que deberían mejorar la toma de decisiones respecto a realizar o no la entrevista, en función de los síntomas y del estado del paciente y el hecho de buscar la correlación entre las preguntas realizadas, durante la fase de recogida de la información y la exploración clínica.
  - o En un **33,33%**, la fase de *explicación y de planificación*. En este caso los aspectos comentados tuvieron que ver con: el hecho de no resumir los aspectos más importantes de la entrevista, no explicarle el diagnóstico de Fisioterapia, de forma correcta, no pactar los objetivos de las próximas sesiones y proporcionar la información de una forma demasiado rápida.
  - o En un **4,17%**, el hecho de *marcar la transición entre las distintas fases* de la entrevista.
  - o En un **4,17%**, el *cierre* de la entrevista.
- Un **4,17%** de los alumnos consideró que el hecho de haber realizado, previamente, más entrevistas hubiera facilitado la realización de las mismas.
- Para un **4,17%** fue la dificultad para *dirigirse al paciente* de forma correcta (tú y usted).
- Para un **4,17%** fue la percepción de sentirse *inseguros* al realizar la entrevista, la dificultad para gestionar el tiempo, y la complejidad del caso.

<b>P.7. ¿DI QUÉ ASPECTOS NECESITARÍAS CONTINUAR MEJORANDO?</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Con relación a las distintas fases de la entrevista (83,33%)</b>
<b>**Subcategoría: Recogida de la información (70,83%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Hago las preguntas muy rápido (4,17%)</li> <li>**Se me olvidan muchas preguntas importantes y pierdo información (12,5%)</li> <li>**Dificultad de mostrar empatía asociada a silencios (por no saber qué decir) (4,17%)</li> <li>**Recojo la información de forma superficial y no ordeno las preguntas de forma adecuada (8,33%)</li> <li>**Ser más amable con el paciente y saber escuchar con más atención (4,17%)</li> <li>**No interrumpir al paciente mientras explica la información/ no avanzar la respuesta ni condicionarla, mientras formulo la pregunta (4,17%)</li> </ul>
<b>**Subcategoría: Exploración (33,33%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Decidir si debo hacer o no la exploración (irritabilidad de los síntomas) (4,17%)</li> <li>**Saber relacionar la exploración con las preguntas realizadas durante la recogida de la información (4,17%)</li> </ul>
<b>**Subcategoría: Explicación y planificación (33,33%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Doy la información demasiado rápido (8,33%)</li> <li>**NO me acuerdo de resumir los aspectos más importantes de la entrevista (8,33%)</li> <li>**NO explico correctamente el diagnóstico del paciente (4,17%)</li> <li>**No pacto los objetivos de las próximas sesiones (más bien los impongo) (4,17%)</li> </ul>
<b>**Subcategoría: cierre de la entrevista (4,17%)</b>
<b>**Subcategoría: marcar el paso de una fase a otra de la entrevista (4,17%)</b>
<b>***Categoría 2: Formación: Teoría-práctica (4,17%)</b>
<b>**Subcategoría: Con relación a la formación recibida (4,17%)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Falta más práctica en entrevistas clínicas (4,17%)</li> </ul>
<b>***Categoría 3: Aspectos de la CV y de la CNV: 17,19 (8,33%)</b>
<b>**Subcategoría: Forma de dirigirse al paciente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>**Dirigirse utilizando las formas “tu” y “usted” de forma indistinta (4,17%)</li> </ul>
<b>**Subcategoría: Uso de palabras técnicas (4,17%)</b>
<b>***Categoría: Percepción de la seguridad al realizar la entrevista (4,17%)</b>
<b>**Subcategoría: Necesito adquirir más seguridad (4,17%)</b>
<b>***Categoría: gestión del tiempo (4,17%)</b>
<b>**Subcategoría: Dificultad para gestionar la duración de la entrevista (4,17%)</b>
<b>***Categoría: percepción del caso/ paciente (4,17%)</b>
<b>**Subcategoría: el paciente le resultó complejo (4,17%)</b>

Tabla 141. Encuesta 3-PF I. Pregunta 7: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)



## Anexos

### d) Resultados finales Grupo de intervención

Se muestra en la **Tabla 142** el resultado final de los apartados: a, b y c que acabamos de describir y que tienen que ver con las Encuestas 1, 2 y 3.

ÍTEM/	PS1 (Enc 1_PFI)	PS2 (Enc 2_PFI)	PS3 (Enc 3_PFI)
<b>Lo que más te ha gustado del encuentro con el PS</b>	<p>(CONTESTADA POR: <b>28</b> ALUMNOS; <b>100%</b>)</p> <p><b>*92,85:</b> Realizar la entrevista a un paciente “real” y aplicando lo aprendido y su utilidad para la futura actividad profesional.</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>25</b> ALUMNOS; <b>96,15%</b>)</p> <p><b>*60%:</b> Sensación de sentir <b>más confianza y control para realizar la ECF.</b></p> <p><b>*44%:</b> El <b>tipo de paciente</b> ha facilitado mi aprendizaje.</p> <p><b>*16%:</b> <b>Lo aprendido</b>, en cuanto a HC, en cada una de las fases de la entrevista.</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>25</b> ALUMNOS; <b>100%</b>)</p> <p><b>*40%:</b> La <b>construcción de la relación con el paciente</b> (la satisfacción mostrada por la paciente por las explicaciones realizadas, la capacidad para tranquilizar y ayudar al paciente y la sinceridad mutua).</p> <p><b>*56%:</b> La <b>situación de simulación y el escenario</b> (percepción de estar ante una situación muy real [62,5%], más relajados, cómodos y seguros [50% ]).</p> <p><b>*36%:</b> La <b>forma de realizar las diferentes fases de la entrevista</b> (Mayor seguridad en la fase de explicación y de</p>

			<p>planificación [37,5%],                  Percepción de haber                  perdido menos                  cantidad de                  información [25%],                  Mayor seguridad para                  realizar la exploración                  [25% ].</p> <p><b>*56%: Aspectos                  relacionados con el                  aprendizaje</b>                  (percepción de haber                  ganado seguridad                  respecto a las otras                  entrevistas [40% ],                  percepción de haber                  corregido muchos de                  los errores cometidos                  en otras entrevistas                  [40%], la sensación de                  haber mejorado las                  habilidades para                  realizar la entrevista                  [20% ].</p> <p><b>*48%: Aplicación de HC                  concretas</b> (empatía                  [66,66% ], asertividad                  [33,33% ]</p>
<p><b>Lo que menos te                  gustó del encuentro                  con el PS</b></p>	<p>(CONTESTADA POR: 28                  ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*46,42%:</b> La dificultad</p>	<p>(CONTESTADA POR: 26                  ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*65,38%:</b> la forma en la</p>	<p>(CONTESTADA POR: 25                  ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*48%:</b> Diversos</p>

## Anexos

	<p>para controlar los nervios.</p> <p><b>*42,85%:</b> La inseguridad/incomodidad/dudas asociadas a la realización de cada una de las fases de la entrevista.</p> <p><b>*7,14%:</b> La situación de simulación, pues se implicaron menos.</p> <p><b>*3,75%:</b> La realización de actividades de aprendizaje previas a la entrevista (Moodle)</p>	<p>que realizaron la entrevista al PS (rapidez, poco estructurada, pérdida de información, dificultad para explicar el tratamiento a seguir).</p> <p><b>*23,08%:</b> Sensación de inseguridad, de incomodidad o de duda durante la realización de la entrevista asociada a la presencia de cámaras de video, a no saber qué hacer en algunos momentos o a los nervios.</p> <p><b>*19,23%:</b> El perfil del paciente (serio y poco extrovertido).</p> <p><b>*3,85%:</b> La simulación, pues limitó su implicación.</p>	<p>aspectos relacionados con el <b>modo de realizar la entrevista en las distintas fases</b>. Para un 40% tuvo que ver con la <b>exploración</b> (inseguridad e indecisión), en un 40% con la fase de <b>recogida de la información</b> (pérdida de información y desorden), en un 16% con la fase de <b>explicación y planificación</b> (asociada al desorden).</p> <p><b>*32%:</b> El <b>escenario/La situación de simulación/el perfil del paciente</b>. A un 62,5% les costó <b>“superar” el estado de ánimo del paciente</b>, a un 25% la <b>desconfianza del paciente</b> mostrada hacia ellos y a un 12,5% <b>los nervios</b>.</p> <p><b>*12%:</b> La <b>dificultad para aplicar las HC</b> (empatía, perder la secuencia de la entrevista)</p>
--	--	--	--

			<p><b>*8%: Dificultad para construir la relación con el paciente.</b></p> <p><b>*4%: Conocer, antes de la entrevista, el diagnóstico del paciente</b></p>
<p><b>Recomendarías a otro compañero de la carrera realizar una entrevista con un PS</b></p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>28</b> ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*100%: Si</b></p> <p><b>*64,28%: Útil como método de aprendizaje</b></p> <p><b>*60,71: Útil para su aplicación al mundo laboral.</b></p>	<p>Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 3ª entrevista</p>
<p><b>Lo que más te ha gustado del Módulo de HC, ha sido ...</b></p>	<p><b>*96,42:</b> Utilizar un método de aprendizaje útil para la realización de entrevistas clínicas</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 3ª entrevista</p>
<p><b>Lo que menos te ha gustado del Módulo de HC, ha sido ...</b></p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>28</b> ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*53,75%:</b> La realización de actividades en Moodle.</p> <p><b>*3,57%:</b> No haber podido realizar, previamente, más entrevistas clínicas.</p> <p><b>*3,57%:</b> Realizar más actividades</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista</p>

## Anexos

	presenciales (visualización de videos)		
¿Lo que te ha supuesto una <b>mayor dificultad</b> ha sido...?	<p>(CONTESTADA POR: <b>28</b> ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*71,42%:</b> La realización de la entrevista.</p> <p><b>*21,42%:</b> La realización de las actividades en Moodle.</p> <p><b>*10,71%:</b> Nada en particular.</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>26</b> ALUMNOS; <b>100%</b>)</p> <p><b>*88,46%:</b> La realización de alguna de las fases de la entrevista clínica (de mayor a menor dificultad: la recogida de la información, la exploración física, la explicación y la planificación, estructurar la entrevista y construir la relación con el paciente)</p> <p><b>*7,69%:</b> Los nervios.</p> <p><b>*3,85%:</b> La situación de simulación.</p> <p><b>*3,85%:</b> la sensación de inseguridad.</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>25</b> ALUMNOS; <b>100%</b>)</p> <p><b>*64%:</b> Aspectos relacionados con las fases de la entrevista (de mayor a menor dificultad: recoger la información del paciente [25% ], explorar al paciente [43,75% ], explicar y planificar [43,75% ],</p> <p><b>*24%:</b> Habilidades comunicativas concretas: Mostrar empatía [50%], no dejarse atrapar por las emociones [50% ],,</p> <p><b>*12%:</b> La situación de simulación con relación al conocimiento previo del diagnóstico y a la sensación de nervios.</p> <p><b>*4%:</b> El perfil del paciente, con relación a su "carácter".</p>

			*8%: Aspectos éticos, en relación a la explicación del problema al paciente
¿Lo que te ha resultado más fácil en la realización de la entrevista ha sido...?	Pregunta no realizada después de la 1ª entrevista	(CONTESTADA POR: 26 ALUMNOS; 100%)  **88,46%: La realización de alguna de las fases de la entrevista clínica (de mayor facilidad a menor facilidad: la recogida de la información, construir la relación con el paciente, el cierre de la entrevista, la exploración y la explicación y la planificación).  *3,85%: el hecho de saber controlar mejor los nervios.	(CONTESTADA POR: 25 ALUMNOS; 100%)  *60%: El desarrollo de alguna de las <b>fases de la entrevista</b> . De mayor a menor frecuencia en las respuestas destacamos: la recogida de la información asociada a sentirse más seguros (56%), la realización de la explicación y la planificación (28%) y el resto, la fase inicial (12%), la fase de exploración (16%) y el cierre de la entrevista (8%).  *24%: <b>Construir mejor la relación con el paciente</b> y mejorar la <b>confianza</b> en si mismos respecto a otras entrevistas.  *4%: Aplicar con mayor seguridad <b>habilidades</b>

Anexos

			<p><b>comunicativas</b> verbales y no verbales.</p> <p><b>*4%: El escenario y el perfil del paciente facilitaron el proceso de comunicación</b></p> <p><b>*4%: Nada en particular</b></p>
<p><b>¿Qué aspectos has mejorado respecto a la entrevista anterior?</b></p>	<p>Pregunta no realizada después de la 1ª entrevista</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>25 ALUMNOS; 100%</b>)</p> <p><b>*36%:</b> Relacionados con alguna de las fases de la entrevista y con la mejora de su seguridad.</p> <p><b>*12%:</b> La capacidad para elaborar mejor la entrevista.</p> <p><b>*12%:</b> El aumento de la motivación para aprender, tras la reflexión y sabiendo que, la práctica de entrevistas clínicas, puede ser útil bajo el punto de vista profesional.</p> <p><b>*4%:</b> No mencionaron</p>

			ningún aspecto.  *4%: Consideró haber empeorado.
¿Recomendarías a otro compañero de la carrera participar en el módulo de HC?	(CONTESTADA POR: 28 ALUMNOS; 100%)  *50%: si, por que facilita el aprendizaje de HC para realizar la ECF  *28,57%: si, por que el aprendizaje es necesario para el desempeño de la profesión.  *25%: si, por que los conocimientos adquiridos no se realizaron durante la carrera.	Pregunta no realizada después de la 1ª entrevista	Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista
¿Qué aspectos deberías continuar mejorando (tras la realización de la 3ª entrevista)?	Pregunta no realizada después de la 1ª entrevista	Pregunta no realizada después de la 2ª entrevista	(CONTESTADA POR: 24 ALUMNOS; 96%)  *83,33%: Relacionados con la realización de alguna de las fases de la entrevista: recogida de la información (70%); exploración del paciente (40%); explicar y planificar (30%); marcar la transición entre las



## Anexos

			<p>distintas fases (15%): el cierre de la entrevista (7,9%).</p> <p><b>*4,17%:</b> Realizar más entrevistas para consolidar mi aprendizaje.</p> <p><b>*8,33%:</b> Tratar adecuadamente al paciente (tu/ usted).</p> <p><b>*4,17%:</b> la sensación de inseguridad y la gestión del tiempo.</p>
<p><b>¿Deseas añadir algún otro comentario o sugerencia?</b></p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>13</b> ALUMNOS; 46,42%)</p> <p><b>10,71%:</b> he aprendido nuevas habilidades para relacionarme con los apacientes.</p> <p><b>10,71%:</b> deseo realizar más entrevistas.</p> <p><b>10,71%:</b> No realicé entrevistas durante las prácticas clínicas.</p> <p><b>10,71%:</b> el uso de video clips fue util para mi</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>13</b> ALUMNOS; 50%)</p> <p><b>*38,46%:</b> Comentario relacionado con la entrevista: el 40% mejoro la percepción de su seguridad para realizar las fases de la entrevista; el 60% dijo tener dificultades para escuchar y para apuntar la información).</p> <p><b>*23,07%:</b> El perfil del paciente (menos</p>	<p>Pregunta no realizada después de la 3ª entrevista</p>

	<p>aprendizaje.</p> <p><b>10,71%:</b> la realización del módulo, me ha ayudado a perder el miedo a realizar entrevistas y a mejorar mi confianza.</p>	<p>extrovertido) hizo que algunos alumnos percibieran mayor dificultad en la realización de la 2ª entrevista.</p> <p><b>*23,07%:</b> La realización de la encuesta facilitó el proceso de reflexión. La entrevista les ayudo a mejorar sus habilidades comunicativas aplicables a su futuro profesional.</p>	
--	---	--	--

**Tabla 142.** Resumen de resultados (Encuesta 1, 2, 3-PF I). Ciclo I (P. Formativa I)

## e) Encuesta 4-PFI (Grupo control)

### 1. Pregunta 1

La **pregunta 1** (“Lo que más te ha gustado de la interacción con el Paciente simulado ha sido...”) fue contestada por **29 alumnos** (100%). Los datos relacionados con la pregunta 1 pueden verse en la **Tabla 143**. Las opiniones más destacadas fueron:

- Lo que **más les ha gustado** a todos los alumnos (**100%**) ha sido participar en la realización de la entrevista. Respecto a estos alumnos:
  - o A un **37,93%** de los casos, lo que más les gustó, fue generar aprendizaje con relación a poder empatizar y establecer una relación con el paciente, a aplicar las habilidades comunicativas, a aumentar el grado de confianza para realizar la entrevista y a utilizar la CV y la CNV de forma adecuada.
  - o Al **27,59%**, les llamó la atención el hecho de estar ante una situación real o casi real.

## Anexos

P.1. LO QUE MÁS TE HA GUSTADO DE LA INTERACCIÓN CON EL PS HA SIDO ...
<p><b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b></p> <p><b>***Categoría 1: Poder realizar la entrevista y aplicar lo que he aprendido (100%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p>**Reconocer y superar las dificultades (6,90%)</p> <p>**La autonomía/libertad para realizar la entrevista (3,45%)</p> <p>**Poder “ayudar” al paciente (6,90%)</p> <p>**Sentirme cómodo ante la situación (3,45%)</p> <p>**Aprender (37,93%)</p> <p style="padding-left: 20px;"><b>*SUB-subcategoría</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*A estructurar bien la entrevista (3,45%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Tener que relacionar lo que me explica el paciente (3,45%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*A tener confianza conmigo misma (13,79%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*A realizar preguntas abiertas y dejar que el paciente se exprese (3,45%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*A establecer una relación empática/saber conectar con la paciente/saber comprenderlo/saber escuchar (27,59%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Poder explicarle a la paciente su enfermedad y el tratamiento a realizar (13,79%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*A utilizar el lenguaje no verbal de forma adecuada (6,90%)</i></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p>**Preparación para el mundo laboral (10,34%)</p> <p>**Realizar por vez primera esta experiencia (10,34%)</p> <p>**Estar ante una situación “real” (27,59%)</p>

**Tabla 143.** Encuesta 4-PF I. Pregunta 1: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- En un **10,34%** de los casos realizaron por primera vez una entrevista.
- A un **10,34%**, a la posibilidad de tener una experiencia preparatoria al mundo laboral, en relación a la entrevista realizada.
- Al **6,90%**, el hecho de reconocer y superar las dificultades (relacionadas con la realización de la entrevista) y el hecho de poder ayudar al paciente.
- Un **3,45%** de los alumnos dijo sentirse cómodo durante la realización de la entrevista y valoró positivamente el hecho de tener autonomía para realizar la entrevista sin supervisión.

## 2. Pregunta 2

La **pregunta 2** (“**Lo que menos te ha gustado** de esta experiencia ha sido...”) fue contestada por **29 alumnos** (100%). Los datos relacionados con la pregunta 2 pueden verse en la **Tabla144**. Las opiniones más destacadas fueron:

- La dificultad para **controlar los nervios** ante la nueva experiencia (**62,07%**). En relación a esta dificultad, influyeron distintas variables:
  - o La presencia de las cámaras de video, mientras se realizaba la entrevista: 22,14%.
  - o La dificultad para estructurar la entrevista, que esta siguiera un orden y que el tiempo estuviera bien gestionado (72,41%).
  - o Otros factores tales como la dificultad para aplicar los conceptos aprendidos (3,45%) o el hecho de bloquearse (3,45%) ante la situación.
- **55,17%: La sensación de inseguridad y/o de incomodidad asociada a las dudas acerca de qué hacer.** De estos alumnos:
  - o **El 62,07%** dijeron tener dificultades para **estructurar la entrevista**. Los aspectos más destacados tuvieron que ver con: los muchos aspectos que debían mejorar, la dificultad para gestionar el tiempo y, en menor grado, las dificultades relacionadas con la exploración, la comunicación verbal y no verbal, la falta de práctica, y con el modo de cerrar la entrevista.
  - o **Al 17,24%** les supuso una mayor dificultad **relajarse ante las cámaras de video**.
- Al **6,90%** fue el perfil del paciente, con un estado de ánimo peculiar debido a su enfermedad, lo que más les costó, pues no disponían de la fluidez necesaria para tratarle.

## Anexos

<b>P.2. LO QUE MENOS TE HA GUSTADO DE ESTA EXPERIENCIA HA SIDO</b>
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: El control de los nervios (62,07%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**La presencia del vídeo (24,14%)
**Dificultad para estructurar la entrevista/seguir un orden/controlar el tiempo (72,41%)
**Me he bloqueado (3,45%)
**Dificultad para aplicar conceptos (3,45%)
<b>*SUB SUB categoría:</b>
<i>*Relacionados con la exploración y con el tratamiento (3,45%)</i>
<i>*Por ser la 1ª entrevista (6,90%)</i>
<b>***Categoría 2: Inseguridad, incomodidad y/o dudas (55,17%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Dinámica de la entrevista/pasos a seguir (62,07%)
<b>*SUB-subcategoría</b>
<i>*Con relación a la exploración (3,45%)</i>
<i>*Con relación al contenido de mis palabras (3,45%)</i>
<i>*Con relación al modo de dirigirme a la paciente (3,45%)</i>
<i>*En relación a los muchos aspectos a mejorar (20.69%)</i>
<i>*En relación a la falta de práctica (3,45%)</i>
<i>*En relación a la gestión del tiempo para la realización de la entrevista (6,90%)</i>
<i>*En relación al cierre de la entrevista (3,45%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
La presencia de las cámaras de vídeo (17,24%)
<b>***Categoría 3: El perfil del paciente (6,90%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
** Su estado anímico/seriedad (6,90%)

**Tabla 144.** Encuesta 4-PF I. Pregunta 2: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

### 3. Pregunta 4

La pregunta 4 (“Lo que te ha supuesto una mayor dificultad ha sido...”) fue contestada por 29

alumnos (100%). Los datos relacionados con la pregunta 4 pueden verse en la **Tabla 145**. Las opiniones más destacadas fueron:

P.4. LO QUE TE HA SUPUESTO MAYOR DIFICULTAD HA SIDO ...
<p><b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b></p> <p><b>***Categoría 1: La realización de la entrevista (100%)</b></p> <p><b>**Subcategoría</b></p> <p><b>**Nervios (por la misma entrevista o por la cámara de video) (27,59%)</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>*sub-subcategoría</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Por ser la primera entrevista (3,45)</i></p> <p><b>**Subcategoría:</b></p> <p><b>**La estructura/orden de la entrevista y las habilidades requeridas para cada una de las fases (79,31%)</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>*sub-subcategoría</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*la recogida de la información (24,14%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*el cierre de la entrevista (6,90%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*la exploración del paciente (31,03%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*la explicación y la planificación del problema al paciente (6,90%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Expresarme correctamente y de un modo comprensible (3,45%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*La fluidez verbal (3,45%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Saber gestionar el tiempo (10,34%)</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*Realización del LNV: Vocalizar mejor (6,90%)</i></p> <p><b>**Subcategoría:</b></p> <p><b>**Quedarme en blanco (10,34%)</b></p> <p><b>**Saber aplicar lo que he aprendido (3,45%)</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><b>*sub-subcategoría</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>*La estructura de la entrevista (3,45%)</i></p>
<p><b>***Categoría 2: Las características del paciente (estado de ánimo, etc.) (6,90%)</b></p> <p><b>**Subcategoría:</b></p> <p><b>**Dificultad para extraer la información del paciente (3,45%).</b></p> <p><b>**Dificultad para responder a todas las preguntas de la paciente (3,45%).</b></p>

**Tabla 145.** Encuesta 4-PF I. Pregunta 4: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Destacamos los aspectos que supusieron una mayor dificultad:

## Anexos

---

- El **proporcionar una estructura y un orden** a la entrevista supuso una dificultad importante para el **79,31%** de los alumnos. Dentro de las partes de la entrevista queremos destacar, por su influencia en la dificultad para estructurar y ordenar la entrevista, las siguientes: la *exploración del paciente* (**31,03%**), la *recogida de la información* del paciente (**24,14%**), la dificultad para *gestionar el tiempo* dedicado a la realización de la entrevista (10,34%), la *explicación del problema del paciente y la planificación* del tratamiento, junto al *cierre* de la entrevista (6,90%) y, en menor medida, la falta de *fluidez verbal* y la *dificultad para expresarse correctamente* (3,45%). Un 10,34% de los alumnos comentó que se quedó *en blanco* en algún momento de la entrevista. Por otra parte, los **nervios** originados durante la entrevista por causa de la inseguridad y/o por la presencia de las cámaras de vídeo (27,59%).
- **El estado anímico del paciente**, pues a pesar de estar en una situación de simulación, reflejaba cansancio y desánimo que en un **6,90%** de los alumnos fue percibido como una dificultad añadida a la realización de la entrevista con relación a la obtención de la información del paciente (anamnesis) y a no saber cómo responder a las demandas y preguntas del paciente.

### 4. Pregunta 5

La **pregunta 5** (“**Lo que te ha resultado más fácil** en la realización de la entrevista ha sido...”) fue contestada por **29 alumnos** (100%). Los datos relacionados con la pregunta 5 pueden verse en la **Tabla 146**. Las opiniones más destacadas fueron:

- En el **100%** de los casos tuvo que ver con la realización de algunas de las fases de la entrevista clínica.
  - Para el **31,03%** de los alumnos fue la *fase de recogida de la información*, si bien como se comentará más adelante, en el análisis cualitativo de las sesiones de feedback (cuando los alumnos observan y proponen destacar los errores y los aspectos susceptibles de corrección), una gran mayoría de alumnos reconoció haber perdido, durante esta fase, mucha información del paciente por olvidar realizar muchas preguntas relacionadas con la anamnesis o por plantearlas de un modo incorrecto.

P.5. LO QUE TE HA RESULTADO MÁS FÁCIL EN LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA HA SIDO ...
***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría
***Categoría 1: Con relación a las diferentes fases de la entrevista (100%)
**Subcategoría: Fases de la entrevista
**La fase inicial (17,24%)
**La recogida de la información (31,03%)
**La exploración (20,69%)
**La explicación proporcionada a la paciente (su problema) (20,69%)
**El cierre de la entrevista (3,45%)
**Establecer/construir la relación con el paciente (27,59%)
*SUB-subcategoría
*Conectar con la paciente (3,45%)
*Utilizar adecuadamente el lenguaje no verbal (3,45%)
*En ningún momento hubo interrupciones (6,90%)
*Comunicarme de forma fluida con la paciente (3,45%)
*Conseguir la adherencia del paciente al tratamiento propuesto (3,45%)
*Remarcar los aspectos positivos (a pesar de las dificultades) (3,45%)
***Categoría 2: Con relación al nivel de implicación (3,45%)
**Subcategoría
**La situación tan real ha facilitado mi implicación (3,45%)

Tabla 146. Encuesta 4-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Para el **27,59%** de los alumnos les resultó más fácil *establecer y construir la relación con el paciente* por distintos motivos: por que fueron capaces de escucharle si realizar interrupciones, por que tuvieron la sensación de conectar con el paciente, por que utilizaron adecuadamente el lenguaje no verbal y por que la comunicación fue fluida, por que consiguieron que el paciente se adhiriera al tratamiento propuesto y por el hecho de conseguir transmitir al paciente un mensaje positivo a pesar de la vivencia que el paciente tenía de su enfermedad.
- Para el **20,69%** de los alumnos les resultó más fácil *realizar la exploración física y explicarle* la posible causa de su problema. Sin embargo en muchos casos dudaron si realizar o no la exploración ya que el estado del paciente quizás no lo permitía por su dolor. En cuanto a la explicación del problema, a excepción de los momentos en los que



## Anexos

---

se utilizó un lenguaje excesivamente técnico, los alumnos no percibieron tanta dificultad para su realización.

- Para el **17,24%** de los alumnos les resultó más fácil la *fase inicial de la entrevista*, es decir saludar, presentarse, aclarar su rol y preguntar al paciente por el motivo de su visita.
  
- Al **3,45%** de los alumnos les resultó más fácil implicarse por el hecho de que la simulación fuera vivida como una *situación real*.

### 5. Pregunta 6

En relación a la pregunta abierta, número 6, planteada al final del cuestionario: “¿deseas añadir algún otro comentario?”, fue contestada por 14 alumnos (**48,27%**). Los datos relacionados con la pregunta 6 pueden verse en la **Tabla 147**. En relación a los alumnos que contestaron esta pregunta destacamos que:

- A un **41,38%** de los alumnos, *la metodología utilizada para aprender a realizar la entrevista clínica de Fisioterapia les ha sido útil*.
  - De estos alumnos hubo comentarios relacionados con su experiencia o aportaciones que pueden ayudarnos a aproximarnos a las diferentes interpretaciones de su vivencia, en relación a la realización de una entrevista clínica con un paciente simulado. En este sentido algunos alumnos comentaron que nunca antes habían realizado ninguna entrevista clínica, otros propusieron realizar más de una entrevista clínica para poder aprender más y otros, a hacer extensible esta experiencia a todos los alumnos de Fisioterapia. En otros casos se destacó, como aspecto negativo, el hecho de tener que superar los nervios ante las cámaras de vídeo, si bien se reconoció que a pesar de este inconveniente, el registro y la visualización de las entrevista permitía generar aprendizaje a través de la observación, de la reflexión y del debate realizados durante las sesiones de grupo (Sesiones de Feedback “ver mi entrevista”).

P.6. ¿DESEAS AÑADIR ALGÚN OTRO COMENTARIO CON RELACIÓN A LA ACTIVIDAD EN LA QUE HAS PARTICIPADO?
<b>***Categoría/ **Subcategoría/*sub-subcategoría</b>
<b>***Categoría 1: Método de aprendizaje útil, para la realización de la entrevista clínica (41,38%)</b>
<b>**Subcategoría</b>
**Aprendizaje útil y provechoso (37,93%)
**Aprendizaje a través de la observación (13,79%)
**Aspectos que podrían mejorar (20,69%)
<b>*Sub-subcategoría</b>
<i>*El paciente debería salir de la consulta al finalizar la entrevista (3,45%)</i>
<i>*Podríamos realizar más entrevistas (37,93%)</i>
<i>*Los nervios ante las cámaras de vídeo (24,14%)</i>
**La realización de más entrevistas mejoraría el aprendizaje (37,94%)
<b>*Sub-subcategoría</b>
<i>*No había realizado nunca una entrevista clínica (37,94%)</i>
<b>**Subcategoría</b>
**Propuesta para implementar este método para todos los alumnos de Fisioterapia (34,48%)
**Aprendizaje a través de la reflexión (27,59%)
<b>*Sub-subcategoría</b>
<i>*NO he realizado correctamente algunas de las fases de la entrevista (17,24%)</i>
<i>*Tenía dudas acerca de qué hacer ante la dificultad de explorar por causa del dolor del paciente (6,90%).</i>
<b>**Subcategoría</b>
**El LNV es muy importante (10,34%)
<b>*Sub-subcategoría</b>
<i>*Puede condicionar la relación con el paciente (10,34%)</i>
<b>***Categoría 2: Me prepara para el mundo laboral (13,79%)</b>

**Tabla 147.** Encuesta 4-PF I. Pregunta 5: Categorización. Ciclo I (P. Formativa I)

- Respecto a las distintas fases de la entrevista, algunos alumnos destacaron la necesidad de corregir muchos errores que habían hecho conscientes mediante un proceso de reflexión. A algunos les resultó más complicada la realización de la exploración física ya que, debido al dolor tan importante de la paciente, cabía la posibilidad de explorarla o no.
- Algunos alumnos destacaron que la CNV es muy importante y que de algún modo pudo condicionar la relación con el paciente.

## Anexos

---

- Un **13,79 %** de los alumnos consideró que *estaban mejor preparados para afrontar el mundo laboral*, después de realizar la entrevista clínica, pues se familiarizaron con una de las actividades que más a menudo realizarán en su futura actividad profesional.

### f) Resultados finales Grupo control

Se muestra en la **Tabla 148** el resumen del resultado final de los datos desarrollados en el apartado anterior y que tienen que ver con la Encuesta 4 cuando fue cumplimentada por los alumnos del Grupo control.

ÍTEM/	PS3 (Gr A)
Lo que más te ha gustado del encuentro con el PS ha sido ...	<p>(CONTESTADA POR: 29 ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*100%:</b> La realización de la <b>entrevista</b>. Los aspectos más destacados tuvieron que ver con: <b>la generación de aprendizaje (37,9%) respecto a poder empatizar y establecer una relación con el paciente</b>, a aplicar <b>las habilidades comunicativas</b>, a <b>aumentar el grado de confianza para realizar la entrevista</b>, a <b>utilizar la CV y la CNV de forma adecuada</b>. En un 6,89%, con el hecho de reconocer y de superar las dificultades y de ayudar al paciente.</p> <p><b>*27,59%:</b> El hecho de estar ante una <b>situación real o casi real</b>.</p> <p><b>*10,34%:</b> La posibilidad de tener <b>una experiencia próxima al mundo laboral</b>.</p> <p><b>*10,34%:</b> realizar por primera vez esta experiencia.</p>
Lo que menos te gustó del encuentro con el PS ha sido ...	<p>(CONTESTADA POR: 29 ALUMNOS; 100%)</p> <p><b>*62,07%:</b> La <b>dificultad para controlar mis nervios</b>. Esta situación se asoció a: la dificultad para estructurar la entrevista, seguir un orden en la secuencia de la misma o a gestionar mejor el tiempo (72,41%), en menor medida a la presencia del video (24,14%) y a otros factores tales</p>

	<p>como la dificultad para aplicar los conceptos aprendidos (3,45%) o el hecho de bloquearse (3,45%)</p> <p><b>*55,17%: La sensación de inseguridad, incomodidad asociada a las dudas acerca de qué hacer.</b> En este sentido dijeron tener dificultades para <b>estructurar la entrevista (62,07%) y para relajarse ante las cámaras de video (17,24%).</b></p> <p><b>*6,90%: El perfil del paciente,</b> pues su estado de ánimo les desconcertó.</p>
<p>¿Lo que te ha supuesto una <b>mayor dificultad</b> ha sido...?</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>29 ALUMNOS; 100%</b>)</p> <p><b>*100%: La realización de la entrevista.</b> En este caso supuso una mayor dificultad el hecho de tener que seguir la <b>estructura de la entrevista, un determinado orden así como las habilidades</b> que se requiere aplicar en cada una de las fases (<b>79,31%</b>), a continuación, los nervios por la presencia de las cámaras de video o por la sensación de inseguridad ante una nueva situación (27,59%).</p> <p><b>*6,90%: Relacionarme con el paciente</b> cuyo estado de ánimo estaba muy condicionado por su diagnóstico médico. En este caso, los alumnos tuvieron más dificultades para extraer toda la información del paciente y para responder a sus demandas y preocupaciones.</p>
<p>¿Lo que te ha resultado más <b>fácil</b> en la realización de la entrevista ha sido...?</p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>29 ALUMNOS; 100%</b>)</p> <p><b>*100%: El desarrollo de alguna de las fases de la entrevista.</b> En este sentido al 31,03% de los alumnos les resultó más fácil la fase de recogida de la información, al 27,59% construir la relación con el paciente, al 20,69% la realización de la exploración, a un 17,24% la fase inicial y el cierre de la entrevista.</p> <p><b>*3,45%: El escenario/ el perfil del paciente.</b> En este caso ayudó a que los alumnos se implicarán más durante la realización de la entrevista.</p>
<p>¿Deseas <b>añadir algún otro comentario o sugerencia con</b></p>	<p>(CONTESTADA POR: <b>14 ALUMNOS; 48,27%</b>)</p>

## Anexos

---

<b>relación a la actividad en la que has participado?</b>	<b>*41,38%: El método de aprendizaje para la realización de la ECF me ha parecido útil.</b> En este caso, el 37,93% de los alumnos consideraron que el aprendizaje fue útil y provechoso, un 13,79% consideró que la observación (del video tras la entrevista) facilitó el aprendizaje y en menor proporción se propuso la necesidad de realizar más entrevistas y de implementar este sistema de aprendizaje para todos los alumnos de Fisioterapia. Un 27,59% de los alumnos también dijo haber aprendido mediante el proceso de reflexión (mientras veían el video de su entrevista)  <b>*13,79%: La participación en esta experiencia me ha preparado mejor para enfrentarme al mundo laboral</b>
---	--

**Tabla 148.** Resumen de resultados (Encuesta 4-PF I). Ciclo I (P. Formativa I)

### g) Sesión de feedback (Grupo de intervención y Grupo control)

Mostramos el resumen de los resultados cualitativos del Grupo de intervención (Grupo B) y del Grupo control (Grupo A), en base a las categorías establecidas, y que están relacionados con las sesiones de retroacción realizadas después de que los alumnos vieran el video de su entrevista en grupos reducidos.

Los resultados que mostramos a continuación se han estructurado del siguiente modo:

- En primer lugar se muestra los resultados del **Grupo de intervención** (Grupo B) de cada una de las entrevistas que realizaron los alumnos a 3 pacientes simulados distintos (PS1, PS2, PS3) y a continuación se muestra un resumen con los resultados más relevantes.
- En segundo lugar aparecen los resultados del **Grupo control** (Grupo A) de la entrevista que los alumnos realizaron a un paciente simulado, que coincidió con el tercer paciente simulado entrevistado por los alumnos del Grupo de intervención (PS3).
- La información que se presenta se ha categorizado con relación a las opiniones expresadas por una muestra de alumnos, elegidos al azar dentro de cada grupo, y por el profesor conductor de las sesiones grupales en relación a:

- **La percepción que tuvo cada alumno** (de forma individual) al ver el vídeo de su propia entrevista.
  - El análisis de los **aspectos que se realizaron correctamente**, expresados primero por los alumnos participantes y después por el profesor.
  - El análisis de los **aspectos que debían mejorar**, expresados de forma idéntica al apartado anterior.
  - **Dudas y comentarios** relacionados con la experiencia realizada: método y proceso de aprendizaje, posibles dudas y sugerencias, etc.
- Los resultados mostrados se han organizado teniendo en cuenta las siguientes **categorías** que a su vez se dividen en diferentes **subcategorías** que se muestran en la exposición de los resultados:
- **Categoría 1:** Desarrollando las distintas fases de la entrevista.
  - **Categoría 2:** Proporcionando una estructura a la entrevista.
  - **Categoría 3:** Estableciendo la relación con el paciente
  - **Categoría 4:** Impacto del video, del escenario, del paciente simulado, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general

### GRUPO DE INTERVENCIÓN (SFB 1): PS1. Curs 2009-10: Resumen de resultados

Fueron **28** los alumnos, del **Grupo de intervención**, que participaron en las **sesiones de feedback** (SFB), tras la realización de la **1ª entrevista con el paciente simulado** (PS1 GrB). Destacamos los resultados que se desprenden de cada una de las categorías y de las subcategorías que también pueden verse en la **Tabla 149**.

### RESULTADOS CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA (PS1)

Con relación a la 1ª categoría destacamos los siguientes resultados:

- **Fase inicial**

## Anexos

---

- Los alumnos *no se presentaron de forma adecuada* ni *definieron su rol* (**10,71%**) y no explicaron al paciente los pasos a seguir a partir del momento inicial (**14,28%**).
  
- **Fase de recogida de la información del paciente**
  - Hubo una notable *pérdida de información*, debido a que las preguntas realizadas fueron *muy cerradas* desde el comienzo en un **60,71%**, a la realización de una *anamnesis incompleta* en un **50%**, al *poco tiempo dedicado* a esta fase en un **39,28%** y al hecho de recoger la información de forma desordenada en un **35,71%**.
  
  - El alumno estuvo demasiado *pendiente de seguir la Hoja de Fisioterapia* (recogida de los datos del paciente) en un **75%** de los casos.
  
  - Hubo un **28,57%** de los alumnos que no registraron, mediante anotaciones, ninguna información.
  
- **Fase de exploración**
  - El alumno presentó *dudas y/o inseguridad acerca de qué, cómo y cuándo explorar* con relación al paciente al que debía entrevistar en un **32,14%** de los casos.
  
  - Al realizar la exploración, utilizó *pruebas muy generales* a partir de las cuáles no podía obtener demasiada información en un **46,42%** de los casos.
  
  - Debido a su inseguridad, el alumno, hace *cambiar al paciente varias veces de postura* para realizar la exploración en un **14,28%** de los casos.
  
  - El alumno elabora conclusiones, a partir de la exploración realizada (o no realizada), que no son coherentes en un **25%** de los casos.
  
- **Fase de explicación y de planificación**
  - Durante esta fase, un **21,42%** de los alumnos, recomiendan al paciente realizar determinadas actividades que *no concretan ni explican suficientemente*.
  
  - En unos **14,28%** de los casos, los *ejercicios y/o las pautas de tratamiento planteados, no son idóneos*.
  
- **Fase de cierre de la entrevista**
  - No existe ningún aspecto destacable.

<b>Categoría 1: Fases de la entrevista</b>	
<b>Fase inicial: recibir al paciente</b>	<b>Frecuencia /%</b>
El alumno no se presenta y/o no aclara su rol	10,71%
El alumno no se presenta hasta alcanzar la altura del paciente (sentándose)	17,85%
El alumno no explica los pasos a seguir	14,28%
<b>Fase de recogida de la información del paciente</b>	<b>Frecuencia /%</b>
Ha habido una notable pérdida de información: preguntas muy cerradas desde el comienzo de la entrevista	60,71%
Ha habido una notable pérdida de información: anamnesis incompleta	50%
Ha habido una notable pérdida de información: poco tiempo dedicado a esta fase	39,28%
Ha habido una notable pérdida de información: recogida de información desordenada y/o poco estructurada	35,71%
El alumno estuvo muy pendiente de la hoja de Fisioterapia y de su secuencia	75%
El alumno no anota ninguna información	28,57%
<b>Fase de exploración del paciente</b>	<b>Frecuencia /%</b>
El alumno presenta dudas y/o inseguridad acerca de qué, cómo y cuándo y explorar debido al dolor	32,14%
El alumno realiza pocas pruebas específicas con relación al problema del paciente	46,42%
El alumno hace cambiar varias veces la postura del paciente para explorar por su propia inseguridad	14,28%
El alumno elabora conclusiones, a partir de la exploración realizada (o no realizada), que no son coherentes	25%
<b>Fase de explicación y de planificación</b>	<b>Frecuencia /%</b>
El alumno recomienda realizar ciertas actividades pero no concreta ( nº de ejercicios, el nº de veces, etc.) o las realiza de modo incompleto	21,42%
El tipo de ejercicios o las pautas de tratamiento planteados no son idóneos (complejos o poco aplicables)	14,28%

**Tabla 149.** SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)

## RESULTADOS CATEGORÍA 2: PROPORCIONANDO UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA (PS1)

Con relación a la 2ª categoría destacaremos los siguientes resultados, que pueden consultarse a su vez en la **Tabla 150**:

- **Ordenar la secuencia de cada una de las fases de la entrevista**
  - o *La estructura de la entrevista no está suficientemente clara* para un **21,42%** de los alumnos.



## Anexos

- *Ha habido desorden* al realizar las diferentes preguntas para obtener la información en un **25%** de los casos.
- **Ordenar los pasos a seguir dentro de una misma fase**
  - *Faltó estructurar y ordenar la recogida de la información (17,85%).*
  - Algunos alumnos continuaron realizando preguntas, en la fase de cierre, relacionadas con la anamnesis en un **10,71%** de los casos.
  - El alumno da recomendaciones en la fase de recogida de datos y no en la fase de explicación y de planificación (**7,14%**).

<b>Categoría 2: Proporcionando una estructura a la entrevista</b>	
<b>Ordenar la secuencia de las distintas fases de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
La estructura de la entrevista todavía no está clara	21,42%
Ha habido desorden al realizar las preguntas para obtener la información	25%
<b>Dentro de una misma fase sigue una secuencia lógica y ordenada</b>	<b>Frecuencia</b>
Ha faltado estructurar y ordenar la recogida de información	17,85%
No es correcto seguir haciendo preguntas en la fase de cierre	10,71%
El alumno da recomendaciones en la fase de recogida de datos y no en la fase de explicación y de planificación	10,71%

**Tabla 150.** SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)

### RESULTADOS CATEGORÍA 3: ESTABLECIENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (PS1)

Con relación a la 3ª categoría destacaremos los siguientes resultados, los cuales pueden consultarse en la **Tabla 151**. Esta categoría se subdivide, a su vez, en las siguientes subcategorías:

- **Uso de las habilidades comunicativas no verbales (CNV)**
  - **Falta de contacto ocular con el paciente.** En un **25%** de los casos hubo un *contacto ocular deficiente* con el paciente.
  - **Lenguaje corporal.** En un **10, 71%**, *el lenguaje corporal fue distante* y mostró: *poca conexión* con el paciente, una falta de cordialidad y/o de preocupación por su comodidad.

- **Ritmo de la entrevista.** En un **14,28%** de los casos, el ritmo fue o bien muy rápido o muy lento.
- **Presencia de silencios.** En un **7,14%** hubo silencios disfuncionales.
- **Actitud ante el paciente.** La actitud hacia el paciente fue, en un **7,14%** de los casos, distante y fría.
- **Interrupciones.** En un **21,42%** de los casos, los alumnos interrumpieron al paciente mientras intentaba explicar diferentes aspectos relacionados con su problema.
- **Contacto físico.** En un **7,14%** de los casos, los alumnos exploraron al paciente *sin hacerle quitar la ropa*.
- **Gestión del tiempo disponible.** En un **7,14%** de los casos los alumnos tuvieron dificultades para acotar la *duración total de la entrevista*.

#### ○ **Uso de las habilidades comunicativas verbales (CV)**

- **Con relación al tono y/o al volumen de la voz.** Hubo acuerdo al interpretar diferentes significados con relación al uso de un determinado tono y/o volumen de la voz en un **21,42%** de los casos. Se recomendó a un **14,28%** de los alumnos que variaran el tono y la modulación de la voz para remarcar el paso de una fase de la entrevista a otra.
- **Con relación a la velocidad del discurso.** El discurso fue excesivamente rápido en un **10,34%** de los casos.
- **Con relación a la vocalización.** En un **14,28%** de los casos se recomendó mejorar la vocalización.
- **Con relación al uso de parásitos o de cantinelas.** En un **14,28%** de los casos se recomendó tomar consciencia del uso de parásitos y/o de cantinelas.
- **Con relación al uso de facilitadores.** En un **21,42%** de los casos *no se utilizaron facilitadores* a la hora de preguntar al paciente.
- **Con relación al modo de dirigirse al paciente.** En un **21,42%** de los casos se recomendó a los alumnos utilizar la forma tú/ usted buscando el pacto con el paciente.

## Anexos

---

- **Establecer y desarrollar una relación profesional óptima.**
  - **Reconocer el punto de vista del paciente.** En un **17,85%** de los casos los alumnos no prestaron la atención suficiente a la perspectiva del paciente respecto a su problema principal.
  - **Buscar el confort del paciente.** En este caso el alumno *no se preocupó del confort* del paciente (**3,57%**) o durante la exploración, *modifico la posición del paciente* sin ninguna lógica (**7,14%**).
  - **Proporcionar empatía, apoyo y sensibilidad hacia el paciente.** A un **25%** de los alumnos se les recomendó preguntar la posible existencia de otras preocupaciones distintas, o paralelas al problema principal del paciente, pues fue un aspecto que no tuvieron en cuenta.
  - **Mostrar asertividad.** Un **17,85%** de los alumnos *no actuó con la suficiente asertividad* en el momento previo a la exploración.
  - **Capacidad para escuchar al paciente de forma activa.** Para algunos alumnos hubo *dificultades para contestar las preguntas planteadas* por el paciente (**14,28%**), en algunas ocasiones *no escucha o no está atento a las demandas* del paciente (**10,71%**), en un **7,14%** los alumnos dijeron tener dificultades para conectar con el paciente y en un **3,57%** de los caso, el alumno *repite preguntas que ya había formulado*. En un **7,14%** de los caso formula las preguntas *condicionando la respuesta*.
  
- **Involucrar al paciente**
  - **Hacer partícipe al paciente e implicarlo en nuestras propuestas.** En un **17,85%** de los casos el alumno *no explicó al paciente qué se iba a hacer* con relación a la dinámica de la entrevista.
  - **Resumir y verificar la información obtenida.** En un **17,85%** de los casos el alumno no resumió ni verificó que la información obtenida se correspondía con lo que el paciente transmitió.
  - **El lenguaje utilizado por el alumno fue excesivamente técnico** en un **21,42%** de los casos.
  - **Dificultad para proporcionar la información de forma clara y ordenada** en un **10,71%** de los casos y además hubo poca concreción la hora de explicar las recomendaciones y los ejercicios que el paciente podía realizar (**10,71%**).

<b>Categoría 3: Estableciendo/ construyendo la relación con el paciente</b>	
<b>Subcategoría 1: Uso de las habilidades comunicativas: CNV</b>	
<b>Falta de contacto ocular con el paciente:</b>	<b>Frecuencia</b>
Hubo pérdida del contacto visual	25%
<b>Lenguaje corporal (postura, expresión facial, expresión corporal, distancia física, organización del espacio)</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje corporal mostraba distancia, poca conexión con el paciente y una falta de cordialidad o de preocuparse más por el paciente buscando su comodidad	10,71%
<b>Ritmo de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno ha ido muy rápido mientras realiza la entrevista	14,28%
Le faltó más dinamismo a la entrevista	14,28%
<b>Presencia de silencios (disfunción)</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno establece periodos de silencio disfuncionales	7,14%
<b>Actitud ante el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
La relación con el paciente es distante, fría o poco cordial	7,14%
<b>Interrumpe al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno, a menudo, interrumpe al paciente	21,42%
<b>Contacto físico</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos hacen la exploración sin hacerle quitar la ropa al paciente	7,14%
<b>Uso y gestión del tiempo</b>	<b>Frecuencia</b>
Dificultad para acotar el tiempo durante el cual el paciente explicaba su problema	7,14%
<b>Subcategoría 2: Uso de las habilidades comunicativas: CV</b>	
<b>Uso de la voz</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Tono, volumen</b>	
Se pueden interpretar diferentes significados, de un mensaje según sea el tono de voz utilizado (muy alto/ muy bajo), en un determinado contexto	21,42%
Se recomienda variar el tono de voz y modular la voz, especialmente en la transición de una fase a otra de la entrevista	14,28%
<b>Velocidad</b>	
El alumno habla demasiado rápido	10,71%
<b>Vocalización y/o uso de pausas</b>	
El alumno vocalizaba poco	7,14%
<b>Uso de parásitos y cantinelas</b>	
El alumno utiliza parásitos con cierta frecuencia	14,28%
<b>No hubo uso de facilitadores (recogida de información)</b>	
El alumno no utilizó facilitadores	21,42%
<b>Uso de los términos: tú/ usted</b>	
Se recomienda pedir permiso al paciente a partir de una edad, pero no se recomienda usar las dos formas	21,42%
<b>Subcategoría 3: Establecer y desarrollar una buena relación profesional</b>	
<b>Reconocer el punto de vista (la perspectiva) del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Fase de recogida de la información: No se ha prestado atención suficiente a la perspectiva del paciente (con relación al problema principal)	17,85%
<b>Buscar el confort del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Las dudas o la inseguridad hacen que durante la exploración se modifique la posición del paciente (sin ninguna lógica)	7,14%
El alumno no se preocupa, en el modo deseable, por buscar el confort del paciente	3,57%
<b>Proporcionar empatía, apoyo, sensibilidad (interés, comprensión, voluntad de</b>	<b>Frecuencia</b>

## Anexos

<b>ayudar)</b>	
El uso del mismo idioma que el paciente facilita y refuerza la relación	3,57%
Preguntar, comentar sobre otros aspectos o preocupaciones, distintas al problema principal, fortalecen la relación con el paciente	25%
<b>Capacidad para mostrar asertividad en el momento adecuado</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos alumnos no mostraron la asertividad suficiente	17,85%
<b>Capacidad de establecer una escucha activa y una conexión con el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos alumnos tienen dificultades para contestar las preguntas (reto u otras ) que plantea el paciente	14,28%
El alumno no escucha o no está atento a las demandas del paciente	10,71%
Algún alumno dijo tener dificultades para conectar con el paciente, o no lo hizo hasta la mitad o el final de la sesión	7,14%
El alumno repite preguntas que ya había realizado	3,57%
El alumno está demasiado pendiente de las preguntas que debe realizar y no escucha al paciente	7,14%
El alumno condiciona (por el modo de hacer la pregunta) la respuesta del paciente	7,14%
<b>Subcategoría 4: Involucrar al paciente</b>	
<b>Compartir nuestro punto de vista (de forma bidireccional)</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Hacerle participe e implicarlo en nuestras propuestas</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno no le explica al paciente aquello que va a hacer	17,85%
<b>Resumir la información que se ha obtenido y verificar si es correcta</b>	<b>Frecuencia</b>
No se resume al final de cada fase ni se verifica si el paciente ha entendido la información proporcionada	17,85%
<b>Preguntar/Explicar de forma comprensible y ordenada</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje fue excesivamente técnico en alguna ocasión	21,42%
Determinados mensajes pueden crear falsas expectativas	7,14%
Dificultad para proporcionar la información de forma clara y ordenada	10,71%
El alumno hizo las preguntas al paciente de forma desordenada (con relación a las fases)	14,28%
Poca concreción: ejercicios a realizar (fase de explicación y de planificación)	10,71%

**Tabla 151.** SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 3. Ciclo I (P. Formativa I)

### **RESULTADOS CATEGORÍA 4: IMPACTO DEL VIDEO, DEL ESCENARIO, DEL PACIENTE SIMULADO, DE LA SESIÓN GRUPAL Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE EN GENERAL (PS1)**

Con relación a la 4ª categoría destacaremos los siguientes resultados, los cuales pueden consultarse en la **Tabla 152**:

- **El escenario (video) y la realización de la entrevista al paciente simulado hizo que me sintiera más nervioso.**
  - o En un **50%** de los caso los alumnos dijeron estar nerviosos al enfrentarse ante una situación nueva o desconocida.
  - o El desconocimiento del espacio y la poca familiaridad con el mismo incrementó esta sensación (**3,57%**)

- **El video facilitó el proceso de observación y de reflexión**
  - o Un **85,71%** de los alumnos manifestó que el video les ayudó a facilitar su aprendizaje mediante la observación.
  - o A un **46,43%** de los alumnos le sirvió la realización de e-actividades en la que se analizaban video clips de entrevistas.

<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>El escenario y la situación (entrevista al paciente y la videograbación) hizo que me sintiera más nervioso/a</b>	<b>Frecuencia</b>
Los alumnos tuvieron dificultades para controlar sus nervios	50%
La falta de familiaridad con el espacio en el que se realiza la entrevista puede condicionar alguna dificultad añadida	3,57%
A este paciente costaba extraerle toda la información	3,57%
<b>El vídeo facilitó el proceso de observación y de reflexión</b>	<b>Frecuencia</b>
Se observa más de una entrevista (aciertos y errores) y se tienen en cuenta las opiniones de los compañeros y del profesor además el hecho de comparar proporciona un discurso sobre la realidad	85,71%
He podido aprender de los errores cometidos al observarme y al observar la entrevista de mis compañeros	89,28%
Los video clips me ayudaron aunque una cosa es observar el video y otra, realizar la entrevista	46,43%
<b>La sesión de feedback (en su conjunto) facilitó mi aprendizaje</b>	<b>Frecuencia</b>
El hecho de realizar una sesión grupal permite tener en cuenta las observaciones propias y las de los compañeros	92,86%
La participación de los alumnos (al establecer un juicio de aquello que han visto) es a veces poco implicada (como si quisieran proteger a sus compañeros de la crítica)	35,71%
<b>Influencia de las e-actividades</b>	<b>Frecuencia</b>
El conocimiento del diagnóstico del paciente limitó a algunos alumnos, pues creyeron que no tenían que indagar más aspectos relacionados con la anamnesis: 14	3,57%
El hecho de haber "conocido" al primer paciente (PS1) en fragmentos de video clips no limitó la implicación	3,57%
<b>Prácticas clínicas (realizadas durante la carrera)</b>	<b>Frecuencia</b>
No se realizan entrevistas siguiendo la dinámica que hemos seguido (estructura y habilidades de comunicación empleadas)	64,29%
<b>Proyección laboral del módulo de habilidades de comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>
La realización de las entrevistas tendrá una proyección positiva en las actividades laborales relacionadas con el ejercicio libre de la fisioterapia (ámbito privado)	64,29%

**Tabla 152.** SFB 1 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 1. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)

- **La sesión de feedback, en su conjunto, facilitó el proceso de aprendizaje**
  - o El **92,86%** de los alumnos dijo haber aprendido durante las sesiones de feedback de los errores y acierto propios y del resto de compañeros.
- **Entrevista clínica y prácticas clínicas**

## Anexos

---

- El **64,29%** de los alumnos dijo no haber realizado nunca antes entrevistas clínicas.
- **Proyección laboral del aprendizaje realizado.**
  - El **64,29%** de los alumnos consideró de gran utilidad aprender a realizar entrevistas clínicas ya que necesitarían estos conocimientos para trabajar en el ejercicio libre de la fisioterapia (ámbito privado).

### GRUPO DE INTERVENCIÓN (SFB 2): PS2. Curs 2009-10: Resumen de resultados

Fueron **26 los alumnos**, del Grupo de intervención, que participaron en las sesiones de feedback, tras la realización de la 2ª entrevista con el paciente simulado (PS2 GrB).

Resumimos los datos que nos llamaron más la atención tras la visualización del video, con relación a las categorías que mostramos a continuación. Hemos tomado como referencia las opiniones de 2 grupos de alumnos tomados al azar (7 alumnos) y la del profesor conductor de dichas sesiones.

### RESULTADOS CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA (PS2)

Con relación a la **categoría 1** destacaremos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 153**:

- **Fase inicial**
  - El alumno no aclaró su rol o se presentó de forma inadecuada en un caso (**15,38%**).
- **Fase de recogida de la información del paciente**
  - El alumno percibió haber mejorado en la recogida de la información respecto a la entrevista anterior (**73,08%**).
  - La información obtenida mediante la EVA fue incompleta (**57,69%**).
  - En un **42,31%** de los casos el alumno todavía utilizó un número excesivo de preguntas cerradas al inicio de esta fase. En otros casos tuvieron dificultades para anotar la información sin perder el contacto con el paciente, en otros faltó indagar más acerca de los aspectos psicosociales de la enfermedad.

- En un **15,38%** de los casos el alumno no consiguió recoger la información mas destacada del paciente (en relación a su problema) y, en otros el modo de realizar las preguntas, condiciono la respuesta a las mismas.

<b>Categoría 1: Fases de la entrevista:</b>	
<b>Fase inicial: recibir al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno no se presentó y/ o no aclaró su rol	15,38%
<b>Fase de recogida de la información del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Hubo una mejor recogida de información (que en la entrevista anterior)	73,08%
Se usa de un modo inadecuado la EVA	<b>57,69%</b>
A pesar de haber mejorado en este aspecto, se realizan demasiadas preguntas cerradas desde el inicio y se produce un pérdida de información	<b>42,31%</b>
El alumno tiene dificultades para anotar la información sin perder el contacto con el paciente	<b>42,31%</b>
<b>Falta recoger la información o más información de carácter psicosocial</b>	<b>42,31%</b>
<b>Ha habido una dificultad para obtener la máxima información del paciente</b>	<b>15,38%</b>
<b>El modo de formular las preguntas condiciona la respuesta</b>	<b>15,38%</b>
<b>Fase de exploración del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno presenta dudas y/o inseguridad acerca de qué, cómo y cuándo explorar	57,69%
El alumno realiza pocas pruebas específicas con relación al problema del paciente	42,31%
La exploración es adecuada y/o intenta correlacionar la anamnesis con la exploración	26,92%
Explora de forma inadecuada al paciente: con la ropa puesta	15,38%
<b>Fase de explicación y de planificación</b>	<b>Frecuencia</b>
La explicación del significado de la patología fue correcto y comprensible para el paciente	26,92%
La información proporcionada es insuficiente	26,92%
Da recomendaciones oportunas al paciente dirigidas a solucionar su problema	15,38%
Tiene inseguridad al explicar el proceso o al proporcionar la explicación del mismo	15,38%
proporcionar las recomendaciones	
<b>Proporciona explicaciones sin suficiente fundamento</b>	15,38%
<b>El alumno recomienda realizar ciertas actividades pero no concreta ( nº de ejercicios, el nº de veces, etc.) o las realiza de modo incompleto</b>	15,38%
<b>El desarrollo de esta fase es muy rápido</b>	15,38%
<b>Fase de cierre de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Resume y cierra la entrevista mejor que en los casos anteriores</b>	42,31%
<b>La fase de cierre se desarrolla muy rápidamente</b>	15,38%

Tabla 153. SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)

- **Fase de exploración**

- El alumno no realizó la exploración con la seguridad suficiente (**57,69%**).
- El alumno no mostró la habilidad suficiente para aplicar las pruebas de exploración más adecuadas (**42,31%**) o exploró al paciente con la ropa puesta (**15,38%**).



## Anexos

---

- En un **26,92%** la exploración realizada fue correcta y el alumno correlacionó la anamnesis con la exploración.
- **Fase de explicación y de planificación**
  - La explicación proporcionada al paciente fue muy correcta en el **26,92%** de los casos y fue deficiente en el **26,92%** de los caso. En el resto fue considerada normal.
  - En un **15,38%** de los casos (pero con alumnos distintos) el alumno proporcionó al paciente las recomendaciones oportunas, en otros casos no tuvieron el fundamento suficiente y en otro, esta fase se desarrolló de una forma muy rápida.
- **Fase de cierre de la entrevista**
  - El alumno percibió haber mejorado en su capacidad para resumir y cerrar la entrevista respecto a entrevistas anteriores (**42,31%**). Solamente en un caso el cierre se efectuó de una forma muy rápida (**15,38%**).

### RESULTADOS CATEGORÍA 2: PROPORCIONANDO UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA (PS2)

Con relación a la **categoría 2** lo aspectos más destacados pueden observarse en a **Tabla 154**.

- En un **26,92%** de los casos hubo desorden al realizar las preguntas para recoger la información, pues se realizaron en distintas fases de la entrevista sin lógica aparente, por otra parte no se marcó con la claridad suficiente el paso de una fase a otra de la entrevista (en un **26,92%**).

Categoría 2: Proporcionando una estructura a la entrevista	
Ordenar la secuencia de las distintas fases de la entrevista	Frecuencia
Ha habido desorden al realizar las preguntas para obtener la información	26,92%
Marca la secuencia de una a otra fase de la entrevista con claridad	26,92%

**Tabla 154.** SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)

### RESULTADOS CATEGORÍA 3: ESTABLECIENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (PS2)

En cuanto a la **categoría 3** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 155** con relación a las siguientes subcategorías:

<b>Categoría 3: Estableciendo/ construyendo la relación con el paciente</b>	
<b>Subcategoría 1: Uso de las habilidades comunicativas: CNV</b>	
<b>Contacto ocular con el paciente:</b>	<b>Frecuencia</b>
Hubo pérdida habitual del contacto visual	15,38%
<b>Ritmo de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno ha ido muy rápido mientras realiza la entrevista	26,92%
Le faltó más dinamismo a la entrevista	15,38%
<b>Interrumpe al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno, ocasionalmente, interrumpe en algún momento al paciente	57,69%
<b>Subcategoría 2: Uso de las habilidades comunicativas: CV</b>	
<b>Uso de la voz</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno utiliza facilitadores en exceso	15,38%
<b>Subcategoría 3: Establecer y desarrollar una buena relación profesional</b>	
<b>Buscar el confort del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno busca el confort del paciente	15,38%
<b>Proporcionar empatía, apoyo, sensibilidad (interés, comprensión, voluntad de ayudar)</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno muestra una óptima relación empática con el paciente	15,38%
El alumno es poco empático con el paciente	15,38%
<b>Capacidad para mostrar asertividad/ seguridad en el momento adecuado</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno transmite seguridad y asertividad al paciente	26,92%
Algunos alumnos no mostraron la asertividad, seguridad suficiente	15,38%
<b>Capacidad de establecer una escucha activa y una conexión con el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos alumnos tienen dificultades para contestar a alguna de las preguntas (reto u otras) que plantea el paciente	42,31%
El alumno está demasiado pendiente de las preguntas que debe realizar, a partir de la hoja de Fisioterapia, y no escucha al paciente	26,92%
El alumno contesta de forma adecuada a las preguntas reto planteadas por el paciente	15,38%
<b>Subcategoría 4: Involucrar al paciente</b>	
<b>Resumir y/o clarifica y/o verificar la información o pregunta si hay dudas</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno resume la información obtenida y clarifica cuando queda algún aspecto por definir y verifica si lo que ha entendido es correcto	57,69%
No se resume al final de cada fase ni se verifica si el paciente ha entendido la información proporcionada	26,92%
El alumno pregunta al paciente si tiene dudas en relación a la explicación proporcionada	15,38%
<b>Preguntar/Explicar de forma comprensible y ordenada</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje fue excesivamente técnico en alguna ocasión	26,92%
Dificultad para proporcionar la información de forma clara y ordenada	26,92%

**Tabla 155.** SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 3. Ciclo I (P. Formativa I)

- **Habilidades comunicativas no verbales (CNV)**

- En un 15,38% hubo una pérdida habitual del contacto visual con el paciente.
- En un 26,92% de los casos el alumno fue, en general, muy rápido en la realización de la entrevista y aun 15,38% le faltó más dinamismo.
- En un 57,69% de los casos el alumno interrumpió, ocasionalmente, al paciente.

## Anexos

---

- **Habilidades comunicativas de tipo verbal (CV).**
  - o El alumno utilizó, en exceso, el uso de facilitadores para obtener la información (15,38%).
  
- **Estableciendo y desarrollando una relación óptima: terapeuta – paciente**
  - o En un 15,38% de los casos (con alumnos diferentes): el alumno se esforzó por buscar el confort del paciente, mostró una relación empática óptima o por el contrario, se mostró escasamente empático.
  - o En un 26,92% el alumno mostró la asertividad óptima con el paciente y en un 15,38% no la mostró suficientemente.
  - o Con relación a la habilidad para mantener una actitud de escucha activa y contestar a las demandas de atención planteadas por el paciente, respecto al paciente, el 42,31% mostró dificultades para contestar a alguna de las demandas del paciente (formuladas en forma de preguntas clave que el alumno debía contestar), en el 15,38% respondieron de forma óptima a las demandas.
  
- **Involucrando al paciente durante la entrevista (participación, toma de decisiones, etc.)**
  - o El alumno resume, clarifica y/o verifica la información obtenida buscando el acuerdo con el paciente (57,69%).
  - o El alumno no muestra la habilidad suficiente para resumir y/o verificar la información obtenida del paciente (26,92%).
  - o El alumno indaga, claramente, acerca de las posibles dudas que pudiera tener el paciente (15,38%).
  - o En un 26,92% de los casos (pero con alumnos diferentes) el lenguaje utilizado por el alumno, fue excesivamente técnico o bien la información proporcionada se realizó de forma desordenada.

### **RESULTADOS CATEGORÍA 4: IMPACTO DEL VIDEO, DEL ESCENARIO, DEL PACIENTE SIMULADO, DE LA SESIÓN GRUPAL Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE EN GENERAL (PS2)**

Respecto a la **categoría 4** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 156**:

- **Escenario: paciente simulado, espacio de la consulta, videograbación de la entrevista**
  - o El **57,69%** de los alumnos tuvo la percepción de estar ante una situación más real que la que vivieron en la 1ª entrevista con el paciente simulado.
  - o Un **57,69%** de los alumnos sintieron más inseguridad, a la hora de realizar esta entrevista, por el hecho de que no conocían nada del caso ni del paciente al que

entrevistaban (en la primera entrevista los alumno trabajaron video clips en los que aparecían fragmentos de entrevistas del primer paciente simulado con alumnos de otras promociones).

- En un **26,92%** de los casos mostraron nervios en algún momento de la entrevista.

<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>El escenario y la situación (entrevista al paciente y la videograbación) influyó en mi conducta</b>	<b>Frecuencia</b>
La relación con el paciente fue más real que con el paciente anterior (de la 1ª entrevista)	57,69%
En esta ocasión (2ª entrevista) el alumno se sintió más inseguro por el hecho de no “conocer” a este paciente	57,69%
Los alumnos tuvieron dificultades para controlar sus nervios en algún momento de la entrevista	26,92%
<b>La sesión de feedback (en su conjunto) facilitó mi aprendizaje</b>	<b>Frecuencia</b>
El hecho de realizar una sesión grupal permite tener en cuenta las observaciones propias y las de los compañeros y por tanto generar aprendizaje	100%
<b>Dudas planteadas por los alumnos</b>	<b>Frecuencia</b>
Cómo saber cuando pueden utilizarse los términos de “tu” y “usted”	73,08%
Los alumnos tuvieron dificultades para correlacionar l anamnesis con la exploración	73,08%
¿Qué estrategias pueden facilitar la obtención de la información y el registro de la misma para no perder el contacto con el paciente?	42,85%
Acerca de qué tipo de exploración realizar ante una situación como la del caso clínico	15,38%
<b>Percepción de la calidad de la entrevista realizada</b>	<b>Frecuencia</b>
Fue mejor al ver el video que al finalizar la entrevista en el momento en el que se realizó	84,62%

**Tabla 156.** SFB 2 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 2. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)

- **La sesión grupal de feedback**

- En un **100%** de los casos los alumnos consideraron que las sesiones grupales facilitaron su proceso de aprendizaje en la realización de ECF.

- **Las dudas planteadas por los alumnos**

- Durante el desarrollo de las sesiones los alumnos comentaron tener dudas con relación a:
  - Cuándo utilizar los términos “tú” y “usted” para dirigirse al paciente (**73,08%**).
  - El modo de correlacionar la anamnesis y la exploración (**73,08%**).

## Anexos

---

- Las posibles estrategias para obtener y registrar la información sin que ello suponga una pérdida de contacto con el paciente **(42,85%)**.
- Qué tipo de exploración, incluyendo los aspectos de la habilidad técnica y de las habilidades comunicativas, serían correctos para este caso **(15,38%)**.

### - **La percepción de la calidad de la entrevista realizada**

En un **84,62%** de los casos la percepción de la calidad de la entrevista fue mejor en el momento de ver el vídeo que en el momento en el que se realizó.

## GRUPO DE INTERVENCIÓN (SFB 3): PS3. Curs 2009-10: Resumen de resultados

Fueron **25 los alumnos**, del Grupo de intervención, que participaron en las sesiones de feedback, tras la realización de la 3ª entrevista con el paciente simulado (PS3 GrB).

Tras el análisis realizado al azar sobre 8 alumnos resumimos los datos que nos llamaron más la atención tras la visualización del video, durante las sesiones grupales de feedback, con relación a **8 alumnos** escogidos de forma aleatoria (y que suponen el 100% de nuestra muestra). En este caso hemos dividido los resultados en diferentes categorías y subcategorías que exponemos a continuación.

## RESULTADOS CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA (PS3)

Con relación a la **categoría 1** destacaremos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 157**.

### - **Fase inicial**

- Los alumnos *no mostraron la empatía suficiente con el paciente en determinados momentos de la entrevista. (37,5%)*. Aunque si se presentaron correctamente y aclararon su rol el **92%** de los alumnos.

<b>Categoría 1: Fases de la entrevista:</b>	
<b>Fase inicial: recibir al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno no presentó la empatía suficiente	37,5%
<b>Fase de recogida de la información del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Hubo una mejor recogida de información (que en el resto de entrevistas)	37,5%
Ha habido una dificultad para obtener la máxima información del paciente	37,5%
A pesar de haber mejorado en este aspecto, se realizan demasiadas preguntas cerradas desde el inicio y se produce un pérdida de información	25%
El alumno consigue obtener más datos "personales" relacionados con la vivencia de la enfermedad, si bien no consigue obtener otros datos (psicosociales relevantes)	37,5%
La anamnesis tiene una duración corta y no se presta atención o se olvidan recoger los aspectos más relevantes	37,5%
Se usa de un modo inadecuado la EVA	37,5%
Ha habido una notable pérdida de información: recogida de información desordenada y/o poco estructurada en algún momento	12,5%
Falta recoger la información o más información de carácter psicosocial	50%
<b>Fase de exploración del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno presenta dudas y/o inseguridad acerca de qué, cómo y cuándo explorar	50%
El alumno realiza pocas pruebas específicas con relación al problema del paciente	25%
La exploración es incompleta	25%
<b>Fase de explicación y de planificación</b>	<b>Frecuencia</b>
La explicación del significado de la patología fue comprensible para el paciente y mejor que en las entrevistas anteriores	25%
Da recomendaciones oportunas al paciente dirigidas a solucionar su problema	25%
Tiene inseguridad al proporcionar las recomendaciones	12,5%
El alumno recomienda realizar ciertas actividades pero no concreta ( nº de ejercicios, el nº de veces, etc.) o las realiza de modo incompleto	37,5%
<b>Fase de cierre de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
Resume y cierra la entrevista mejor que en los casos anteriores	25%
No establece los pasos a seguir de un modo adecuado	12,5%
La despedida es fría o poco cordial o no hay ningún contacto físico	12,5%

**Tabla 157.** SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)

- **Fase de recogida de la información del paciente**

- Hubo una percepción de haber mejorado en la habilidad para recoger la información, respecto a las entrevistas anteriores, en un **37,5%** de los casos.
- Por otra parte un **37,5%** tuvo dificultades para obtener la máxima información del paciente, en un **50%** de los casos olvidaron recoger los aspectos psicosociales del paciente y en un **37,5%** la anamnesis tuvo una duración muy corta.
- En un **25%** de los casos se continuaron realizando demasiadas preguntas cerradas desde la fase inicial.
- Solamente en un caso (**12,5%**) la información se recogió de forma desordenada.

## Anexos

---

### - Fase de exploración

- El alumno presentó *dudas y/o inseguridad acerca de qué, cómo y cuándo explorar* con relación al paciente al que debía entrevistar en un **50%** de los casos y en algún caso se realizaron ocas pruebas específicas (**25%**).

### - Fase de explicación y de planificación

- Se observó una mejoría en el modo de **proporcionar la explicación al paciente**, relacionada con su problema, respeto a las entrevistas anteriores (25% de los casos). Sin embargo faltó más concreción a la hora de proporcionar las recomendaciones al paciente (37,5%).

### - Fase de cierre de la entrevista

Hubo una mejoría, respecto a entrevistas anteriores, en el hecho de resumir los aspectos más destacados de la sesión (25%), aunque en alguna ocasión no se establecieron los pasos a seguir de un modo adecuado (12,5%). La despedida fue fría o poco cordial en algún caso (12,5%).

## RESULTADOS CATEGORÍA 2: PROPORCIONANDO UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA (PS3)

Con relación a la **categoría 2** lo aspectos más destacados pueden observarse en la **Tabla 158**.

En esta categoría destacamos el hecho de que los alumnos tuvieron la percepción de haber mejorado en la habilidad para estructurar la entrevista (**37,5%**) y para seguir un orden durante el desarrollo de las distintas fases. Sin embargo en algunos casos no se marcaron las transiciones entre las distintas fases de la entrevista de una forma clara (**25%**).

Categoría 2: Proporcionando una estructura a la entrevista	
Ordenar la secuencia de las distintas fases de la entrevista	Frecuencia
Hubo una mejor recogida de información (que en el resto de entrevistas)	<b>37,5%</b>
El alumno no marca las transiciones, de forma adecuada, de una fase a otra de la entrevista	<b>25%</b>

**Tabla 158.** SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)

## RESULTADOS CATEGORÍA 3: ESTABLECIENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (PS3)

En cuanto a la **categoría 3** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 159**.

- Respecto a la aplicación de **habilidades comunicativas no verbales (CNV)**, los alumnos comentaron no haber perdido tantas veces, respecto a otras entrevistas, el **contacto visual** con el paciente mientras recogían la información (50%) ni le **interrumpieron** tantas veces (75%). Sin embargo se destacaron casos puntuales en los que: el lenguaje corporal mostró una **desconexión con el paciente** (12,5%), el **ritmo de la entrevista** fue demasiado rápido (12,5%), le faltó más dinamismo (12,5%) o llevaron a cabo la exploración sin hacerle quitar la ropa (25%).
- Con relación a las **habilidades comunicativas de tipo verbal (CV)**, en algún caso hubo una mejora notable en la modulación de la voz (12,5%) y en otros se percibió no haber mejorado respecto a las entrevistas anteriores (37,5%).

<b>Categoría 3: Estableciendo/ construyendo la relación con el paciente</b>	
<b>Subcategoría 1: Uso de las habilidades comunicativas: CNV</b>	
<b>contacto ocular con el paciente:</b>	<b>Frecuencia</b>
Percepción de no haber perdido tantas veces, respecto a otras entrevistas, el contacto visual con el paciente	50%
<b>Lenguaje corporal (postura, expresión facial, expresión corporal, distancia física, organización del espacio)</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje corporal mostraba distancia, poca conexión con el paciente y una falta de cordialidad o de preocuparse más por el paciente buscando su comodidad	12,5%
<b>Ritmo de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
**El alumno ha ido muy rápido mientras realiza la entrevista	12,5%
Le faltó más dinamismo a la entrevista	12,5%
<b>Interrumpe al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno no ha interrumpido al paciente y ha notado una mejoría respecto a otras entrevistas	75%
<b>Contacto físico</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos hacen la exploración sin hacerle quitar la ropa al paciente	25%
<b>Escoge el mejor momento para anotar</b>	<b>Frecuencia</b>
No es capaz de anotar sin perder el contacto con el paciente	37,5%
<b>Subcategoría 2: Uso de las habilidades comunicativas: CV</b>	
<b>Uso de la voz</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Tono, volumen</b>	
Dice haber mejorado en la modulación de su tono de voz, respecto a otras entrevistas	12,5%
Dice no haber mejorado en la modulación de su tono de voz, respecto a otras entrevistas	37,5%
<b>Uso de los términos: tú/ usted</b>	
Se recomienda pedir permiso al paciente a partir de una edad, pero no se recomienda usar las dos formas	12,5%
<b>Subcategoría 3: Establecer y desarrollar una buena relación profesional</b>	



## Anexos

<b>Proporcionar empatía, apoyo, sensibilidad (interés, comprensión, voluntad de ayudar)</b>	<b>Frecuencia</b>
Se muestra poco empático con el paciente cuando muestra, con la CV o con la CNV) su dolor	25%
Es capaz de crear una relación más empática con el paciente	12,5%
Utiliza un tono de voz y un lenguaje poco adecuado para explicarle su problema	25%
<b>Capacidad para mostrar asertividad en el momento adecuado</b>	<b>Frecuencia</b>
***Algunos alumnos no mostraron la asertividad suficiente	12,5%
<b>Capacidad de establecer una escucha activa y una conexión con el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Responde con mayor seguridad a las preguntas reto del paciente	12,5%
El alumno tiene dificultades para conectar con el paciente o no lo hizo hasta la mitad o el final de la sesión	37,5%
El alumno tiene dificultades para contestar a las preguntas reto: no responde de forma adecuada a las preguntas reto, o lo hace parcialmente, o ignora la pregunta	50%
<b>El alumno está demasiado pendiente de las preguntas que debe realizar y/o de la información que debe registrar y no escucha al paciente</b>	37,5%
<b>Subcategoría 4: Involucrar al paciente</b>	
<b>Hacerle participe e implicarlo en nuestras propuestas</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno le explica al paciente la dinámica a seguir al final de la sesión y le estimula a participar	12,5%
El alumno no le explica qué va a hacer en determinadas fases de la entrevista, por ejemplo en a exploración	12,5%
<b>Resumir la información que se ha obtenido y verificar si es correcta o clarificar cuándo no se entiende</b>	<b>Frecuencia</b>
No se resume al final de cada fase ni se verifica si el paciente ha entendido la información proporcionada o no clarifica	12,5%
<b>Preguntar/Explicar de forma comprensible y ordenada</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje utilizado por el alumno no es el adecuado (exceso de coleguismo)	12,5%
El lenguaje fue excesivamente técnico en alguna ocasión	12,5%

Tabla 159. SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)

- Respecto a la **calidad de la relación terapeuta paciente** establecida durante el encuentro, hubo una cierta **distorsión entre la CV y la CNV** a la hora de proporcionar una **relación más empática (25%)**. Hubo momentos puntuales de conexión pero también hubo otros donde se visualizó una **dificultad para conectar** con el paciente (**37,5%**). Cuando el paciente plantea determinadas cuestiones, en las que se requiere ciertas habilidades de tipo comunicativo (preguntas reto), algunos alumnos tuvieron **dificultades para responder a las demandas del paciente** o algunos ignoraron sus preguntas (**50%**). El alumno estuvo demasiado **pendiente de la información** que debía registrar y esto le impidió conectar mejor con el paciente (**37,5%**). Si bien hubo una cierta mejoría respecto a la calidad de esta relación, hubo casos puntuales en los que el

**lenguaje** utilizado fue excesivamente **técnico (12,5%)**, el alumno **no verificó** si aquello que había interpretado era correcto (12,5%).

**RESULTADOS CATEGORÍA 4: IMPACTO DEL VIDEO, DEL ESCENARIO, DEL PACIENTE SIMULADO, DE LA SESIÓN GRUPAL Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE EN GENERAL (PS3 GR B)**

Respecto a la **categoría 4** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 160**.

- El **perfil del paciente** (su enfermedad, su “modo de ser”) condicionó negativamente a algunos alumnos (62,5%) en forma de nervios, inseguridad, etc.
- **La observación, mediante la videograbación de cada entrevista facilitó el proceso de observación y de reflexión** en un 62,5% de los casos.
- Bajo el punto de vista de los alumnos (87,5%) y del profesor moderador de las sesiones grupales la **sesión de feedback, en su conjunto, facilitó el proceso de aprendizaje**, además de por el hecho de observar y realizar aportaciones en común, por que se hacía referencia a conocimientos transversales adquiridos a lo largo de la carrera.
- Los alumnos consideraron que la **participación** en los **seminarios y la realización de las E-actividades** contribuyeron a facilitar su proceso de aprendizaje. A un 75% de los alumnos les ayudó a aprender a estructurar la entrevista y a identificar las habilidades de comunicación más importantes, aunque la mayoría de alumnos (87,5%) consideró que el número de actividades a realizar fue excesivo. Respecto a la metodología seguida para aprender las habilidades necesarias hubo una discusión acerca de si era mejor trabajar primero cada una de las partes de las entrevistas (12,5%) o todas a la vez, siendo mayoritaria la opinión de trabajarlas primero de forma fragmentada (62,5%).
- En cuanto a la **utilidad** y la posible **proyección laboral del aprendizaje realizado** el 100% de los alumnos consideró de gran utilidad aprender a realizar entrevistas clínicas ya que necesitarían estos conocimientos para trabajar en el ejercicio libre de la fisioterapia (ámbito privado).

## Anexos

- Las **dudas planteadas por el grupo** a final de la sesión tuvieron que ver en un 12,5% con la actitud que debe mostrar el terapeuta ante este perfil de pacientes (con tanto dolor y con tanto sufrimiento), con el modo de plantear la exploración (ante pacientes con perfiles similares) en un 50% de los casos y otras con la demanda de instrumentos para obtener la información de los aspectos psicosociales del paciente (12,5%).
- Con relación a la **percepción de la evolución del aprendizaje desde la primera entrevista** no hubo opiniones muy homogéneas, pues cuando se había mejorado en algunos aspectos, aparecían nuevos aspectos a corregir además de aspectos ya trabajados con anterioridad (37,5%). Hubo acuerdo al considerar que la mejoría más evidente tuvo que ver con el hecho de saber diferenciar y estructurar, cada una de las fases de la entrevista, tanto bajo el punto de vista teórico como práctico (87,5%). En cuanto a las habilidades comunicativas, el alumno sabe, bajo un punto de vista teórico, cuáles son las más importantes para cada una de las fases, pero tiene ciertas dificultades en su aplicación práctica.
- Los aspectos que les supuso una **mayor dificultad** tuvieron que ver con dos situaciones (37,5%): aplicar las habilidades comunicativas a la construcción de la relación con el paciente y a la recogida de información relacionada con los aspectos psicosociales.

<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>El escenario y la situación (entrevista al paciente y la videograbación) hizo que me sintiera más nervioso/a</b>	<b>Frecuencia</b>
El perfil del paciente (asociado a su clínica y a su “modo de ser”) condicionó negativamente al alumno	62,5%
<b>El vídeo facilitó el proceso de observación y de reflexión</b>	<b>Frecuencia</b>
El video contribuyó a que el alumno reflexionara sobre sus aciertos y sobre errores	62,5%
<b>La sesión de feedback (en su conjunto) facilitó mi aprendizaje</b>	<b>Frecuencia</b>
La sesión grupal facilitó el hecho de poder dedicar la atención a aspectos transversales adquiridos durante la carrera, como por ejemplo la higiene postural, el modo de aplicar las técnicas de exploración, etc.	87,5%
<b>Influencia de las e-actividades y de los seminarios</b>	<b>Frecuencia</b>
Me ayudaron a aprender a estructurar la entrevista y a identificar las habilidades de comunicación más importantes, aunque fueron demasiadas las actividades a realizar	75%
Mejor menos actividades y analizar una sola entrevista entera y no de forma fragmentado, como hicimos en los video clips	12,5%
El análisis de una sola entrevista no facilitaría el aprendizaje, más profundo, de	62,5%

cada una de las partes	
Hubo un exceso de actividades y poco tiempo para realizarlas	87,5%
<b>Proyección laboral del módulo de habilidades de comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>
Consideran que la realización de este módulo les ayudará a mejorar la calidad de sus entrevistas en su futuro profesional y especialmente en el ejercicio libre	100%
<b>Dudas planteadas (sesión grupal)</b>	<b>Frecuencia</b>
Sobre la actitud del terapeuta en pacientes similares (con sufrimiento asociado al grado de dolor)	12,5%
Sobre la decisión de si explorar o no a este paciente (por el grado de dolor o por que ya estaba diagnosticado)	50%
Qué preguntas utilizar, cómo realizarlas para extraer la información psicosocial del paciente	12,5%
<b>Percepción de la mejoría: según el momento</b>	<b>Frecuencia</b>
Percepción de la mejora: al ver el video	50%
Percepción de la mejora: de igual modo, tanto al finalizar la entrevista como después de ver el video	25%
<b>Evolución del aprendizaje desde la 1ª entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
No ha sido muy homogéneo: cuando ya he mejorado en unos aspectos que he corregido, aparecen nuevos aspectos a corregir	50%
<b>¿En qué aspectos has mejorado desde la 1ª entrevista?</b>	<b>Frecuencia</b>
Capacidad para ordenar, y estructurar la entrevista	87,50%
El hecho de no utilizar un lenguaje excesivamente técnico	12,5%
Las preguntas básicas de la fase de recogida de la información y cómo realizarlas	12,5%
A dar más importancia a las fases de explicación y de planificación	12,5%
A buscar el acuerdo del paciente y su participación para que colabore con el tratamiento	12,5%
Me siento más segura y relajada que en las primeras entrevistas	12,5%
NO pierdo tan a menudo el contacto visual con el paciente	12,5%
Tengo en cuenta otros aspectos de la enfermedad además de los biológicos (influencia del entorno familiar , social, etc.) y se cómo preguntar para obtener esta información	12,5%
<b>¿Qué aspectos presentan mayor dificultad para mejorar?</b>	<b>Frecuencia</b>
Construir la relación con el paciente y prestar más atención a los aspectos comunicativos y a los psicosociales	37,5%
<b>¿Te implicaste en este módulo?, ¿De que dependió tu grado de implicación?</b>	<b>Frecuencia</b>
Si, mucho más por que el paciente me resulto muy real y creíble	50%
Si, por que tenía poca información de este paciente	25%
Menos, por el hecho de sentirme más inseguro ante una enfermedad de la que no tenía mucha experiencia y por la vivencia de esta enfermedad por parte del paciente	25%
Si, por que quería corregir errores de las otras entrevistas	12,5%

**Tabla 160.** SFB 3 (G. interv.). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)

- En cuanto a su nivel de implicación con la última entrevista, hubo alumnos que se implicaron más, pues les motivó la calidad de la simulación del paciente (50%) o el hecho de plantearse la 3ª entrevista como una oportunidad para corregir los errores detectados en las entrevistas anteriores (12,5%). Por otra parte, hubo alumnos que se

## Anexos

---

implicaron menos, por sentirse más inseguros ante un problema sobre el que no tenían mucha experiencia (25%).

### SESIONES DE FEEDBACK. CONCLUSIONES (G. DE INTERVENCIÓN). CICLO I (P. FORMATIVA I)

Destacamos los aspectos en los que consideramos que se produjo un cambio y aquellos en los que se detectaron dificultades.

### RESPECTO A LAS FASES DE LA ENTREVISTA

#### ► MEJORAS DETECTADAS

##### a) Fase inicial

- La capacidad para **estructurar la entrevista** llevando a cabo cada una de las fases sin tener que estar pendientes de la Hoja de registro de Fisioterapia.
- La atención y la toma de consciencia respecto a **no realizar preguntas cerradas** desde el inicio de la entrevista, hecho que llevaba al alumno a perder una notable cantidad de información al paciente.
- El hecho de **registrar** (apuntar) la información del paciente y hacer el esfuerzo por no perder el contacto visual.

##### a) Fase de exploración del paciente

En este caso **no hubo una mejora notable** respecto a las entrevistas anteriores, especialmente con relación a los aspectos comunicativos.

##### b) Fase de explicación y de planificación

El alumno hace el esfuerzo por utilizar un **lenguaje más acorde al grado de comprensión** del paciente.

### c) Fase de cierre de la entrevista

Los alumnos marcan de un modo más claro el cierre de la entrevista, pues ya se ha desarrollado toda la secuencia de las fases anteriores y aseguran que no quedan dudas.

## ► HUBO POCA O NINGUNA VARIACIÓN

### a) Fase de recogida de la información del paciente (anamnesis)

El alumno **olvida o no presta la atención suficiente para preguntar algunos de los aspectos básicos de la anamnesis** y por otra parte, sigue sin preguntar por otros aspectos, tales como los **aspectos psicosociales**.

### b) Fase de exploración del paciente

Los alumnos **siguen mostrando inseguridad** respecto a las siguientes preguntas ante un paciente con dolor subagudo: **cuándo, qué y cómo deben explorar**. Esta inseguridad condiciona el desarrollo de las habilidades comunicativas que deben utilizarse en esta fase de la entrevista y también en el resto de fases.

**Inseguridad al realizar la exploración:** esta fue incompleta y en ocasiones se prestó más atención a las habilidades técnicas que a las habilidades comunicativas. El alumno expresó no tener la seguridad suficiente para saber cuándo era necesario realizar la exploración, qué era necesario explorar y cómo explorarlo, teniendo en cuenta las características de cada paciente.

### c) Fase de explicación y de planificación

Los alumnos proporcionan la explicación al paciente, pero en muchas ocasiones **se adapta poco a sus necesidades** y falta más **concreción**.

## Anexos

---

### RESPECTO A LAS HABILIDADES PARA ESTABLECER LA RELACIÓN CON EL PACIENTE Y PARA PROPORCIONAR UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA

#### ► MEJORAS DETECTADAS

- La **habilidad para estructurar la entrevista** de una forma lógica y clara y para aplicar los aspectos que deben desarrollarse en cada una de las fases.
- La **habilidad para no perder el contacto visual** con el paciente mientras se registran los datos del paciente.
- El número de **ocasiones que el alumno interrumpe** al paciente.
- La toma de consciencia respecto al **uso de los términos “tu” o “usted”** para dirigirse al paciente.
- El **uso de tecnicismos** mientras se recoge la información o se le proporciona la información al paciente.
- La **adopción de silencios poco funcionales** en algún momento de la entrevista, probablemente por el hecho de incrementar la sensación de seguridad.
- La **habilidad para gestionar el tiempo** total de la entrevista dedicando la atención necesaria en cada una de las fases.
- La sensibilidad y la toma de consciencia para mostrar un **mayor grado de empatía** por el paciente, aunque en algunos casos se han perdido oportunidades empáticas.

#### ► HUBO POCAS O NINGUNA VARIACIÓN

- La habilidad para **marcar la transición** de una fase a otra de la entrevista.

- Los alumnos que dijeron tener, en las entrevistas anteriores, **una dificultad para modular su tono de voz** (o muy alto o demasiado bajo), y para proporcionar un **ritmo adecuado** a la entrevista solo reconocieron pequeños avances en este sentido.
- En la habilidad para contestar a las **preguntas reto** planteadas por el paciente, es decir para que exista una coherencia, al responder entre la CV y la CNV.
- **No hubo la progresión esperada** en cuanto al hecho de mostrar una actitud de **“escucha activa”** con relación al paciente, pues a veces estaban muy pendientes de qué preguntar o de apuntar la información.
- En la **habilidad para resumir la información obtenida** al final de la sesión y para verificar si el paciente comprendió la información proporcionada.
- En el **uso de recursos facilitadores** para obtener la información proporcionada por el paciente.
- En algunas ocasiones **no se animó suficientemente al paciente** se involucrara en el tratamiento.

#### RESPECTO AL IMPACTO DEL VÍDEO, DE LOS PS Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE EN LA ADQUISICIÓN DE HABILIDADES PARA REALIZAR LA ECF

##### ❖ EL VÍDEO

**Aspectos positivos:** El vídeo fue un instrumento muy útil para identificar, mediante la observación, la repetición y el debate, los errores y los aciertos. En este sentido es un *medio importante para facilitar el aprendizaje de los alumnos.*

**Inconvenientes:** Requiere una gran organización en el desarrollo de las sesiones pues simultáneamente se requieren 2 cámaras de video en las que deben cambiarse las cintas a menudo (cada 3 entrevistas).

**Aspectos a mejorar:** Su inconveniente es que, durante las primeras sesiones, el alumno vive la



## Anexos

---

experiencia de sentirse grabado con una gran presión que expresó mediante nervios e inseguridad.

### ❖ EL PACIENTE SIMULADO Y EL ESCENARIO DE LA ENTREVISTA

**Aspectos positivos:** El PS hizo que el alumno tuviera que realizar una entrevista en una situación muy próxima a la realidad (características del problema, espacio, tiempo acotado, etc.) aplicando aquello que había trabajado durante la realización de las e-actividades y aplicando los conceptos adquiridos durante la realización de los seminarios y otros conceptos y habilidades adquiridos durante la carrera.

**Inconvenientes:** El alumno vivió con más **nervios** las primeras entrevistas que la última, en este sentido el hecho de vivir la experiencia de tres entrevistas sucesivas, aunque con un intervalo de tiempo, disminuyó su ansiedad inicial. El perfil del paciente condicionó, de algún modo, el modo en el que el alumno gestionó la entrevista y desarrolló las habilidades de comunicación. En alguna ocasión hizo que el alumno no se implicara tanto, por el hecho de estar ante una situación de simulación.

**Aspectos a mejorar:** Es posible que se pierda parte del potencial formativo del PS cuando este no proporciona feedback al alumno.

### ❖ EL MÉTODO DE APRENDIZAJE

#### a) Los seminarios y las E-actividades

**Aspectos positivos:**

- **Seminarios:** Fueron útiles para explicar las principales habilidades comunicativas en las distintas fases de la entrevista clínica, quizás los debates tendrían que estructurarse mejor así como las franjas horarias y los espacios destinados a realizar esta actividad (no permitían un espacio que fomentara la participación ni otras actividades tales como el role play).

- **E-actividades:** Si bien tuvieron una repercusión positiva en la facilitación del aprendizaje, hubo

un exceso de e-actividades y éstas tuvieron que realizarse en muy poco tiempo.

**Aspectos a mejorar:** La gestión de los horarios, de los espacios y la decisión respecto al número total de habilidades a realizar.

### **b) Entrevista al Paciente simulado**

**Aspectos positivos:** El paciente simulado fue considerado por la gran mayoría de alumnos como un instrumento útil para introducir al alumno en la práctica de la entrevista clínica. Hubo una progresión en la percepción de estar ante una situación real desde el primero al tercer paciente, condicionada por las características de cada paciente (por el cuadro clínico y por el perfil que interpretaron) y por el hecho de que algunos fragmentos de entrevistas realizadas con el primer paciente con alumnos de otros cursos hizo que se perdiera el factor sorpresa.

**Aspectos a mejorar:** Quizás podría utilizarse al paciente simulado como un instrumento activo en la generación del aprendizaje, dándole pautas para que proporcione feedback al alumno, hecho que no se ha llevado a la práctica en este caso.

### **c) La sesión grupal de Feedback (ver el video de la entrevista realizada)**

Ha sido considerada por los alumnos y por el profesor como un instrumento muy útil para facilitar el aprendizaje pues se estimuló a los alumnos a que destacaran los siguientes aspectos: los realizados correcta e incorrectamente y los que tenían que ver con aspectos conceptuales adquiridos a lo largo de la carrera.

La sesión grupal facilitó el hecho de poder dedicar la atención a *aspectos transversales* adquiridos durante la carrera, como por ejemplo la higiene postural, el modo de aplicar las técnicas de exploración, etc.

**Aspectos a mejorar:** La necesidad de disponer de una gran cantidad de tiempo para: digitalizar las cintas y para realizar las sesiones por una parte y, por otra, por la necesidad de disponer de un instrumento que facilitara el proceso de observación.

## Anexos

---

- *Tiempo de dedicación en la realización de las sesiones:* Requiere una gran cantidad de tiempo pues las entrevistas se visualizan en grupos de 5 alumnos, a razón de 2 horas por grupo, en total se realizaron 6 sesiones por grupo (de 30 alumnos). En este caso la actividad fue realizada por un solo profesor hecho que supuso una carga importante ya que tuvo que realizar un total de 24 sesiones: 18 sesiones para el grupo de intervención y 6 sesiones para el grupo control.
- *Captura y digitalización:* El hecho de tener que digitalizar las cintas de las videograbaciones de las entrevistas, en un corto periodo de tiempo supuso un tiempo de dedicación adicional difícil de asumir. Por este motivo se visualizaron las entrevistas desde la cámara de video con 2 monitores de TV.
- *Dispersión en el momento de identificar aspectos comunicativos relevantes de cada entrevista:* El profesor debe estar estimulando a los alumnos a que traten de obtener la máxima información a través de la observación, siendo en ocasiones una tarea poco efectiva. En este sentido se propone buscar algún instrumento que facilite este proceso.

### ❖ PERCEPCIÓN SOBRE LA EVOLUCIÓN DEL APRENDIZAJE

**Aspectos positivos:** Ha habido aspectos que han tenido una evolución clara y por tanto deben reforzarse.

**Inconvenientes:** Hubo aspectos que no sufrieron grandes variaciones en cuanto a la evolución del aprendizaje y que deben mejorar.

**Aspectos a mejorar:** Aquellos que ya destacamos anteriormente, con relación a:

- La necesidad de profundizar en la corrección de errores u omisiones relacionados con el modo de realizar determinadas fases de la entrevista (fase de recogida de la información y fase de exploración).
- La corrección en cuanto al modo de establecer la relación con el paciente incluyendo los aspectos comunicativos más relevantes.

### ❖ PERCEPCIÓN SOBRE LA APLICACIÓN DEL APRENDIZAJE

**Aspectos positivos:** La gran mayoría de los alumnos considera que el aprendizaje generado

puede serles útil para su futuro profesional, especialmente en aquellos casos en los que se dediquen al ejercicio libre de la profesión.

**Inconvenientes:** El hecho de no poder aplicar estos conocimientos a las prácticas clínicas realizadas durante la carrera produce una sensación extraña en el alumno: por una parte reconoce que los conocimientos adquiridos son prácticos pero le cuesta entender que no se apliquen.

**Aspectos a mejorar:** La integración en la práctica clínica de los alumnos.

### ❖ GRADO DE IMPLICACIÓN DEL ALUMNO

**Aspectos positivos:** En general hubo un **buen grado de implicación** pues la gran mayoría querían participar de esta experiencia de aprendizaje.

#### **Inconvenientes:**

- El realizar las prácticas, del módulo, solamente en situaciones de simulación.
- El hecho de que la actividad tuviera **poco peso en la nota final** de una asignatura troncal.
- La **diferencia de esfuerzo o del grado de dedicación** entre el grupo de intervención y el grupo control.

**Aspectos a mejorar:** Los que se han comentado en el apartado de inconvenientes.

### **GRUPO CONTROL (SFB 1): PS3. Curso 2009-10: Resumen de resultados**

Fueron **29** los alumnos, del Grupo control (Grupo A), que participaron en las sesiones de feedback, tras la realización de la 1ª, y única, entrevista con el paciente simulado (PS1 GrA).

Tras el análisis realizado al azar sobre 8 alumnos se muestra el resumen de los datos más relevantes. La presentación de esta información se ha realizado siguiendo el esquema del grupo de intervención.

## Anexos

### RESULTADOS CATEGORÍA 1: FASES DE LA ENTREVISTA (PS3)

Con relación a la **categoría 1** destacaremos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 161**.

- **Fase inicial**
  - o El alumno no aclaró su rol profesional (**37%**), ni hubo contacto físico durante la fase inicial (**12,5%**).

<b>Categoría 1: Fases de la entrevista:</b>	
<b>Fase inicial: recibir al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno no aclaró su rol profesional	37%
No hubo ningún contacto físico durante la fase inicial	12,5%
<b>Fase de recogida de la información del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
Ha habido una dificultad para obtener la máxima información del paciente (por utilizar preguntas muy cerradas o por olvidar realizar preguntas importantes)	75%
El alumno formuló las preguntas incluyendo la respuesta	25%
El alumno consigue obtener más datos "personales" relacionados con la vivencia de la enfermedad, si bien no consigue obtener otros datos (psicosociales relevantes)	62,5%
El alumno está muy pendiente de la Hoja de Fisioterapia (y no mantiene un contacto adecuado con el paciente)	25%
En algún caso el alumno consiguió extraer una gran cantidad de información	12,5%
<b>Fase de exploración del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
La exploración es incompleta (le explora con la ropa puesta, no realiza la exploración y no le explica el motivo al paciente)	<b>37,5%</b>
<b>Fase de explicación y de planificación</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno recomienda realizar ciertas actividades pero no concreta (nº de ejercicios, el nº de veces, etc.) o las realiza de modo incompleto	37,5%
<b>Fase de cierre de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
No resume la entrevista ni pregunta al paciente si la información fue entendida correctamente	75%

**Tabla 161.** SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 1. Ciclo I (P. Formativa I)

- **Fase de recogida de la información del paciente**
  - o El alumno tuvo dificultades para obtener la máxima información del paciente, bien por que utilizaba preguntas muy cerradas o por que olvidaba realizar las preguntas más importantes de la anamnesis (**75%**).

- El alumno consigue obtener más datos “personales” relacionados con la vivencia de la enfermedad, si bien no consigue obtener otros datos relevantes de tipo psicosocial (62,5%).
- En un 25% de los casos el alumno estuvo muy pendiente del guión (Hoja de Fisioterapia) al formular las preguntas o incluyó la respuesta cuando le formuló la pregunta al paciente.
- En un 12,5% de los casos los alumnos no utilizaron un número excesivo de preguntas cerradas y consiguieron extraer una cantidad de información del paciente considerable.
- **Fase de exploración**
  - La exploración es incompleta (explora al paciente con la ropa puesta o no le realiza la exploración física sin explicar el motivo (37,5%).
- **Fase de explicación y de planificación**
  - El alumno realiza la explicación y la planificación de forma correcta si bien olvida algunos detalles de interés (37,5%).
- **Fase de cierre de la entrevista**

El alumno no pregunta al paciente si tiene dudas o si ha entendido la información y raramente resume los aspectos más importantes de la sesión (75%).

## RESULTADOS CATEGORÍA 2: PROPORCIONANDO UNA ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA (PS3)

Con relación a la **categoría 2** lo aspectos más destacados pueden observarse en a **Tabla 162**.

Categoría 2: Proporcionando una estructura a la entrevista	
Ordenar la secuencia de las distintas fases de la entrevista	Frecuencia
Los alumnos no marcaron con claridad la transición de una fase a otra de la entrevista	87,5%
El alumno no ordenó ni estructuró la entrevista de forma adecuada	75%
El alumno dedicó más tiempo a la exploración que a la fase de recogida de la información	12,5%

**Tabla 162.** SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)

- En un 87,5% de los casos los alumnos no marcaron con claridad la transición de una fase a otra de la entrevista.

## Anexos

---

- El alumno no mostró una capacidad adecuada para estructurar y ordenar la entrevista **(75%)**.
- El alumno dedica más tiempo a la exploración que a la fase de recogida de la información **(12,5%)**.

### RESULTADOS CATEGORÍA 3: ESTABLECIENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE (PS 3)

En cuanto a la **categoría 3** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 163** en relación a las subcategorías que se muestran a continuación:

- **Uso de las habilidades comunicativas no verbales (CNV)**
  - o La postura del alumno o sus movimientos transmitieron una cierta desconexión o distancia con el paciente **(37,5%)**
  - o En un **25%** de los casos, pero con distintos alumnos: se perdió el contacto visual con el paciente de forma habitual, el alumno fue demasiado rápido al realizar la entrevista, interrumpió en más de una ocasión al paciente, le realizó la exploración sin hacerle quitar la ropa y tuvieron dificultades para anotar la información obtenida sin perder el contacto con el paciente.
  - o El tono de voz utilizado facilitó, en más de una ocasión, la conexión con el paciente **(37,5%)**.
  - o El tono de voz fue monótono y en algún momento se identificó, de forma excesiva, con el tono (apagado) del paciente **(25%)**.
- **Uso de las habilidades comunicativas verbales (CV)**
- **Establecer y desarrollar una buena relación profesional**
  - o El alumno, a pesar de mostrar empatía en algún momento **(37,5%)**, perdió oportunidades empáticas en las que hubiera podido obtener más información y reforzar su relación con el paciente **(62,5%)**.
  - o El alumno contestó de forma adecuada a una de las preguntas reto, aunque no a todas **(62,5%)**.

- El lenguaje no verbal transmitió en más de una ocasión un déficit en la escucha activa del alumno con relación al paciente (37,5%).

<b>Categoría 3: Estableciendo/ construyendo la relación con el paciente</b>	
<b>Subcategoría 1: Uso de las habilidades comunicativas: CNV</b>	
<b>contacto ocular con el paciente:</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno pierde el contacto visual con el paciente de forma habitual	25%
<b>Lenguaje corporal (postura, expresión facial, expresión corporal, distancia física, organización del espacio)</b>	<b>Frecuencia</b>
La postura mostrada por el alumno o sus movimientos transmiten una cierta desconexión con el paciente	37,5%
<b>Ritmo de la entrevista</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno ha ido muy rápido mientras realiza la entrevista	25%
<b>Interrumpe al paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno ha interrumpido al paciente en varias ocasiones	25%
<b>Contacto físico</b>	<b>Frecuencia</b>
Algunos hacen la exploración sin hacerle quitar la ropa al paciente:	25%
<b>Escoge el mejor momento para anotar</b>	<b>Frecuencia</b>
No es capaz de anotar sin perder el contacto con el paciente	25%
<b>Subcategoría 2: Uso de las habilidades comunicativas: CV</b>	
<b>Uso de la voz</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Tono, volumen</b>	
El tono de voz utilizado facilita la conexión con el paciente	25%
El tono de voz utilizado es muy monótono o se identifica en exceso con el tono (apagado) del paciente	25%
<b>Subcategoría 3: Establecer y desarrollar una buena relación profesional</b>	
<b>Proporcionar empatía, apoyo, sensibilidad (interés, comprensión, voluntad de ayudar)</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno es capaz de crear una relación más empática con el paciente (3 alumnos) y en alguna ocasión pierde oportunidades empáticas	62,5%
<b>Capacidad de establecer una escucha activa y una conexión con el paciente</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje no verbal del alumno transmite un déficit en la escucha activa del alumno hacia el paciente	37,5%
El alumno tiene dificultades para conectar con el paciente o no lo hizo hasta la mitad o el final de la sesión	25%
El alumno le da al paciente muchos mensajes al mismo tiempo que no tiene tiempo de asimilar	12,5%
El alumno contesta de forma adecuada a 1 de las preguntas reto, aunque no a todas	62,5%
El alumno muestra en algunos momentos una relación empática adecuada con el paciente	37,5%
El alumno utiliza el recurso de la repetición (de la última palabra o frase)	12,5%
<b>Subcategoría 4: Involucrar al paciente</b>	
<b>Hacerle partícipe e implicarlo en nuestras propuestas</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno transmitió seguridad al paciente y buscó su colaboración y su implicación	25%
<b>Preguntar/Explicar de forma comprensible y ordenada</b>	<b>Frecuencia</b>
El lenguaje fue excesivamente técnico en alguna ocasión	37,5%

Tabla 163. SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 2. Ciclo I (P. Formativa I)



## Anexos

---

- El alumno tuvo dificultades para conectar con el paciente o no lo hizo hasta la mitad de la sesión **(25%)**.
- El alumno utiliza habitualmente el recurso de la repetición de la última palabra o frase pronunciada **(12,5%)**.
- **Involucrar al paciente**
  - El lenguaje utilizado por el alumno fue excesivamente técnico en más de una ocasión **(37,5%)**.

El alumno transmitió seguridad al paciente y buscó su colaboración y su implicación de forma habitual **(25%)**.

### **RESULTADOS CATEGORÍA 4: IMPACTO DEL VIDEO, DEL ESCENARIO, DEL PACIENTE SIMULADO, DE LA SESIÓN GRUPAL Y DEL MÉTODO DE APRENDIZAJE EN GENERAL (PS 3)**

Respecto a la **categoría 4** destacamos los siguientes resultados que pueden observarse en la **Tabla 164** donde se presentan los resultados por las siguientes subcategorías:

- **Influencia del escenario**
  - La visualización del vídeo (de la entrevista realizada) y la participación en la sesión grupal contribuyeron a tomar conciencia de los aciertos y de los errores y a generar aprendizaje **(75%)**.
  - El alumno dijo haberse sentido condicionado por el escenario, el perfil del paciente y/o por el hecho de ser grabado mediante las cámaras de vídeo **(50%)**.
- **Dudas planteadas por los alumnos (sesión grupal)**

En el transcurso de la sesión grupal los alumnos comentaron algunas dudas relacionadas con:

- La conveniencia de recoger una parte de la información en otras fases de la entrevista, además de en la Fase de recogida de la información **(50%)**.
- La demanda de ayuda para recoger la máxima información, del paciente, sin perder la conexión mientras se anota la información **(37,5%)**.

- La actitud del fisioterapeuta ante los pacientes cuya vivencia del dolor se asocia al sufrimiento (25%).
- **Comentarios relacionados con el método docente**
- Sería necesario poder haber realizado más entrevista par aprender más (75%).
  - El hecho de iniciar el aprendizaje con situaciones de simulación facilitó el hecho de familiarizarme con la mecánica de la entrevista (37,5%), aunque la progresión hacia casos de mayor complejidad todavía lo facilitaría mucho más (37,5%).

<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>Subcategoría 1: Influencia del escenario</b>	
<b>El escenario y la situación (entrevista al paciente y la videograbación)</b>	<b>Frecuencia</b>
El alumno se siente condicionado negativamente (nervios, inseguridad) al enfrentarse a una nueva situación	50%
El video (y la sesión grupal) contribuyo a que el alumno reflexionara sobre sus aciertos y sobre errores	75%
<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>Subcategoría 2: La sesión grupal</b>	
<b>Dudas planteadas (sesión grupal)</b>	<b>Frecuencia</b>
Sobre la actitud y otros aspectos clave que el terapeuta debe tener en cuenta ante pacientes similares (con sufrimiento asociado al grado de dolor)	25%
Sobre cómo recoger y anotar la información del paciente sin perder la conexión	37,5%
En cuanto a la conveniencia de realizar las preguntas de la recogida de información en otras fases de la entrevista	50%
<b>Categoría 4: Impacto del vídeo, del escenario, del paciente, de la sesión grupal y del método de aprendizaje en general</b>	
<b>Subcategoría 3: El método de aprendizaje</b>	
<b>Comentarios relacionados con relación al método</b>	<b>Frecuencia</b>
Percepción más favorable después de ver el vídeo que no al finalizar la entrevista	37,5%
El hecho de comenzar por una situación de simulación puede facilitar el aprendizaje en la realización de ECF	50%
Es necesario realizar más experiencias como ésta e incluso de mayor complejidad en cuanto al tipo de pacientes para facilitar el aprendizaje	37,5%
Sería necesario realizar más entrevistas para aprender mucho más	75%
<b>Subcategoría 4: Grado de implicación</b>	
<b>¿Te implicaste en este módulo?, ¿De que dependió tu grado de implicación?</b>	<b>Frecuencia</b>
Si, me he implicado mucho por que el paciente, y la experiencia, me resultaron muy reales y creíbles	87,5%

**Tabla 164.** SFB 1 (G.control). Visionado entrevista PSE 3. Resultados Categoría 4. Ciclo I (P. Formativa I)

## Anexos

---

- **Grado de implicación en el módulo**
  - o El alumno se implica mucho en la realización de este módulo ya que la experiencia le resultó muy real y creíble **(87,5%)**.

### 7.2. Análisis cualitativo: E-actividades, Sesión de retroacción

#### ▣ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE (PUNTO DE VISTA: ALUMNOS DEL GRUPO DE INTERVENCIÓN/ CONTROL)

Esta información se obtuvo de las encuestas 1, 2, 3, y 4 (PF I), de las E-actividades y de las sesiones de retroacción de los alumnos.

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: EL DOSSIER

**Alumno\_:** "...pero de hecho la guía o el dossier que nos pasaste ya nos daba una idea conceptual muy importante para poder realizar al entrevista (al menos bajo un punto de vista teórico). Primero tenías que leer el material (del dossier) y después contestar las preguntas, yo lo hice así".

**Alumno\_:** "... Pues tu veías con relación a los conceptos que mientras analizabas los vídeos, aquella persona se había dejado unas cosas en otro otras y en este sentido el poder consultar el material [del dossier] sí que me ayudó".

#### ► FOCO DE ATENCIÓN: LOS SEMINARIOS

En este caso se re cogen las opiniones del Grupo control coincidentes, en algunos casos, con las del Grupo de intervención.

**Alumno\_:** ... Yo creo que [los contenidos de] los seminarios no son muy útiles, porque en realidad la entrevista es una cosa muy práctica,... tú no puedes estudiar cómo hacer una entrevista, pero como material adjunto (de consulta) lo valoro positivamente y está muy bien.

**Alumno\_:**... Además de trabajar aspectos conceptuales, o situaciones asociadas a un problema

determinado, a mí me hubiera gustado ver más entrevistas enteras y comentarlas. ...Por otra parte el horario [viernes a las 6 o a las 7 de la tarde] no me pareció adecuado.

**Alumno\_:**... Los horarios de realización de los seminarios no me han parecido correctos, creo que se podrían modificar.

**Alumno\_:** A mí me hubiera gustado poder ver una entrevista y comentarla en clase. La explicación de cada una de las fases de la entrevista me resultó interesante, aunque una gran parte de esta información ya la podía extraer del dossier.

**Alumno\_:** Se que con el otro grupo [Grupo de intervención] se realizaron otras actividades en clase [Preguntas cortas asociadas a casos problema] y creo que en este sentido las clases hubieran sido más atractivas y provechosas.

### ► FOCO DE ATENCIÓN: LAS E-ACTIVIDADES

**Entrevistador\_:** el apartado relacionado con la elaboración de aspectos más conceptuales, ¿Te ayudo en algo?

**Alumno\_:** Bueno, supongo que sí, pues es necesario seguir una guía, por ejemplo para saber qué es lo que hay que hacer en cada una de las fases de la entrevista. Po ejemplo en la Fase inicial, ¿Qué hay que hacer?, pues presentarte, decir que eres fisioterapeuta, si no tienes claro que aspectos debes recoger en cada una de las fases, por mucho que mires videos...

**Alumno\_:** ... Mientras realizaba la entrevista... como ya lo había escrito... [los aspectos a recordar de cada una de las fases], a la hora de plantear las respuestas, te centras más en cada una de las fases, por ejemplo ya sabías que lo más importante de aquella fase era.... Era más fácil acordarte y buscar la relación porque ya lo habías escrito y...si, te ayudaba a refrescarte las ideas. De alguna manera me ayudaba a refrescar que es lo más importante de cada una de las fases.

**Alumno\_:** Al ser videos cortos y separados de 1 minuto o 2 de duración solo eran partes de la entrevista, y en los videos le faltaba ver el resto (de la información) para acabar de conocer y entender todo su contenido y su contexto, yo quizás hubiera cambiado eso, es decir la posibilidad de ver toda la entrevista. Personalmente los videos de 1 min me parecieron un poco cortos.

## Anexos

---

**Entrevistador\_:** **¿De qué modo te ayudó el análisis de video clips para el aprendizaje de habilidades de comunicación?**

**Alumno\_:** ... en cuanto a los aspectos teóricos si te fijas lo entiendes de un modo muy claro, en esta situación o en esta fase tengo que hacer esto, en la otra aquello,... después cuando actúas [mientras haces la entrevista] puedes cometer mil errores y allí puedes ver si gritas demasiado, como te mueves, o no tienen en cuenta al paciente o... sirve para reconocerte en las imágenes y piensas, yo quizás también cometería este mismo error ... es decir lo corriges antes de cometer el error.

**Entrevistador\_:** **...y el otro grupo de actividades, relacionado con la resolución de situaciones más hipotéticas, ¿Qué te pareció?, ¿de qué modo te ayudo a realizar las entrevistas?**

**Alumno\_:** ... bien ... a veces no piensas en situaciones que te puedes encontrar, y quizás te las encuentras en una situación real y no sabes cómo reaccionar, ... por tanto si de alguna manera te las plantean antes y las preparas con más tiempo, pues .... Mejor pues a veces te hacen la pregunta (el paciente) y te quedas... sin saber muy bien qué decir.

**Alumno\_:** Si, sí que me ayudaron a aprender, porque te ayudan a ponerte en situación, sobre todo aquellas actividades... ¿Cómo le explicarías que...? Porque te hacen pensar un poco más ¿cómo podría explicar esto o aquello con las palabras que entienda el paciente?, no con tus propias palabras, a veces más técnicas, sino adaptando tu lenguaje al suyo. .

**Entrevistador\_:** **¿Quieres realizar algún otro comentario en relación a las E-actividades?**

**Alumno\_:** A en mi caso me hubiera gustado haber podido dedicar más tiempo, elaborar más las respuestas, fijarme más en los videos, comentar más cosas, pero no tenía más tiempo.

**Alumno\_:** el problema que tenía es que durante las mañanas tenía prácticas y a medio día no tenía tiempo, por la tarde las clases, y la verdad es que me quedaba muy poco tiempo. Quizás, si no me hubiera coincidido con las prácticas...

## **Anexo 3: Ciclo II. Propuesta y acción formativa II (2010-11)**

### **1. Cuestionarios y encuestas**

Solo se introducirán los cuestionarios que se introduzcan por primera vez o aquellos que habiendo sido utilizados, han sufrido alguna modificación.

#### **1.1. Escala MAPE 2**

Es idéntica a la utilizada durante el Ciclo I.

#### **1.2. Cuestionario CICAA**

Es idéntico al utilizado durante el Ciclo I.

#### **1.3. Encuesta 1-PF II (GI)**

Es idéntica a la utilizada por los alumnos del GI (Encuesta 1-PF I).

#### **1.4. Encuesta 2-PF II (GI)**

Es idéntica a la utilizada por los alumnos del GI (Encuesta 2-PF I).

#### **1.5. Encuesta 3-PF II (GI)**

Es idéntica a la utilizada por los alumnos del GI (Encuesta 3-PF I).

#### **1.6. Encuesta 4-PF II (GI)**

Realizada por los alumnos del Grupo de intervención durante el Ciclo II (P. Formativa II), tras entrevistar al paciente simulado 3 (PSE 3).

## Anexos

### ENQUESTA 4-PF II (GI)

**Codi:**

**Alumne:**

**Data de naixement:**

**1. Encercla del número 0 (cap influència) al número 4 (màxima influència) com han influït en l'aprenentatge de les habilitats de comunicació, aplicades a l'entrevista clínica, cadascuna de les següents metodologies que has treballat dintre aquest mòdul**

#### **I. Participació en els seminaris teòrics**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

#### **II. Activitats Moodle: preguntes conceptuals**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

#### **III. Activitats Moodle: vídeo clips**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

#### **IV. Activitats Moodle: donar una solució a problemes hipotètics propers a la realitat (pacient que xerra molt, dirigir-se de forma empàtica, etc.)**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

#### **V. Entrevista al Pacient simulat**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

#### **VI. Observació del vídeo de la teva entrevista i obtenció de feedback (companys/ professor)**

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

## VII. Obtenció de Feedback per part del pacient simulat (el 3r pacient)

0	1	2	3	4
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

### 1. Quin consideres que ha estat el teu nivell d'implicació en el mòdul d'habilitats de comunicació (Encercla-ho: 0=cap implicació; 4=màxima implicació)

0	1	2	3	4
Cap	Lleugera	Moderada	Important	Molt important

### 1.7. Encuesta 5-PF II (GC)

Es idéntica a la Encuesta 1-PFII, realizada por el GI.

### 1.8. Encuesta 6-PF II (GC)

Es idéntica a la Encuesta 4-PFII, realizada por el GI después de ver el vídeo de la ECF.

### 1.9. Hoja de autoevaluación del alumno (SFB)

Utilizada para que cada alumno evalúe, en el momento de ver el vídeo de su entrevista, su propia entrevista y la de sus compañeros de grupo.

## HOJA DE AUTOEVALUACIÓN DEL ALUMNO

(Tomada de la Guía Calgary Cambridge test)

**Nom i cognoms de l'alumne:**

**Data:**

**Grup:**

**Leer atentamente antes de contestar!!**



## Anexos

---

Este cuestionario pretende hacerte **reflexionar** en relación a las **habilidades comunicativas y a la entrevista que acabas de realizar**. Una vez leídos los aspectos a considerar debes marcar con una cruz en “SI” (cuando claramente has realizado este aspecto), en “SI PERO” (cuando lo has realizado de forma parcial o no ha sido de una forma totalmente explícita), en “NO” (cuando claramente no lo has realizado). En “COMENTARIOS” debes escribir la anotación que consideres de interés para facilitar tu aprendizaje (obligatorio en el caso de contestar SI PERO o NO).

### I. INICIANDO LA SESIÓN

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Saluda al paciente				
Se presenta y aclara su rol				
Demuestra interés y respeto				
Identifica los problemas del paciente o las cuestiones que éste desea abordar mediante una pregunta inicial apropiada				
Negocia/ organiza el plan de la consulta				

### II. RECOGIENDO LA INFORMACIÓN

#### • EXPLORANDO LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Alienta al paciente a contar la historia del/los problema/s				
Utiliza la técnica de interrogatorio con preguntas abiertas y cerradas según corresponda				
Escucha con atención sin interrumpir				
Facilita las respuestas del paciente en forma verbal o no verbal (ej: silencios, repeticiones, paráfrasis, interpretación, etc.)				
Utiliza preguntas y comentarios de fácil comprensión				
Clarifica los enunciados del paciente que no resultaron claros o que necesitan ampliación				

Establece las <b>fechas y la secuencia de los eventos</b>				
---	--	--	--	--

• **COMPRENDIENDO LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Determina e indaga apropiadamente acerca de <b>las ideas</b> del paciente relativas a la causa				
Determina e indaga apropiadamente acerca de <b>las preocupaciones</b> del paciente relativas a su problema				
Tiene en cuenta la <b>información verbal y no verbal</b> del paciente				
Alienta al paciente a expresar <b>sentimientos y sensaciones</b>				

• **PROPORCIONANDO ESTRUCTURA A LA CONSULTA**

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
<b>Resume al final de una línea de indagación</b> específica para confirmar lo comprendido antes de continuar				
Avanza de una sección a otra utilizando <b>enunciados que señalicen cambios de ritmo o de transición</b>				
Estructura la entrevista siguiendo <b>una secuencia lógica</b>				
Está <b>atento/a a los tiempos</b> en relación al desarrollo de la entrevista				

**III. REALIZANDO EL EXAMEN FÍSICO**

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Proporcionar la <b>información de aquello que vamos a realizar y de cómo lo vamos a realizar</b>				
Solicitar el <b>permiso</b> del paciente y <b>su colaboración</b>				
Preservar <b>su intimidad</b>				

## Anexos

<b>Ser receptivo a lo que pueda comunicarnos</b> (de forma verbal o no verbal)				
<b>Saber explicar las ventajas y/o los inconvenientes</b>				

### IV. EXPLICAR Y PLANIFICAR

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Da la <b>información</b> de forma <b>fragmentada (asimilable)</b> y <b>ordenada</b> siguiendo una secuencia <b>lógica</b>				
Adapta la explicación al <b>grado de comprensión del paciente</b> , utiliza un lenguaje conciso que sea fácil de comprender y evita la jerga médica				
<b>Proporciona las explicaciones en el momento oportuno</b> , no de forma prematura				
<b>Utiliza métodos visuales</b> para reforzar la información				
<b>Comprueba que el paciente haya comprendido la información</b> proporcionada o el plan de actuación				

### V. CONSTRUIR LA RELACIÓN

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Demuestra un <b>comportamiento no verbal adecuado</b> con relación a: - Contacto visual, expresión del rostro. - Postura, posición, movimiento - Uso de la voz (velocidad, tono, volumen)				
Si lee, realiza anotaciones, lo hace de un modo que <b>no interfiera con el diálogo o con la relación</b>				
Muestra <b>empatía</b> y proporciona <b>al soporte</b> suficiente al paciente				

### VI. CERRAR LA SESIÓN

Aspectos a considerar	Si	Si pero	No	Comentarios con relación a tu entrevista
Establece junto al paciente los <b>pasos a seguir (o el plan a seguir)</b> a partir de ese momento				
<b>Resume la sesión</b> brevemente, y <b>clarifica</b> el plan a seguir				
Indaga <b>si el paciente está de acuerdo</b> con el plan y se <b>despide</b> del paciente				

## 2. Información proporcionada a los participantes del estudio y obtención de la hoja de consentimiento informado

### 2.1. Información proporcionada a los participantes

Es idéntica a la Hoja de información utilizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

### 2.2. Hoja de consentimiento informado

Es idéntica a la Hoja de consentimiento informado utilizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

## 3. Diseño de los casos problema a realizar por el PSE

Durante el Ciclo II se utilizaron los mismos casos que en el Ciclo I (P. formativa I).

## 4. Información relativa al encuentro: alumno –PSE

Incluiremos la información que se haya introducido o que haya sido modificada con relación a los ciclos de I-A realizados.

### 4.1. Situación de partida Caso 1 (PSE 1)

La situación de partida fue idéntica a la realizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

### 4.2. Situación de partida Caso 2 (PSE 2)

La situación de partida fue idéntica a la realizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

## Anexos

---

### 4.3. Situación de partida Caso 3 (PSE 3)

La situación de partida fue idéntica a la realizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

### 4.4. Hoja de Fisioterapia (Anmnesis)

La Hoja de Fisioterapia fue idéntica a la utilizada durante el Ciclo I (P. formativa I).

## 5. Material y métodos para la recogida de datos

### 5.1. Metodología para el encuentro: alumno-PSE

El protocolo seguido para protocolizar el encuentro entre el alumno y el PSE, así como para organizar las sesiones de retroacción es idéntico. En este último caso el alumno realiza su autoevaluación y la de su compañero mediante la Guía Calgary Cambridge (Silverman, Kurtz y Draper, 2005).

## 6. Programa, material de soporte para el alumno y E- actividades a realizar

En este apartado se describen el programa y el cronograma utilizado además del material de soporte para el alumno y el enunciado de las E-actividades realizadas por ambos grupos. Solo se introducirá la información no utilizada en los ciclos anteriores o que haya sido modificada.

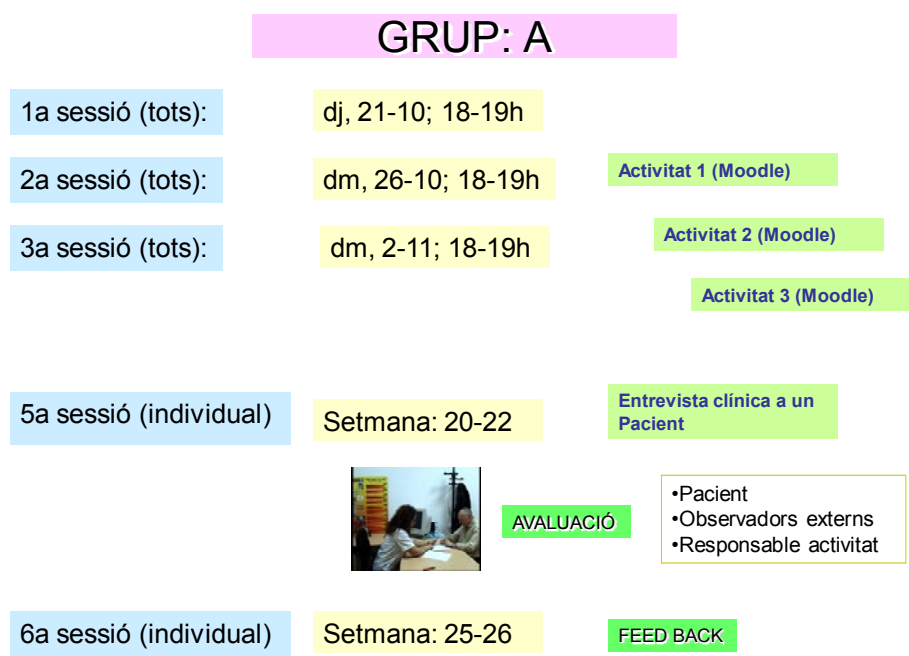
### 6.1. Programa y cronograma

#### 6.1.1. Grupo control (Grupo A)

Fue idéntico al seguido por el Grupo control durante el Ciclo I (P. Formativa I). Se indica en la **Tabla 165** el cronograma seguido por el GC. Pueden observarse en la **Fig. 47** las actividades realizadas y el cronograma seguido.

Activitat	Data
ACT 1	24-01 al 30-01
ACT 2	31-01 al 6-02
ACT 3	7-02 al 13-02
PS3 GRA (Entrevista 1)	22/02, 23/02, 24/02
SFBPS1 GR A (Retroacció)	7/03; 8/03; 9/03(2h); 10/03; 11/03

**Tabla 165.** Cronograma Grupo control (GC). Ciclo II (P. formativa II)



**Fig. 47.** Resumen del programa: G. control (Gr. A). Ciclo II (P. Formativa II)

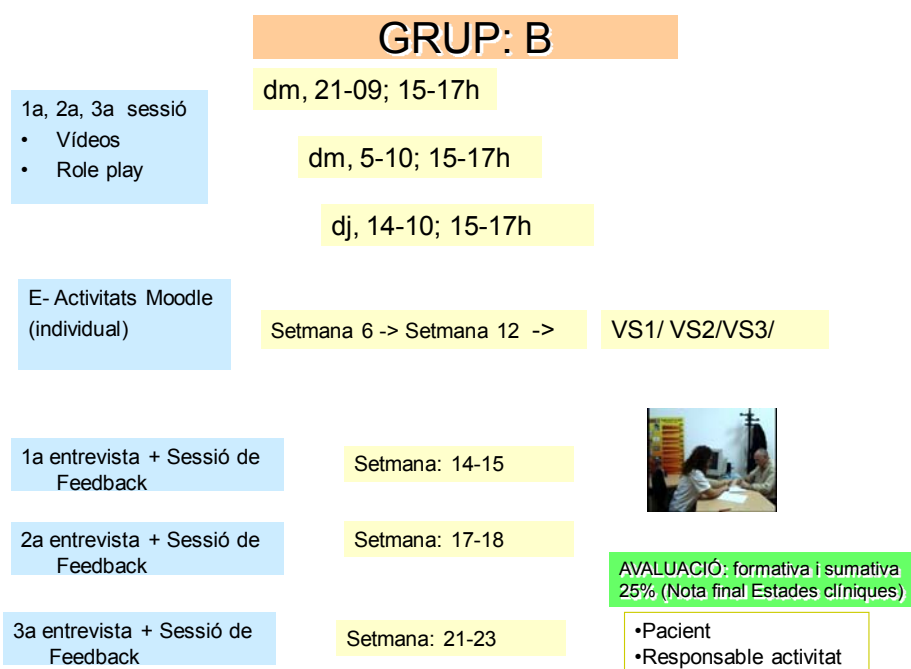
### 6.1.2. Grupo de intervención (Grupo B)

En la **Fig. 48** puede observarse de forma resumida el programa formativo seguido por el Grupo de intervención (Grupo B) durante el Ciclo II (P. formativa II). Respecto al Programa del Ciclo I (P: Formativa I), la única variación tienen que ver con la metodología aplicada y que consistió en (ver en Cap. IV, nuevos planteamientos y nuevas propuestas de acción):

- La modificación de los horarios.

## Anexos

- La introducción de nuevos contenidos, durante los seminarios, relacionados con el análisis de la CNV y con la representación de cada una de las Fases de la entrevista (role play).
- La modificación del número de E-actividades (de 6 a 3) y de los contenidos a trabajar.
- La introducción de la Guía Calgary Cambridge, explicada más adelante en las sesiones de retroacción, cuando los alumnos observan el vídeo de su entrevista.



**Fig. 48.** Resumen del programa: G. interv. (Gr. B). Ciclo II (P. Formativa II)

Se indica en la **Tabla 166** el cronograma seguido por el GI.

Activitat	Data
Seminaris i E-activitats	15/09 al 20-11
PS1 GR B (Entrevista 1)	29-11, 14-12, 16-12
SFBPS1 GR B (Retroacció)	25-01, 27-01, 28-01
PS2 GR B (Entrevista 2)	7-02, 8-02, 9-02
SFBPS2 GR B (retroacció)	14/02; 15/02; 17/02 (2h); 18-02
PS3 GR B (Entrevista 3)	1/03, 2/03, 3/03
SFBPS3 GR B (retroacció)	15/03; 16/03 (2h); 17/3; 18/3

**Tabla 166.** Cronograma Grupo de intervención (GI). Ciclo II (P. formativa II)

## 6.2. Material de soporte para el alumno

### a) Guía para la realización de la entrevista clínica

**La realización de la entrevista clínica tiene por objetivo** obtener el diagnóstico del problema del paciente, también llamado diagnóstico de Fisioterapia. Para llevar a cabo este proceso con éxito, el fisioterapeuta necesitará, además de otras habilidades, *haber adquirido competencia suficiente en habilidades de comunicación interpersonal*.

Describiremos en este apartado, a partir de las aportaciones de distintos autores, puesto que no existe un texto o un patrón consensuado acerca de qué habilidades de comunicación debe poseer el fisioterapeuta para llevar a cabo la entrevista clínica, cuáles son las habilidades necesarias para llevar a cabo una entrevista clínica.

► **GUÍA PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA CLÍNICA Y HABILIDADES DE COMUNICACIÓN NECESARIAS PARA SU CONSECUCCIÓN**

Tomaremos como referencia para desarrollar este apartado las aportaciones de, Silverman et al (2005), Kurtz et al (2005), Borrell (2004) y Clèries (2006) y Petty et al (2003) y Maitland et al (2007). Nos apoyaremos principalmente en Silverman et al (2005) y Kurtz et al (2005) pues ambos han elaborado y sistematizado una guía de aprendizaje, de las habilidades de comunicación en la entrevista clínica, estructurada y validada y han desarrollado, a partir de su experiencia práctica, diversos métodos de aprendizaje que han sido aplicados en distintas universidades y centros de atención sanitaria de Canadá, Estados Unidos, Australia y en algunos países europeos. Se tendrán en cuenta para complementar la información, dada la proximidad sociocultural a nuestra idiosincrasia, las propuestas de Borrell (1989, 2004), y Clèries (2006). Maitland et al (2007) y Petty et al (2003) se han tomado como referencia para la elaboración de los aspectos más relevantes a tener en cuenta durante la recogida de datos de tipo biomédico, pues consideramos que introducen elementos del razonamiento clínico que son transversales al aprendizaje de las habilidades comunicativas.

La entrevista clínica sigue, bajo un punto de vista metodológico, la secuencia que aparece en la **Fig. 49**. La **construcción de la relación con el paciente** así como el hecho de **proveer a la sesión de una estructura sólida**, se suceden a lo largo de la entrevista desde el comienzo hasta el final e incluso cuando estamos



## Anexos

aplicando, como sucede en el caso del fisioterapeuta, un tratamiento. El hecho de estructurar la entrevista facilitará el aprendizaje de las habilidades de comunicación y será la experiencia la que nos permitirá adaptar esta guía a cada paciente.

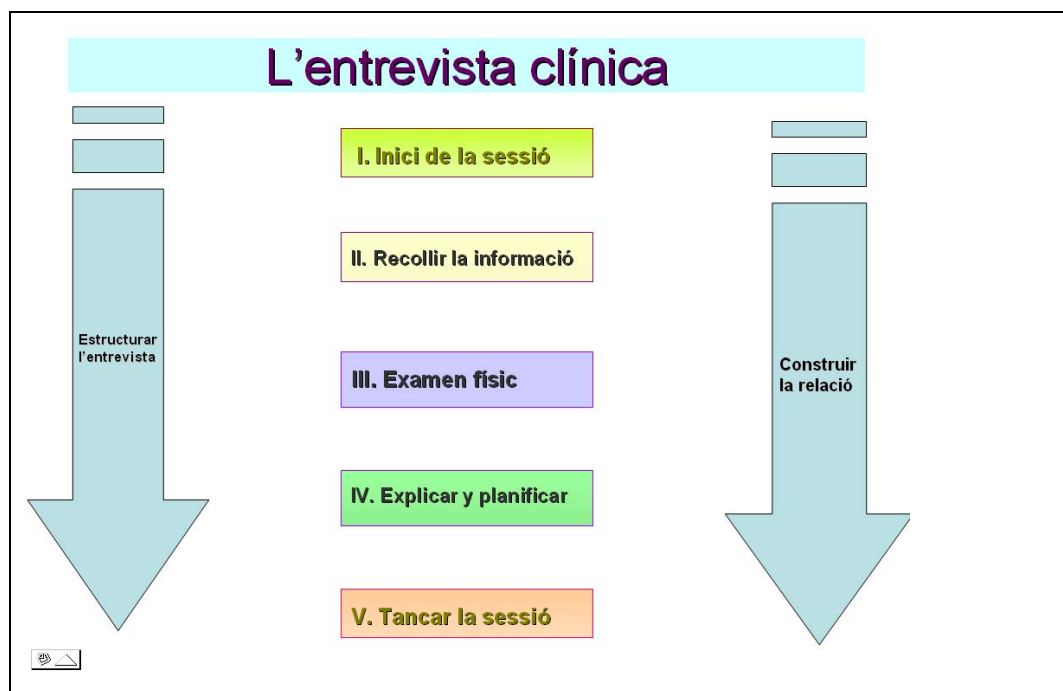


Fig. 49. Fases de la entrevista clínica (tomado de Kurtz et al, 2005 y Silverman et al, 2005)

Se han incluido en las tablas que aparecen a continuación (color gris) los aspectos más relevantes (que el alumno debe conocer, comprender y aplicar) de cada uno de los apartados que aparecen en la Fig. 48.

En la parte inferior de cada tabla (bajo la flecha) se describen las habilidades y recomendaciones que aparecen numeradas y que tienen que ver con cada uno de los apartados. Dichas habilidades y recomendaciones no deben ni pueden ser aplicadas en su totalidad, pues sería imposible, durante la realización de la entrevista clínica de Fisioterapia y deben ser consideradas como una guía para el alumno. Cada uno de los aspectos desarrollados, en cada Fase, guardan relación con la Guía Calgary Cambridge, propuesta por ambos autores.

### 1. INICIANDO LA SESIÓN

Esta fase es importante, según Clèries (2006), por que:

- Nos sugiere una *primera impresión*
- Establece las *bases de la relación*

- Permite *delimitar los motivos* por los que el paciente acude a la consulta.

**ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE LA FASE INICIAL** (Kurtz et al, 2005 y Silverman et al, 2005)

#### INICIANDO LA SESIÓN

- Preparar la sesión
- Establecer el contacto inicial
- Identificando el/los motivo/s de la consulta



#### INICIANDO LA SESIÓN

##### Preparar la sesión

Cerrar la última actividad, preparar la sesión, preparar el espacio, etc.

##### Estableciendo el contacto inicial

1. **Saluda** al paciente y obtiene el nombre del paciente
2. **Se presenta**, aclara su rol y la naturaleza de la entrevista: obtiene consentimiento si fuera necesario
3. **Demuestra interés y respeto**, está atento al confort físico del paciente

##### Identificando el/los motivo(s) de consulta

4. **Identifica** los problemas del paciente o las cuestiones que este desea abordar mediante una pregunta inicial apropiada (ej: "En qué puedo ayudarle?" o "¿Qué problemas lo trajeron al hospital?", etc.)
5. **Escucha** atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.
6. **Confirma** la lista de problemas y explora si existen otros problemas (ej.: "Entonces me dijo dolores de cabeza, cansancio; algo más...?")
7. **Negocia y organiza el plan de consulta** teniendo en cuenta tanto las necesidades del paciente como las del médico/fisioterapeuta

Se explican las habilidades de comunicación aplicables a esta fase de la entrevista clínica (ver **Tabla 167**).

## Anexos

HABILIDAD	SIGNIFICADO
La <b>preparación</b> (de la entrevista)	<b>El objetivo es</b> alcanzar la concentración óptima para atender al paciente
El establecimiento del <b>contacto inicial</b> o <b>recibimiento</b>	<b>El objetivo es</b> establecer una relación óptima que favorezca el desarrollo de las fases posteriores pues se empieza a construir la relación terapeuta – paciente.  <b>Recomendaciones:</b> mostrar cordialidad, sonreír, presentarse, clarificar quiénes somos, decir el nombre del paciente y dar la mano, manteniendo el contacto ocular, prestando atención al confort del paciente.
La identificación <b>del motivo de la consulta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La realización de <b>preguntas abiertas</b></li> <li>- <b>La escucha activa</b> y la realización de respuestas con el apoyo de la comunicación no verbal y paralingüística</li> <li>- La <b>observación del paciente</b> (atención al lenguaje no verbal)</li> </ul>

**Tabla 167.** Habilidades de comunicación: Fase inicial. Adaptado de Clèries 2006.

La determinación del motivo de la consulta marcará el inicio de un éxito o de un fracaso en cuanto a nuestra aportación terapéutica. Una dedicación óptima (en calidad y en cantidad de tiempo) contribuye a facilitar la progresión adecuada de la entrevista y a establecer una buena relación con el paciente. Por nuestra parte, habremos escuchado, mostrado interés, observado el posible componente emocional, etc,... y sabremos “hacia dónde y cómo debe continuar la entrevista” (Clèries, 2006).

En el caso de existir diferentes problemas pactaremos con el paciente a cuál de ellos le prestaremos atención y si abordamos más de un tema en que orden lo haremos.

### RECORDAR QUE:

- No es una fase donde se destaca únicamente la cortesía, es el momento en el que **empieza a construirse la relación terapeuta-paciente** y en la que **debe quedar claro cuál es el motivo de la consulta.**
- No siempre lo que se manifiesta como **motivo** de consulta es lo que realmente **preocupa.**

## 2. RECOGIENDO LA INFORMACIÓN

Esta fase se basa en la capacidad de escucha del terapeuta y busca recoger la información relevante con relación al problema que expresó en la fase inicial. En función del contexto profesional (consulta privada,

servicio de atención primaria u otros) deberán recogerse los datos relevantes con relación al problema del paciente y a una triple dimensión:

Biomédica (aspectos biológicos), la perspectiva del paciente (aspectos psicológicos) y el contexto en el que vive y se relaciona el paciente (aspectos sociales). Esta triple división puede que no esté tan separada en la práctica real y que exista una interconexión entre las 3 dimensión mencionadas.

**ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE LA FASE DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN** (Kurtz et al, 2005 y Silverman et al, 2005)

### RECOGIENDO LA INFORMACIÓN

- Explorando los problemas del paciente (perspectiva biomédica y antecedentes)
- Habilidades adicionales orientadas a entender la perspectiva del paciente



### RECOGIENDO LA INFORMACIÓN

#### Explorando los problemas del paciente

8. **Alienta al paciente a contar la historia** del/los problema(s) desde cuando comenzó/aron por primera vez hasta el presente en sus propias palabras (aclarando las razones para presentarlas ahora)

9. **Utiliza la técnica de interrogatorio con preguntas abiertas y cerradas**, alternando entre abiertas y cerradas según corresponda

10. **Escucha** con atención, permitiendo al paciente completar las explicaciones sin interrupciones, y dándole tiempo para pensar antes de responder, o para proseguir tras una pausa

11. **Facilita** las respuestas del paciente en forma verbal o no verbal (ej.: Uso de estímulos, silencios, repeticiones, parafraseo e interpretación)

12. **Capta** las señales verbales y no verbales del paciente (lenguaje corporal, discurso, expresiones faciales y afectivas); **comprueba o ratifica** según corresponda

13. **Clarifica** los enunciados del paciente que no resultan claros o que necesitan ampliación (ej.: "Podría Ud. explicar que quiere decir con aturdido?")

14. **Resume periódicamente** para verificar su propia comprensión de lo que el paciente ha dicho; invita al

## Anexos

---

paciente a corregir lo interpretado o a proveer información adicional

15. **Utiliza** preguntas y comentarios concisos y de **fácil comprensión**, evita o explica adecuadamente términos de la jerga médica

16. **Establece las fechas y la secuencia** de los eventos

### Habilidades adicionales orientadas a entender la perspectiva del paciente

17. **Determina activamente e indaga apropiadamente sobre:**

- **Las ideas** del paciente (es decir, creencias relativas a la causa, por ejemplo)
- **Las inquietudes** del paciente (es decir, preocupaciones, por ejemplo) con respecto a cada problema
- **Las expectativas** del paciente (es decir, las metas, la ayuda esperada para cada problema)
- **Los efectos:** la forma en que cada problema **afecta** la vida del paciente

18. **Alienta al paciente a expresar sentimientos y sensaciones**

Se ha tomado de Clèries (2006) la descripción de las habilidades a tener en cuenta durante la **exploración de los problemas del paciente** (ver **Tabla 168**) que se complementan y pueden utilizarse junto con las habilidades expuestas en la tabla 5. Téngase en cuenta que no siempre es preciso realizar todas las preguntas y que lo que se presenta a continuación es una guía para el alumno que deberá adaptarse en todo momento a las características del paciente y al contexto.

HABILIDAD	SIGNIFICADO
► Atención a la <b>comunicación no verbal</b>	Contrastar lo que se dice con cómo se dice
► Utilizar <b>estrategias de facilitación</b> para que el paciente se exprese:	Dejar suficiente tiempo para que después de una intervención pueda acontecer otra
- <b>Facilitadores</b>	Incluyen a aspectos de la comunicación verbal (<<signa por favor, le estoy escuchando>>, <<adelante por favor>>, expresión paralingüística (<<si>>, <<ya>>, <<hmm>>), etc., y no verbal (asentimientos con la cabeza)
- <b>Señalamientos</b>	Indicamos al paciente un estado de ánimo (o cualquier otra sensación) que hayamos percibido (<<le veo preocupado>>, <<parece triste>>, etc.) dejando el tiempo suficiente para que el paciente se exprese.
- <b>Empatía</b>	Demostrar la capacidad para transmitir que se ha entendido el estado (emocional) del paciente (<<después de la caída debe estar pasándolo muy mal>>) y que somos capaces de “ponernos en su

	lugar” de una forma sincera
<b>- Silencio funcional</b>	Permitir el silencio necesario para que el paciente pueda expresar sus emociones o sentimientos, al mismo tiempo que se mantiene una actitud de interés y de escucha activa.
<b>- Las frases por repetición</b>	Repetir las mismas palabras que ha dicho el paciente para centrar su relato y para mostrar nuestro apoyo (<<...le duele la espalda y no se puede incorporar de la cama>>)
<b>- La clarificación</b>	Indagar sentimientos o aspectos que no se han expresado o verificarlos si ya se habían expresado (<<Entonces, lo que usted quiere decir es que ...>>)
<b>► Hacer un resumen</b>	Demuestra haber tenido interés por el paciente y que le hemos escuchado y comprendido (<<Me ha parecido entender que está preocupada por que no puede hacer las mismas cosas que hacía el mes pasado, ¿lo he entendido bien?>>)

**Tabla 168.** Habilidades de comunicación durante la Fase de recogida de la información (explorando los problemas del paciente). Tomado y adaptado de Clèries, 2006.

Se describen a continuación habilidades comunicativas adicionales (**Tabla 169**) que contribuyen a facilitar la recogida de datos y que contempla tanto aspectos biomédicos como psicosociales (Clèries, 2006):

HABILIDAD	SIGNIFICADO
Utilización de <b>preguntas abiertas</b>	Dar opción a que el paciente pueda escoger el contenido de las respuestas con sus propias palabras (<< ¿Cómo diría que es este dolor que nota a nivel de la zona lumbar?>>)
<b>Centrar</b> progresivamente las <b>preguntas abiertas</b>	Se intenta ir centrando más las preguntas, aunque en un formato de pregunta abierta, con la intención de clarificar o profundizar aspectos más relevantes (<< Me había comentado que este dolor va hacia la pierna cuando está trabajando, ¿podría decirme alguna otra situación en la que aparece?, ¿cuánto tiempo dura este dolor?>>)
Utilizar <b>preguntas cerradas</b> cuando se considere necesario	Cuando al paciente le cuesta contestar preguntas abiertas o necesitamos obtener una respuesta concreta (<< ¿El dolor dura segundos, minutos, horas?>>)
<b>Identificar expresiones verbales relevantes</b> y dar opción, si se considera oportuno, para que el paciente a hablar más sobre un tema en concreto	Ha comentado que se encuentra así desde que le despidieron del trabajo... ¿Quiere hablar de ello?
Conocer el <b>impacto del problema en la calidad de</b>	Actividad física y capacidad física; estado emocional; relaciones interpersonales; vida sexual; trabajo y actividades lúdicas.

## Anexos

<b>vida</b>	
Cuál es la <b>opinión del paciente</b> con relación a su problema	¿Qué piensa sobre su problema?, ¿cuál puede haber sido la causa?, ¿cuáles son sus miedos, sus preocupaciones y su actitud hacia la enfermedad?, ¿cuál es el significado que el le da y cuál es la comprensión de lo que le sucede?
Conocer <b>aspectos psicosociales</b> del paciente	Acerca de: condiciones de vida, situación familiar y económica, actividad laboral, actividades lúdicas, amistades, factores estresantes, etc.
Completar el <b>historial médico y familiar</b>  Clarificar los <b>aspectos sintomáticos</b> importantes	Hoja del paciente
Generar información respecto a los <b>tratamientos recibidos</b>	Diga, por favor ¿Qué tratamiento ha recibido para tratar el dolor de espalda?

**Tabla 169.** Habilidades de comunicación adicionales durante la Fase de recogida de la información. Tomado y adaptado de Clèries (2006).

Se describen a continuación aspectos que deben ser tenidos en cuenta durante la recogida de datos con un **enfoque más biomédico y que podrían adaptarse a la Ficha de Fisioterapia** y que a su vez serán relevantes durante la exploración (**Tabla 170**). Se han seguido las aportaciones de Petty et al (2003) y de Maitland et al (2007) para elaborar esta tabla.

<b>Recogida de datos con relación a</b>	<b>Obtener información con relación a</b>
<b>MAPA DEL DOLOR</b>	
<b>Enfermedad actual</b>	Antecedentes de cada zona sintomática, ¿cómo y cuando empezó?  La aparición de los síntomas fue: - Súbita - Lenta  ¿Tuvo que ver con algún cambio en el estilo de vida o a partir de una nueva actividad?  Si existe más de un síntoma, ¿qué relación tiene el nuevo síntoma con los anteriores?

<b>Localización de los síntomas</b> actuales y de otras zonas relacionadas	¿Dónde le duele?, ¿Hacia dónde va el dolor?, ¿existen síntomas que acompañan al dolor (parestesias, disestesias, otras sensaciones anómalas etc.)?
<b>Tipo de dolor y profundidad</b>	Debe establecerse el tipo de dolor (mecánico, inflamatorio, somático, visceral, neuropático, etc.)
<b>Intensidad</b> del dolor	Referencia: EVA (Puede no ser útil en pacientes con dolor crónico, en este caso puede ser útil un diario del dolor u otras escalas más específicas)
<b>Manifestación de los síntomas</b>	¿Constantes?, La intensidad ¿varía?, ¿son intermitentes?
Posible <b>relación</b> de los síntomas	¿Aparecen todos a la vez?, ¿Aparecen por separado?, ¿Guardan alguna relación entre sí?
<b>COMPORTAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS</b>	
<b>Factores agravantes</b>	<p>☐ Para cada síntoma buscar:</p> <p>¿Movimientos que empeoran/agravan los síntomas?</p> <p>¿Durante cuánto tiempo?</p> <p>¿Qué ocurre con el resto de síntomas cuando un síntoma aparece o empeora?</p> <p>* Recordar para cada zona susceptible de dolor sus factores agravantes.</p>
<b>Factores mitigantes</b>	<p>☐ Para cada síntoma buscar:</p> <p>¿Qué factores disminuyen los síntomas?</p> <p>Si disminuyen, ¿Durante cuánto tiempo?, ¿Qué ocurre con el resto de síntomas?, ¿en qué postura/ actividad disminuyen?, ¿Cuál podría ser la estructura afectada?</p> <p><b>Atención!:</b> cuando la intensidad del dolor no varía (somatización?, ¿neoplasia? ...)</p>
Grado de <b>irritabilidad</b> de los síntomas	<p>Utilidad: establecer si el paciente podrá tolerar una exploración completa o deberemos tener precaución durante la primera sesión de tratamiento.</p> <p>Criterios: No existe irritabilidad si el paciente puede mantener la postura que reproduce los síntomas.</p>
<b>Comportamiento de los síntomas durante las 24h</b>	<p>☐ <i>Síntomas nocturnos</i></p> <p>¿Tiene dificultad para dormirse?, ¿Le despiertan los síntomas?, ¿Cuál de ellos?, ¿Cuántas veces?, ¿Cuánto tiempo tarda en volver a conciliar el sueño?, ¿En qué posición duerme normalmente?,</p>



## Anexos

	¿Cuántas almohadas utiliza?  <input type="checkbox"/> <i>Síntomas matutinos y vespertinos/ diurnos</i>  ¿Presencia de rigidez matutina?, ¿Durante cuánto tiempo?
<b>Función</b>	<input type="checkbox"/> Establecer si los síntomas varían en función de:  - ¿Las posturas estáticas o dinámicas? - ¿Actividades profesionales/lúdicas/sociales, AVD, etc.?
<b>Fase del trastorno</b>	<input type="checkbox"/> Con relación a los síntomas:  - Siguen igual, han mejorado o han empeorado
<b>PREGUNTAS ESPECIALES</b>	
<b>Estado de salud general</b>	<input type="checkbox"/> Atención si: malestar general, fiebre, náuseas, vómitos, malestar, depresión, etc.
<b>Pérdida de peso</b>	<input type="checkbox"/> Atención si: pérdida de peso no justificada.
<b>Enfermedades de interés ya diagnosticadas</b>	<input type="checkbox"/> Atención si: OA, AR, IAM, Neoplasia, etc.
<b>Tratamiento farmacológico</b>	<input type="checkbox"/> Atención al tratamiento farmacológico con relación a las enfermedades diagnosticadas.
<b>Realización de pruebas complementarias</b>	<input type="checkbox"/> Atención si: presencia de pruebas e informes RX, RMN, EMG, etc.
<b>Síntomas neurológicos de interés</b>	<input type="checkbox"/> Atención si: problemas de compresión medular y grado de afectación.
<b>Antecedentes personales</b>	<input type="checkbox"/> Atención a los antecedentes personales de interés:  -Con relación a los síntomas principales: episodios previos (¿cuántos?, ¿posible causa?, ¿duración?, ¿tratamientos recibidos?, ¿resultados obtenidos?, etc.) -Percepción de su calidad de vida
<b>Antecedentes sociales + familiares</b>	<input type="checkbox"/> Nombre, Edad, Situación familiar, profesión actual, personas a su cargo, actividades lúdicas

**Tabla 170.** Historia clínica del paciente (Adaptado de Petty et al, 2003 y Maitland et al, 2007)

### 3. PROPORCIONANDO ESTRUCTURA A LA ENTREVISTA

#### PROPORCIONANDO ESTRUCTURA A LA CONSULTA

- Poniendo de manifiesto la estructura
- Habilidades adicionales orientadas a entender la perspectiva del paciente



#### PROPORCIONANDO ESTRUCTURA A LA CONSULTA

##### Poniendo de manifiesto la estructura

19. **Resume** al final de una línea de indagación específica para confirmar lo comprendido antes de continuar con la sección siguiente.

20. Avanza de una sección a otra, utilizando **enunciados que señalicen cambios de rumbo o transición**; incluyendo fundamentos para la sección siguiente

##### Observando el flujo de la entrevista

21. Estructura la entrevista siguiendo una **secuencia lógica**

22. Está atento a los **tiempos** (“timing”) y a mantener la atención en el tema a tratar.

### 4. CONSTRUYENDO LA RELACIÓN CON EL PACIENTE

#### CONSTRUYENDO LA RELACIÓN

- Utilizando un comportamiento no verbal apropiado
- Habilidades adicionales orientadas a entender la perspectiva del paciente



## Anexos

---

### CONSTRUYENDO LA RELACIÓN

#### Utilizando un comportamiento no verbal apropiado

##### 23. Demuestra un comportamiento no verbal apropiado

- contacto visual, expresión del rostro
- postura, posición y movimiento
- uso de la voz: ej.: velocidad, volumen, tono)

24. Si lee, realiza anotaciones o utiliza el ordenador, lo hace **de manera que no interfiriera con el diálogo o con la relación**

25. Demuestra la **confianza** debida

#### Desarrollando la relación

26. Acepta la legitimidad de la visión y los sentimientos del paciente; no **enjuicia**.

27. **Utiliza empatía para transmitir que entiende y valora los sentimientos o problemas del paciente;** reconoce abiertamente las opiniones y los sentimientos del paciente

28. Brinda apoyo; expresa interés, comprensión, predisposición para ayudar; reconoce los esfuerzos realizados para afrontar la enfermedad y los cuidados personales; **ofrece trabajar en conjunto**.

29. Trata con sensibilidad **temas** pudieran producir vergüenza, preocupación y el dolor físico, incluso cuando está asociado con el examen físico

#### Involucrando al paciente

30. **Comparte su parecer** con el paciente para alentar su participación , (ej.:“Lo que estoy pensando en este momento es...”)

31. **Explica los fundamentos** de las preguntas o partes del examen físico que podrían resultar incongruentes

32. Durante el **examen físico**, explica el proceso, pide permiso

## 5. REALIZANDO EL EXAMEN FÍSICO

### REALIZANDO EL EXAMEN FÍSICO

- **Buscar estructuras/ situaciones que reproduzcan los síntomas y que nos conduzcan al origen del trastorno.**
- **Buscar/ intentar explicar la causa del origen.**

(Ej.: si nuestra hipótesis nos lleva a considerar que la causa del trastorno es de tipo articular, la cuestión que además debemos plantearnos es: qué circunstancias produjeron la disfunción articular).



**Resumen de los aspectos que deben ser tenidos en cuenta en esta fase y que guardan relación con la evaluación subjetiva y con el tratamiento** (utilizar como guía la hoja de exploración del paciente) y téngase en cuenta el grado de irritabilidad de los síntomas (**Tabla 171**):

EXPLORACIÓN BASADA EN	Anotar si la prueba realizada reproduce los síntomas
Observación	
Pruebas articulares	
Pruebas musculares	
Pruebas neurológicas	
Pruebas especiales	
Capacidad funcional	
Palpación	
Conclusiones de la exploración	

Tabla 171. Exloración del paciente (Adaptado de Petty et al, 2003 y Maitland et al, 2007)

## 6. EXPLICACIÓN Y PLANIFICACIÓN

Una vez se ha delimitado el motivo de la consulta (**Fase inicial**), y se ha obtenido la información suficiente (**Fase de recogida de la información y Fase de exploración o de examen físico**) que nos ha llevado a determinar un diagnóstico de Fisioterapia (que a su vez ha tenido en cuenta los aspectos biomédicos, la perspectiva del paciente y su contexto), es el momento de **explicar** al paciente cuál es la causa de su problema, que alternativas terapéuticas podemos ofrecerle y de consensuar un plan de acción

## Anexos

---

terapéutico (**Fase de explicación y de planificación**).

Según Clèries (2006) en esta fase, a diferencia de lo sucedido durante la fase de recogida de datos donde predominaba la capacidad de escucha del terapeuta, *predomina la asertividad*.

### EXPLICACIÓN Y PLANIFICACIÓN

- **Proporcionando la cantidad y tipo de información correcta**
- **Contribuyendo a recordar y a comprender de manera precisa**
- **Logrando un entendimiento en común: incorporando la perspectiva del paciente**
- **Planificación: toma de decisiones compartida**



### EXPLICACIÓN Y PLANIFICACIÓN (\*)

(\*) Observar también otras opciones en la explicación y planificación que aparecen al final de la descripción de las habilidades (números 57 – 71) en el Anexo 1.

#### Proporcionando la cantidad y tipo de información correcta

##### OBJETIVOS:

- *Proporcionar la información adecuada de forma comprensiva*
- *Valorar las necesidades de información de cada persona*
- *Ni restringir la información ni proporcionarla en exceso*

33. **Fragmenta y chequea:** da información en fragmentos **asimilables/manejables**; verifica la comprensión, utiliza la respuesta del paciente como guía de cómo proceder

34. **Evalúa el punto de partida del paciente:** pregunta acerca de conocimientos previos del paciente al momento de dar la información, averigua hasta que punto el paciente desea obtener información

35. **Pregunta al paciente qué otra información podría servir de ayuda** (ej.: etiología, pronóstico)

**36. Proporciona explicaciones oportunamente:** evita dar consejos, informar o tranquilizar al paciente de forma prematura

**Contribuyendo a recordar y a comprender de manera precisa**

**OBJETIVO:**

*Hacer que el paciente comprenda y recuerde la información proporcionada*

**37. Organiza la explicación:** divide en secciones específicas; desarrolla una secuencia lógica.

Por ejemplo: por temas,

**38. Utiliza una categorización explícita o enunciados** que facilitan la comprensión (ej.: “Hay tres cosas importantes que quisiera tratar con usted, en primer lugar...”; “Ahora, qué le parece si pasamos a...”)

**39. Utiliza la repetición y la recapitulación para reforzar la información**

**40. Utiliza un lenguaje conciso**, que resulte **fácil** de comprender; evita o explica términos de la jerga **médica** adaptándolos al lenguaje del paciente

**41. Utiliza métodos visuales para comunicar la información:** diagramas, modelos, información e instrucciones escritas

**42. Comprueba que el paciente haya comprendido** la información suministrada (o los planes concebidos), Por ej.: Solicitando al paciente que describa con sus propias palabras aquello que ha comprendido; aclara según sea necesario.

**Alcanzando la comprensión (del problema) en común: incorporando la perspectiva del paciente**

**OBJETIVOS:**

- *Proporcionar las explicaciones necesarias y un plan de actuación adaptado a las necesidades del paciente*
- *Con relación a la información proporcionada captar los sentimientos y los pensamientos del paciente*
- *Animar al paciente a que la comunicación establecida sea bidireccional y no, únicamente, unidireccional*

## Anexos

---

43. **Relaciona las explicaciones en el marco de la enfermedad del paciente:** con sus ideas, sus intereses o preocupaciones y con sus expectativas previamente obtenidas

44. **Proporciona oportunidades y estimula al paciente a colaborar para** formular preguntas, procurar **aclaraciones** o para expresar dudas; respondiendo adecuadamente

45. **Capta las señales verbales y no-verbales**, ej.: la necesidad del paciente de aportar información o de formular preguntas; sobrecarga de información; angustia

46. **Obtiene del pacientes sus creencias, reacciones y sentimientos** con respecto a la información suministrada, los términos utilizados; las ratifica y trata al paciente según sea necesario

### Planificación: toma de decisiones compartida

#### OBJETIVOS:

- *Permitir al paciente su participación en la toma de decisiones.*
- *Implicar al paciente en el proceso de toma de decisiones hasta el nivel que el desee*
- *Aumentar el compromiso del paciente con el plan diseñado*

47. **Comparte su propio pensamiento según corresponda:** ideas, procesos de pensamiento y dilemas

48. **Involucra al paciente** haciendo sugerencias más que dando directivas, animarle a que aporte sus propias ideas, sugerencias o preferencias

49. **Explora las distintas opciones**

50. **Averigua el grado de implicación del paciente a la hora de tomar una decisión**

51. **Negocia un plan que resulte aceptable** por ambas partes, ofrece opciones y estimula al paciente para que elija opciones y tome decisiones hasta el nivel que éste desee

52. **Verifica con el paciente si ha aceptado** los planes; si sus inquietudes han sido contempladas

Se resumen en la **Tabla 172** los aspectos que deben ser tenidos en cuenta en esta fase y que guardan relación con la evaluación subjetiva, con la exploración y con el tratamiento.

COMPARTIR CON EL PACIENTE
Los objetivos que se persiguen a corto y a largo plazo
Si la intervención terapéutica se centrará en: el dolor, la resistencia, la inestabilidad, la debilidad, etc.
Informar si existe algún tipo de contraindicación o de precaución que deba ser tomada en cuenta
Proponer recomendaciones para que disminuya el número de recurrencias hasta la iniciación del tratamiento

**Tabla 172.** Resumen de los aspectos que deben ser tenido en cuenta (Fase de explicación y planificación). Adaptado de Silverman (2005) y Petty et al (2003)

## 7. CERRANDO LA SESIÓN

Una vez transcurridas las fases anteriores nos disponemos a **cerrar la entrevista**. En esta última fase se proporcionará al paciente la información necesaria que no haya quedado lo suficientemente clara durante las fases anteriores, **resumiremos** brevemente la sesión, nos aseguraremos de que **el paciente ha comprendido nuestras explicaciones** y el plan de acción propuesto, verificaremos si está **de acuerdo** y pactaremos cuáles serán los **próximos pasos a seguir** (Clèries, 2006).

CERRANDO LA SESIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Plan a seguir</b></li><li>• <b>Asegurando un adecuado punto de cierre</b></li></ul>



### CERRANDO LA SESIÓN

#### Plan a seguir

53. **Establecer junto con el paciente** los pasos a seguir por el paciente y por el médico (o el fisioterapeuta).

54. **Plan de contingencia:** explica posibles resultados inesperados; qué hacer si el plan no está dando resultado; cuándo y cómo buscar ayuda.



## Anexos

---

### **Asegurando un adecuado punto de cierre**

55. **Resume la sesión** brevemente y clarifica el plan de cuidados/ tratamiento/ seguimiento.
56. **Verificación final:** chequea que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan y pregunta si hay alguna corrección, pregunta u otros temas que deban ser tratados.

### **Anexo 1**

#### **► OPCIONES EN LA EXPLICACIÓN Y LA PLANIFICACION (\*)**

En este apartado se amplía el abanico de posibilidades con relación a la fase de explicación y planificación. Este apartado se ubicaría bajo la fase de explicación y planificación pero como ya se ha comentado, hemos respetado el orden de las habilidades propuestas por Kurtz et al, 2005 y Silverman et al, 2005

#### **Si se analiza la opinión y la importancia del problema:**

57. **Ofrece su opinión** sobre lo que está pasando y da nombres de ser posible
58. **Da a conocer los fundamentos** de su opinión
59. **Explica** la causalidad, gravedad, el resultado esperado, las consecuencias a corto y largo plazo
60. **Obtiene** las creencias, reacciones y preocupaciones relativas a la opinión

#### **Si se negocia un plan de acción común:**

61. **Analiza la opciones**, ej.: no tomar ninguna acción, investigaciones, medicación o cirugía; tratamientos sin drogas (fisioterapia, aparatos para caminar, líquidos, asesoramiento, medidas preventivas)
62. **Provee información sobre la acción o el tratamiento ofrecido**
- nombre
  - pasos que involucra, su funcionamiento
  - beneficios y ventajas
  - posibles efectos colaterales
63. **Obtiene la perspectiva del paciente** respecto de la necesidad de actuar, beneficios percibidos,

barreras, motivación

64. **Acepta la opinión del paciente;** apoya un punto de vista alternativo según sea necesario

65. **Obtiene las reacciones e intereses del paciente** respecto a los planes y a los tratamientos, incluyendo el grado de aceptación

66. **Tiene en cuenta el estilo de vida,** creencias, antecedentes culturales y capacidades del paciente

67. **Estimula al paciente a participar en** la implementación de planes, a asumir responsabilidades y a confiar en sí mismo

68. **Pregunta acerca de los sistemas de apoyo del paciente;** analiza otras formas de apoyo disponibles

**Si se analizan investigaciones y procedimientos:**

69. **Proporciona información clara sobre procedimientos,** ej: lo que el paciente podría experimentar y cómo se informará al paciente sobre los resultados

70. **Relaciona los procedimientos con el plan de tratamiento:** valor y propósito

71. **Estimula a preguntar sobre el procedimiento** o el estudio a realizar y a discutir sobre los estados potenciales de ansiedades o los resultados negativos

**Bibliografía:**

Borrell Carrió, F. (2004a). *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. Barcelona: SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Calgary – Cambridge Guide to the Medical Interview-Communication Process. [En línea]. [Fecha de consulta: 08/10/08] Disponible en: <http://www.skillscascade.com/handouts/CalgaryCambridgeGuide.pdf>

Clèries, X. (2006). *La comunicación. Una competencia esencial para los profesionales de la salud*. Barcelona: Masson.

Hengeveld, E., Banks, K., & Wells, P. (2006). *Maitland manipulación periférica*. Madrid: Elsevier.

Kurtz, S. M., Silverman, J., & Draper, J. (2005). *Teaching and learning communication skills in medicine*. San Francisco: Radcliffe Pub.

Petty, N. J., Moore, A. P., & Maitland, G. D. (2003). *Exploración y evaluación neuromusculoesquelética : un manual para terapeutas*. Madrid : McGraw Hill Interamericana.

## Anexos

---

### 6.3. E-actividades

Las E-actividades realizadas por ambos grupos (GI y GC) son idénticas a las realizadas durante el Ciclo I (P. formativa I). En el caso del GI se suprimieron las preguntas conceptuales y se disminuyó el número de vídeos a analizar, de acuerdo a los resultados del informe final.

## 7. Transcripciones

Destacamos algunas de las opiniones de los alumnos que nos ayudaron a dar contenido a la categorización de la información que se ha expuesto en el Anexo 3 y que se obtuvieron en las sesiones de retroacción y de las encuestas.

### ■ PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE E-A (PUNTO DE VISTA: ALUMNOS)

Mostramos las opiniones de los alumnos relacionadas con la influencia de las distintas metodologías utilizadas en su proceso de aprendizaje.

### ▶ FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LOS SEMINARIOS

### ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS SEMINARIOS: GRUPO DE INTERVENCIÓN

### CATEGORÍA 1: Aportaciones del método y dificultades observadas

#### ✚ EL ANÁLISIS DE VIDEOS EN EL AULA

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *Cómo recoger la información del paciente, cómo establecer la relación con el paciente, de qué modo la CV y la CNV pueden contribuir a fortalecer o a debilitar la relación.*

#### ❖ Subcategoría: **facilitación del aprendizaje para realizar la ECF**

**Alumno \_ :** En los seminarios he podido adquirir la base teórica, que no tenía, para poder aplicarla en la

práctica...pues en las prácticas [hospitalarias] solo se aplicaban tratamientos y se observaban los resultados.

**Alumno\_:** “El hecho de ver los videos en clase [análisis de vídeos] me ayudó a integrar las diferentes fases de la entrevista, aunque me hubiera gustado poder haber visto más entrevistas completas.

**Alumno\_:** “A mí me resulto complicado realizar [durante el análisis de los vídeos trabajados durante los seminarios] el análisis basado en la observación y el análisis basado en la interpretación.

**Alumno\_:** “Una de las cosas que me llamó más la atención fue que la interpretación de la comunicación no verbal no es algo fácil y que cada uno podía interpretar a partir de la misma situación, cosas diferentes.

**Alumno\_:** “La interpretación de la secuencias de los videos analizados me resultó algo difícil, aunque se me escaparon muchos detalles al observar las secuencias que nos hacías analizar en los seminarios. Creo que necesito hacer muchas más prácticas [metodología basada en la observación y en la interpretación].

## ✚ REALIZACIÓN DE LAS 2 SESIONES DE ROLE PLAY

**Aspectos a reforzar (Ciclo II):** *Cómo estructurar la entrevista, detección de los errores más frecuentes en cada una de las fases, recoger la información del paciente, cómo establecer la relación con el paciente y la importancia de la CNV.*

### ❖ Subcategoría: **facilitación del aprendizaje para realizar la ECF**

**Alumno\_:** “La sesión de simulación de cómo es una entrevista [role play] me resultó útil para darme cuenta de las dificultades [para hacer una entrevista clínica]”.

**Alumno\_:** “Con la sesión [de role play] pude hacerme una idea de los pasos a seguir [realización de las distintas fases de la ECF], aunque supongo que en una situación real debe ser más difícil”.

**Alumno\_:** “Me di cuenta que muchos de nosotros tenemos la tendencia [durante la fase de recogida de la información] a hacer preguntas muy cerradas a los pacientes y a utilizar un lenguaje muy técnico [poco adaptado al paciente].

## Anexos

---

**Alumno\_:** “En algunos momentos cuesta tomar la decisión acerca del tipo de preguntas que debemos escoger [al recoger la información del paciente]: si deben ser más abiertas o más cerradas.

**Alumno\_:** “Realizar una entrevista [durante las sesión de role play] sin guion me parece muy complicado pues si no conoces muy bien la estructura pierdes mucha información.

**Alumno\_:** “El inconveniente del role play es que al no estar ante una situación real se dan por hecho aspectos que en una situación real son más complicados de realizar.

### CATEGORÍA 2: Propuestas de mejora

#### ❖ Subcategoría: propuestas de mejora en relación a los seminarios

**Alumno \_:** Me hubiera gustado ver y analizar más videos de entrevistas enteras, pues el hecho de analizarlos de forma parcial a veces no me ayudaba a hacerme una idea de la totalidad.

**Alumno\_:** “Me hubiera gustado realizar más sesiones en las que representábamos diferentes partes de la entrevista entre nosotros [roleplay], pues aunque las situaciones no eran reales, a mí me ayudaron a interiorizar cada una de las fases de la entrevista y a ver los errores más frecuentes.

**Alumno\_:** “Creo que si hubiéramos podido dedicar más tiempo a preparar [en nuestro grupo] la parte de la entrevista que nos tocó interpretar nos hubiéramos implicado de un modo diferente.

**Alumno\_:** “Quizás hubiera estado bien hacer [durante el seminario] alguna entrevista con un paciente real, en la que todos nosotros pudiéramos observar la dinámica de la entrevista a partir de un caso real”.

### └ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LOS SEMINARIOS: GRUPO CONTROL

### CATEGORÍA 1: Aportaciones del método y dificultades observadas

#### ❖ Subcategoría: identificación de las ventajas y de las dificultades observadas

**Alumno\_:** “Las clases me ayudaron a entender las fases de la entrevista clínica y los posibles errores que

se podían cometer, aunque para mí las clases fueron demasiado teóricas.”

**Alumno\_:** “En algún momento las clases me parecieron demasiado teóricas y poco prácticas. El hecho de poder ver un video en el que salieran todas las fases de la entrevista creo que hubiera sido más útil.

**Alumno\_:** “Cuando veo la secuencia de las distintas fases de la entrevista me parece todo muy fácil. Sin embargo creo, que cuando intente aplicarlo a la práctica será mucho más complicado.

**Alumno\_:** “La información relacionada con la CNV parece fácil de entender, aunque creo que es difícil saber aplicar las pausas, los silencios, los facilitadores, etc. sin que nadie te corrija.

### ► FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LAS E-ACTIVIDADES

### ▣ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)

#### CATEGORÍA 1: Aportaciones del método y dificultades observadas

##### ❖ Subcategoría: dificultades observadas con relación al análisis de vídeos

**Alumno \_:** “Cuando analizaba los vídeos [de la actividad] tenía dificultades para responder a las cuestiones que tenían que ver con la observación de secuencias de forma objetiva [sin añadir ningún juicio], es un ejercicio que no había realizado nunca, la parte de la interpretación [opinión personal] me pareció más fácil... aunque tuve alguna sorpresa al ver todas las posibles interpretaciones que una misma secuencia podía tener.

**Alumno\_:** “En muchas ocasiones tenía dificultades para diferenciar las fase de observación y de interpretación. Creo que es un buen ejercicio para ejercitar la observación y para ser más conscientes de los juicios que sin darnos cuenta realizamos al tratar con los pacientes.

**Alumno\_:** “Al analizar la CNV en los video clips tuve dificultades para interpretar cuál era el significado y cómo interpretar la información. Pienso que no es algo fácil. A veces tuve que ver varias veces el video.

**Alumno\_:** “Me hubiera gustado conocer más a fondo el contexto en el que se desarrollaba cada uno de los video clips que debíamos analizar, ya que al no conocer la información completa me faltaron

## Anexos

---

elementos de análisis para dar mi opinión [interpretación”.

**Alumno\_:** “Hubiera preferido analizar una entrevista clínica completa y no únicamente fragmentos de videos”.

**Alumno\_:** “Me hubiera gustado que la participación del grupo [en el foro de Moodle], para responder a las preguntas y a las reflexiones que puso el profesor, hubiera sido más alta pues creo que todos nos habríamos beneficiado.

### ❖ **Subcategoría: aspectos relacionados con la resolución de casos problema**

**Alumno\_:** “La resolución de casos [problema] me ayudó a reflexionar respecto a qué palabras utilizar y de qué modo podía explicar al paciente cuál era su problema, adaptando la información a su comprensión, por ejemplo en la actividad en la que debía explicar al paciente su problema [paciente diagnosticado de Síndrome de dolor complejo tipo I].

**Alumno\_:** “El tener que explicar a los padres de un niño de 8 años el plan de tratamiento relacionado con una escoliosis, me ayudó mucho a ponerme ante la situación, aunque reconozco que quizás ante una situación real, es todavía más difícil.

**Alumno\_:** “Poner por escrito, con un lenguaje comprensible para el paciente, la explicación de su problema me hizo pensar en que a veces no tenemos en cuenta el lenguaje que utilizamos con los pacientes reales.

**Alumno\_:** “El ejercicio de buscar las palabras para cortar a alguien que habla mucho me costó mucho, pues aunque intentaba imaginarme la situación, no sabía muy bien qué palabras utilizar”.

**Alumno\_:** “A mí me ayudó [en una de las actividades] describir las dificultades que puedo tener, por mi forma de ser y las estrategias que puedo utilizar, para afrontar el primer encuentro con un paciente.

**Alumno\_:** “El caso en el que tuve que poner un ejemplo de respuestas con empatía, simpatía y antipatía me ayudó a ver más claras las diferencias, pues hasta ese momento creo que estos conceptos no los tenía tan claros.

## ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA EN LA REALIZACIÓN DE E-ACTIVIDADES: GRUPO CONTROL (GC)

### ❖ Subcategoría: valoración de la actividad por parte de los alumnos

**Alumno\_:** “La respuesta a preguntas conceptuales o relacionadas con la definición de los errores más frecuentes que podían darse en cada una de las fases de la entrevista me resultaron repetitivas, pues consultando los apuntes podía obtener fácilmente la respuesta.

**Alumno\_:** “La actividad en la que tenía que comentar los errores de cada una de las fases me ayudó [durante la entrevista clínica] a recordarlos durante la realización de la entrevista, aunque me faltó habilidad para realizar preguntas abiertas o cerradas en un momento u otro de la entrevista.

**Alumno\_:** “Las situaciones en las que teníamos que decidir qué hacer ante una situación determinada [resolución de casos-problema], me ayudaron a ponerme en situación, aunque una cosa es resolverlo en el papel y la otra, presencialmente. De todos modos, el hecho de haber realizado esta actividad, creo que me ayudó a realizar mejor la entrevista.

## ▶ FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LA ENTREVISTA AL PSE

## ▮ METODOLOGÍA UTILIZADA AL ENTREVISTAR AL P. SIMULADO: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)

### CATEGORÍA 1: Aportaciones del método y dificultades observadas

### ❖ Subcategoría: valoración de la actividad por parte de los alumnos

**Alumno\_:** “Lo que más me ha gustado de esta experiencia ha sido la empatía que he sentido con la paciente”.

**Alumno\_:** Me ha gustado verme haciendo el esfuerzo por conectar con la paciente y con su enfermedad.

**Alumno\_:** Es curioso,... “creo que he intentado ponerme en el lugar de la paciente para darle la atención que necesitaba en ese momento”.



## Anexos

---

**Alumno \_:** “He tenido la impresión que he sabido entender el punto de vista del paciente [con relación a su problema]. Hasta ese momento me era mucho más fácil entender la enfermedad en sí que su vivencia”.

**Alumno \_:** Me he dado cuenta que es interesante preguntar por aspectos de la vida cotidiana para obtener más información.

**Alumno \_:** “Me he olvidado por momentos de que estaba ante un paciente simulado, pues la situación era muy real”.

**Alumno \_:** “Preferiría no conocer el diagnóstico médico del paciente, pues así la experiencia todavía habría sido más cercana a la realidad”.

**Alumno \_:** “...el hecho de realizar este módulo me ha permitido trabajar aspectos que no se habían trabajado durante la carrera. Estoy muy contenta del resultado final, pues creo que he aprendido cosas que antes no sabía”.

**Alumno \_:** “...creo que el hecho de realizar entrevistas clínicas con PS es muy útil, sobre todo para cuando acabe la carrera y tenga que saber enfrentarme a pacientes reales”.

**Alumno \_:** “...creo que deberían haber más actividades [formativas] de éstas características. Realmente sirven y merecen la pena de cara a la formación del alumno.

**Alumno \_:** “...esta actividad ha sido muy importante para mí. Tanto o más importante que la teoría que he recibido durante los 3 cursos. Creo que todavía necesito mejorar en muchos aspectos [relacionados con la habilidad para realizar la ECF], pero estoy satisfecha por el hecho de poder haber participado en esta experiencia [de aprendizaje].

<b>CATEGORÍA 2: Aspectos de mejora observados (respecto a las entrevistas anteriores)</b>
---

❖ **SUBCATEGORIA: Fase de recogida de la información**

**Alumno \_:** “Dediqué más atención a los antecedentes médicos recientes y antiguos [a diferencia de las entrevistas anteriores].

**Alumno\_:** "Además de realizar una recogida de la información más completa, he utilizado menos palabras técnicas que en ocasiones anteriores".

**Alumno\_:** "He dedicado más tiempo a la recogida de datos y creo que no he perdido tanta información. En este sentido me he sentido más seguro que en las otras entrevistas".

**Alumno\_:** "Creo que tenía mucho más clara la estructura y la secuencia de la entrevista, si lo comparo con las entrevistas realizadas anteriormente".

#### ❖ **SUBCATEGORIA: Fase de explicación y de planificación**

**Alumno\_:** "Me he sentido muy cómodo. A la hora de darle la explicación [explicar el problema y el plan de tratamiento]... creo que he sabido transmitir el porqué de la situación".

**Alumno\_:** "Creo que he explicado mejor [que en las entrevistas anteriores] el tratamiento a realizar y el procedimiento a seguir".

**Alumno\_:** "Me he sentido más seguro en la explicación del diagnóstico de Fisioterapia".

#### ❖ **SUBCATEGORIA: Aspectos relacionados con la CNV**

**Alumno\_:** "... He mantenido siempre la mirada (cosa que normalmente me cuesta)".

**Alumno\_:** "Creo que he sido más receptiva a lo que el paciente trataba de transmitirme.

**Alumno\_:** "He intentado mantener la mirada con la paciente cuando valoré que era necesario, a diferencia de las entrevistas anteriores en las que no miraba a la paciente".

#### ❖ **SUBCATEGORIA: Mostrar/sentir una mayor seguridad al realizar la ECF**

**Alumno\_:** "... Creo que me he sentido más cómoda y segura que en las entrevistas anteriores".

**Alumno\_:** "...Creo que he estado seguro a la hora de explicarle lo que le pasaba" " [Fase de explicación y de planificación].

## Anexos

---

**Alumno\_:** "...He podido actuar de forma relajada porque me sentía más segura ante la paciente y creo que he conseguido obtener más información [de la anamnesis] que en las entrevistas anteriores".

**Alumno\_:** "Creo que he estado bastante cómodo y fluido a la hora de preguntar, explorar y explicar al paciente".

**Alumno\_:** "He mostrado un poco más de seguridad [que en las entrevistas anteriores] excepto en la fase de explicación y de planificación".

**Alumno\_:** "El hecho de acordarme de preguntar por otros antecedentes patológicos y la explicación que le he dado al paciente con relación a su problema sin usar un lenguaje excesivamente técnico ...ha sido uno de los aspectos en los que he mejorado".

**Alumno\_:** "He sabido controlar mucho mejor los nervios si comparo esta entrevista con las anteriores".

**Alumno\_:** "Creo que he mejorado en seguridad pues no he necesitado [como sucedió en las entrevistas anteriores] seguir el guion [ficha del paciente]..."

### CATEGORÍA 3: Aspectos que deben continuar mejorando

#### ❖ SUBCATEGORIA: Saber escuchar de forma activa al paciente

**Alumno\_:** "He aprendido a escuchar más al paciente sin interrumpirle, pero debo mejorar más en este aspecto".

**Alumno\_:** "Creo que he sabido comprender mucho mejor [que en las entrevistas anteriores] las preocupaciones del paciente, aunque tengo la tendencia a darle más importancia a los problemas físicos y por este motivo necesito saber escuchar más".

#### ❖ SUBCATEGORIA : Alguna de las fases de la ECF

**Alumno\_:** "... [Necesito mejorar en]... la fase inicial y en el momento de cerrar la entrevista, creo que me falta proporcionar una mayor calidez al paciente".

**Alumno \_:** "Hubiera debido explicar a la paciente qué se iba a hacer durante la exploración física y solicitar su colaboración".

**Alumno \_:** "Tengo la sensación que todavía pierdo información durante la recogida de datos del paciente y necesito estar más atento a cómo hacer las preguntas y a ordenar mejor la información [anamnesis].

**Alumno \_:** "Creo que pierdo mucho información durante la recogida de la información..., faltaría conseguir un trato más personal con el paciente y tener en cuenta además su estado anímico".

**Alumno \_:** "No supe explicar de forma más detallada y comprensible para el paciente el plan de tratamiento a seguir".

**Alumno \_:** "Durante el cierre de la sesión faltó prestar atención a las dudas que pudiera tener el paciente y marcar de forma más clara la secuencia de pasos a seguir".

**Alumno \_:** "Probablemente dinamizar más la entrevista y marcar mejor la secuencia entre cada una de las fases de la misma".

#### ❖ **SUBCATEGORIA: Mejorar el modo de estructurar la entrevista**

**Alumno \_:** ... "El desorden y la necesidad de aprender a estructurar mejor la entrevista son aspectos en los que debo mejorar".

**Alumno \_:** Aunque he visto una evolución desde la primera a la 3ª entrevista, creo que me falta hacer más entrevistas para ser más ordenado sin necesidad de seguir un guion [ficha de anamnesis del paciente]".

#### ❖ **SUBCATEGORIA: Mostrar/sentir una mayor seguridad al realizar la ECF**

**Alumno \_:** "Tengo que aceptar que no siempre puede realizarse una exploración completa. En mi caso me sentí incómoda por que la paciente, debido a su dolor, no podía ser explorada. Eso me produjo una cierta inseguridad y creo que se la transmití a la paciente".

**Alumno \_:** "Creo que debo proporcionar una mayor seguridad al paciente desde que atravieso la puerta de la consulta y hacerle participar más en la consulta, por ejemplo explicándole por qué debe ser explorado, qué pruebas se realizarán, etc. ".

## Anexos

---

**Alumno \_:** "Las experiencias anteriores [al realizar otras entrevistas] me han ayudado a sentirme más segura y creo que en general, sé manejarme mucho mejor".

**Alumno \_:** "Necesito mostrar más seguridad durante la realización de cada una de las fases de la entrevista y que la entrevista sea más dinámica".

### ❖ **SUBCATEGORIA: Mejorar la CNV**

**Alumno \_:** "... lo que más [debo mejorar] es el tono de voz (excesivamente bajo) y mi modo de estar en la consulta (con relación a mi postura)".

**Alumno \_:** "el encuentro con el paciente debe ser más cálido en el tono de voz, al darle la mano, etc."

**Alumno \_:** "... debo mejorar al utilizar las posturas o gestos que pueden causar una mala impresión o una sensación de desconfianza para el paciente".

**Alumno \_:** "A pesar de haber mejorado respecto a la seguridad mi comunicación no verbal transmite que, de algún modo, todavía no estoy suficientemente tranquila".

**Alumno \_:** "En algunos momentos de la entrevista me he mostrado excesivamente frío y distante. En este sentido creo que debo mejorar mi carácter".

**Alumno \_:** "Creo que he prestado más atención a la comunicación (verbal y no verbal) respecto a las anteriores entrevistas.

**Alumno \_:** "Mi tono de voz continúa siendo bajo y poco variable en cuanto a la modulación de la voz".

### ❖ **SUBCATEGORIA: Mejorar el proceso de obtención del diagnóstico de Fisioterapia**

**Alumno \_:** "Creo que necesito más habilidad para correlacionar la información que he obtenido [durante la entrevista] con el diagnóstico de Fisioterapia.

**Alumno \_:** "Quizás porque he hecho pocas entrevistas, me he dado cuenta que cuánto mejores sean las preguntas que realice al paciente [durante la fase de recogida de la información] más fácilmente podré saber cuál es la causa de su problema.

**Alumno\_:** A pesar de haber mejorado mucho en la recogida de la información del paciente, necesito seleccionar más las preguntas que debo realizar y no olvidarme de las preguntas más importantes. Esto es algo que requiere más práctica.

#### **CATEGORÍA 4: Aspectos que te siguen resultando difíciles**

##### **❖ SUBCATEGORIA: La recogida de la información del paciente**

**Alumno\_:** “A pesar de haber mejorado me sigue costando realizar una buena anamnesis”.

##### **❖ SUBCATEGORIA: Saber desenvolverse ante este perfil de paciente**

**Alumno\_:** “No estoy acostumbrada a encontrar pacientes que expresen de un modo tan claro y abierto sus sentimientos o que su enfermedad les afecte tanto en sus actividades de la vida diaria. Personalmente me cuesta mucho reaccionar y no sé cómo actuar ante estos casos. No supe cómo expresarme ante esta paciente ni fui capaz de contestar correctamente a sus preguntas y a sus preocupaciones”.

**Alumno\_:** “La paciente estaba mucho peor que los casos de los pacientes [simulados] anteriores, sobre todo anímicamente, y no sabía muy bien cómo dar respuesta o como actuar ante esta situación”.

##### **❖ SUBCATEGORIA: Saber establecer la relación con el paciente**

**Alumno\_:** [Me sigue resultando difícil] “Tratar con un problema de salud al que no me había enfrentado nunca [paciente diagnosticada de Síndrome de fibromialgia] y proporcionar al paciente la confianza suficiente.

**Alumno\_:** “El hecho de estar más atento a los pequeños detalles que el paciente expresa de forma verbal o no verbal”.

##### **❖ SUBCATEGORIA: Saber realizar la exploración de forma adecuada**

**Alumno\_:** [Lo que más me costó fue] “La exploración, pues no me sentí seguro con este tipo de patología”.

**Alumno\_:** “... No sabía por dónde comenzar a explorar, pues su dolor estaba distribuido por todas partes”.

## Anexos

---

**Alumno\_:**“... El hecho de no saber cómo explorar a este tipo de pacientes produjo una sensación de desconcierto” [La idea de muchos alumnos es que siempre debe llevarse a cabo la exploración].

### **▣ METODOLOGÍA UTILIZADA AL ENTREVISTAR AL P. SIMULADO: GRUPO CONTROL (GC)**

#### **CATEGORÍA 1: La entrevista con el PSE: aprendizaje generado**

##### **SUBCATEGORIA 1.1. : Percepción de la ECF con el PSE**

###### **❖ Subcategoría: utilidad de la actividad y percepción de la formación recibida durante la carrera**

**Alumno\_:** “La experiencia ha sido muy enriquecedora por lo que he aprendido y por darme cuenta de todo lo que me falta por aprender”.

**Alumno\_:** “Pienso que ha sido una actividad [refiriéndose al módulo de habilidades de comunicación] muy útil e importante, pues seguro que en el futuro tendremos que realizar más entrevistas clínicas y durante la carrera no tuvimos la ocasión de aprender a realizarlas. Creo que deberían realizarse más actividades como esta”.

**Alumno\_:** “El trato con un paciente, diferente al que hemos realizado habitualmente, con un enfoque no tan médico es algo que he trabajado muy poco, y para mí es algo muy importante”.

**Alumno\_:** “Me parece interesante el poder practicar un caso de consulta clínica para luego saber hacerlo en la vida real, ya que durante las prácticas no hemos realizado entrevistas. La idea de un paciente simulado ayuda a ponerse en la piel del paciente. Entender su situación y saber adaptarse a su estado de ánimo “.

**Alumno\_:** “Al reflexionar, tras realizar la entrevista, me ha ayudado a tomar conciencia de: lo que creo que he aprendido, lo que se demostrar acerca de lo que he aprendido y de lo que he aprendido realmente”.

**Alumno\_:** “Me he quedado con la sensación de poder profundizar un poco más, ya que considero que es un tema muy interesante. Me gustaría hacer más entrevistas”.

**Alumno\_:** “Tanto la entrevista como el módulo de habilidades de comunicación han sido muy provechosos para mi aprendizaje. Me han proporcionado más seguridad y más herramientas para tratar con los pacientes en un futuro”.

**Alumno\_:** “La experiencia ha sido muy enriquecedora, pues he podido comprobar que realizar una entrevista clínica es más difícil de lo que parece en la teoría”.

**Alumno\_:** “Para mí ha sido una experiencia muy didáctica y enriquecedora para analizar cuál es el punto de partida y poder ver a posteriori tus errores [Al ver el video de la entrevista]”.

**Alumno\_:** “La experiencia me ha ayudado a hacerme ver lo errores que pueden cometerse al realizar la entrevista clínica y que, en un futuro, tendré que tener en cuenta al trabajar solo como profesional. Deberían hacerse más prácticas similares a ésta durante la carrera, ya que no es lo mismo tratar a solas entre nosotros [alumnos] o bajo supervisión [profesores de los centros de prácticas clínicas] que con situaciones similares a las que tendremos en el futuro [mundo laboral]”.

#### ❖ **Subcategoría: experiencia muy real o cercana a la realidad**

**Alumno\_:** “Ha sido una experiencia muy real que me ha enseñado a ver mis limitaciones y aquello que necesito aprender”.

**Alumno\_:** “El hecho de estar ante una situación casi real, con un paciente desconocido, me ha ayudado a ver que me quedan muchas aspectos por trabajar con relación a las habilidades de comunicación y a la entrevista clínica”.

**Alumno\_:** “...la paciente ha hecho que estuviera ante una situación muy real. Me ha formulado preguntas que normalmente podría hacer un paciente”.

**Alumno\_:** “Ha sido una experiencia muy real puesto que el paciente mostraba plenamente sus sentimientos, las emociones, su estado de ánimo...y esto me ha obligado a centrarme y a esforzarme para poder dar respuesta a esta nueva situación. Por otra parte el hecho de que la consulta estuviera tan bien contextualizada me ayudó a que la experiencia fuera más creíble”.

**Alumno\_:** “Me ha gustado poder vivir esta experiencia por primera vez, sin ningún tipo de presión [la alumna se refiere a la nota final, pues la evaluación tiene un enfoque más formativo] sabiendo que lo que



## Anexos

---

haga mal servirá para mejorar en próximas ocasiones.

**Alumno\_:** “La situación [escenario en el que se entrevistaba al PSE] parecía totalmente real. Para mi estaba ante una consulta real de Fisioterapia”.

**Alumno\_:** “Además de ser una experiencia muy real, lo que más me gustó fue el hecho de realizar una entrevista sin ninguna otra supervisión [Ningún profesor de prácticas clínicas]”.

**Alumno\_:** “En algún momento he llegado a dudar de si la paciente era simulada, pues he tenido la sensación de estar ante una situación real en muchos momentos de la entrevista”.

**Alumno\_:** “Creo que podrían realizarse técnicas para superar el miedo escénico, aunque supongo que estos miedos se pueden superar con la experiencia. Quiero felicitar a la paciente en el caso de que sea una paciente simulada, si no lo es, espero que se mejore”.

### ❖ **Subcategoría: percepciones asociadas a la videograbación de la entrevista**

**Alumno\_:** “Lo que menos me gustó fue la videograbación pues creo que no me dejó manifestarme de una forma más espontánea”.

**Alumno\_:** “Lo que más me incomodó fue el hecho de percibir que cada acción que realizaba se estaba grabando ...aunque entiendo que fuera así para poder ver después como había ido mi entrevista”.

**Alumno\_:** “Pienso que es una buen manera de aprender, aunque el hecho de percibir que me estaban grabando me hizo sentir más nervios que si no hubieran cámaras”.

**Alumno\_:** “En mi caso creo que me influyó mucho el hecho de saber que me estaban grabando, pues en las prácticas clínicas que realice durante la carrera [en los centros de prácticas hospitalarias] no tuve tanta tensión”.

**Alumno\_:** “En mi caso me incomodó la cámara. Preferiría que hubiera algún profesor, aunque entiendo las ventajas de la videograbación”.

❖ **Subcategoría: la necesidad de realizar más entrevistas para mejorar**

**Alumno\_:** “Me gustaría realizar más entrevistas [con PSE] para aprender más.

**Alumno\_:** “Creo que realizar más prácticas como estas pero con pacientes reales nos ayudaría a aprender mucho más”.

❖ **Subcategoría: la sensación de inseguridad**

**Alumno\_:** “Considero que mi falta de experiencia ha hecho que en muchos momentos me haya sentido muy insegura, pues nunca antes había participado en una experiencia similar. Me he quedado en blanco bastantes veces y dudo si mi comportamiento fue el más adecuado en algunos momentos de la entrevista”.

**Alumno\_:** “Al no tener experiencia me he mostrado muy insegura mientras estaba realizando la entrevista. Por este motivo creo que he sido más desordenada al recoger la información”.

**Alumno\_:** “Creo que la sensación de inseguridad me ha hecho sentirme más nerviosa...”.

**Alumno\_:** “Realizarla entrevista ha sido para mí un ejercicio de empezar a sentir confianza conmigo mismo pero necesitaría hacer más para tener más confianza y no tener tantos nervios”.

**CATEGORÍA 2: Aspectos que te siguen resultando difíciles y que deberías continuar mejorando:**

**SUBCATEGORIA 2.1. : Fases de la ECF**

❖ **Subcategoría: la recogida de la información del paciente**

**Alumno\_:** “Lo que más me costó fue la fase de recogida de la información, pues tenía poca habilidad para seleccionar qué información debía tener en cuenta y me sentí poco segura”.

## Anexos

---

**Alumno\_:** “...lo que más me costó fue la anamnesis inicial. Me he quedado bloqueada sin saber qué preguntas debía hacer”.

**Alumno\_:** “...Creo que he perdido mucha información, ya que o bien hice las preguntas demasiado cerradas o porque se me olvidó hacer preguntas importantes”

**Alumno\_:** “...Debo mejorar la fase de recogida de la información del paciente, pues creo que perdí mucha información importante”.

**Alumno\_:** “Además del orden para seguir cada una de las fases de la entrevista, creo que hice preguntas demasiado cerradas desde el principio”.

### ❖ **Subcategoría: Fase de exploración física**

**Alumno\_:** “No estaba seguro de si debía hacer o no la exploración física de la paciente”.

**Alumno\_:** “Creo que la exploración física que realicé fue muy pobre. Me costó decidir qué explorar y cómo hubiera debido explorar a la paciente”.

### ❖ **Subcategoría: Fase de explicación y de planificación**

**Alumno\_:** “Mi principal dificultad tuvo que ver con la explicación y la planificación, pues no supe encontrar las palabras más adecuadas [no utilizar palabras técnicas]”.

**Alumno\_:** “A la hora de explicarle el problema y el tratamiento creo que hubiera debido estar más atenta a si la paciente me entendía en todo momento”.

**Alumno\_:** “En algún momento no he sabido responder a las preguntas [reto] que me planteaba la paciente y no he sabido explicarle su problema. Creo que necesito aprender a expresarme ordenando mejor la información y utilizando un lenguaje más adecuado”.

## **SUBCATEGORIA 2.2. : Saber establecer la relación con el paciente**

### **Subcategoría: Saber escuchar de forma activa al paciente**

**Alumno\_:** “Creo que a pesar de los nervios y de la inseguridad, me faltó saber escuchar más a la paciente cuando me explicaba su problema”.

**Alumno\_:** “El hecho de darme cuenta de que el dolor dela paciente le afectaba psicológicamente hizo que no me sintiera tan segura, pues normalmente he tratado con pacientes con problemas más físicos”.

### **❖ Subcategoría: Mejorar la CNV / CV con el paciente**

**Alumno\_:** “Creo que en algún momento he hablado y me he movido con nervios, por este motivo creo que mi comunicación no verbal y que mi comunicación verbal no fueron correctas”.

**Alumno\_:** “En algún momento no he sabido utilizar el lenguaje adecuado para que el paciente pudiera comprender la información. Me costó encontrar las palabras para pasar de una fase a otra de la entrevista”.

**Alumno\_:** “He ido, por causa de los nervios, demasiado deprisa, y esto ha hecho que me dejara cosas por hacer: recoger mejor la información, explorar con más calma, explicar de forma más tranquila al paciente acerca de su `problema, etc.”.

**Alumno\_:** “Mi tono de voz transmitió inseguridad a la paciente. Mis manos, al realizar la exploración creo que no mostraron la seguridad suficiente”.

## **SUBCATEGORIA 2.3. : Estructurar la entrevista**

**Alumno\_:** “Me faltó más orden a la hora de estructurar la entrevista y cada una de sus fases”.

## **SUBCATEGORIA 2.4. : Obtención del diagnóstico de Fisioterapia y razonamiento clínico**

**Alumno\_:** “Una de las cosas que más me costó fue correlacionar el diagnóstico médico, con la recogida de la información y con el diagnóstico de Fisioterapia. Estoy poco acostumbrada a seguir este proceso con los pacientes que he tratado hasta el momento [durante las prácticas clínicas].

## Anexos

---

### **SUBCATEGORIA 2.5. : Control de los nervios ante la situación**

**Alumno\_:** “No supe controlar los nervios en más de una ocasión, probablemente por la inseguridad de no haber participado en ninguna otra experiencia similar durante la carrera”.

▶ **FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): LAS SESIONES DE FEEDBACK (ver el vídeo de la entrevista)**

▣ **METODOLOGÍA BASADA EN LA UTILIZACIÓN DEL VÍDEO Y DE LA GUÍA CALGARY-CAMBRIDGE: GRUPO DE INTERVENCIÓN (GI)**

#### **CATEGORÍA: El uso de la Guía Calgary Cambridge. Valoración de la entrevista**

**Alumno\_:** “La teoría de cómo realizar una entrevista parece fácil pero cuando tienes que realizar la entrevista te das cuenta que no era tan fácil. Ver el vídeo de mi entrevista me ha ayudado a aprender pues ves los errores propios y los de tus compañeros. Los comentarios del profesor también me ayudaron mucho”.

**Alumno\_:** “El hecho de observar tu propia entrevista y de valorarla mediante una guía [Guía Calgary Cambridge] me ayudó a reconocer dónde me había equivocado”.

**Alumno\_:** “La hoja de valoración de la entrevista [Guía Calgary Cambridge] me ayudó a reconocer los errores propios y los de mis compañeros de grupo”.

**Alumno\_:** “El método seguido para aprender del video de cada una de las entrevistas me ayudó, pues primero debía realizar mi propia autocrítica, después recibir la valoración de los compañeros y por último la del profesor”.

**Alumno\_:** “Creo que mediante la valoración de mi propia entrevista y la de mis compañeros, la guía [Guía Calgary Cambridge], me ayudó a aprender tanto la estructura de la entrevista como de otros aspectos relacionados con la CV y con la CNV”.

► **FOCO DE ATENCIÓN (Alumnos): FEEDBACK PROPORCIONADO POR EL PSE (GI)**

**CATEGORÍA: Opiniones relacionadas con el método**

**Alumno\_:** “He tomado consciencia de los errores de esta entrevista y de las entrevistas anteriores, la paciente me ha ayudado a mejorar mis defectos [a la hora de realizar la ECF]”.

**Alumno\_:** “Lo que más me ha ayudado en el aprendizaje, ha sido el feedback que al final me ha dado la paciente”.

**Alumno\_:** “El feedback del tercer paciente me ha resultado muy útil, pues nadie me había comentado de ese modo qué aspectos de la comunicación debía mejorar”.

**Alumno\_:** “...esta última entrevista me ha servido para darme cuenta de las carencias que tenemos y así poder mejorar. La paciente compartió su punto de vista conmigo acerca de lo que había hecho bien y de todo lo que debía mejorar. Para mi esta parte ha sido muy útil, pues no era consciente de mis errores. Creo que todas las entrevistas deberían ser como esta última, en la que el paciente [simulado] te diga aquello que hiciste bien y aquello que debe corregirse”.

**Alumno\_:** “el paciente me ha explicado en qué aspectos debía mejorar y cómo debía hacerlo. También remarcó aquello que realicé correctamente”.