Valoración de la entrevista: Habilidades comunicacionales

Juan Luis Cibanal (*); Begoña Bevia Febrer (**)

(*) Profesor Titular de Enfermería en Salud Mental.
(**) Profesora Asociada de Enfermería en Salud Mental.

Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante.

Resumen

Desde hace unos años, las enfermeras nos sentimos preocupadas por abordar al paciente en su totalidad (holística), para ello necesitamos como instrumento imprescindible dominar la comunicación y la relación. Aunque en las Escuelas de Enfermería se tiene conciencia de esta realidad y se imparten algunos cursos a este propósito, sin embargo nos parece que no bastan solo las clases, ni siquiera, aún siendo un buen método, el "rol playing", es necesario que los alumnos tengan profesionales que realmente modelen esta práctica de la comunicación y relación de ayuda.

Presentación del problema

En estas últimas décadas hay un aumento en la literatura de artículos que abordan la enseñanza en habilidades de comunicación en el campo de la salud, así como un incremento en la presión que sufren los profesionales de la salud para progresar en ese entrenamiento en la relación. **(Carroll&Monroe 1979, Lipkin y cols.1984, Gask & Goldberg 1991).** (1)

Si en el campo de las relaciones humanas se ha mostrado como básica necesidad de una comunicación eficaz, obvia decir que en el campo de la salud las habilidades de comunicación deberían ser enseñadas con el mismo rigor al menos que otras ciencias de la salud.

En los planes de estudios que han regido durante años la carrera universitaria de Enfermería han existido grandes lagunas en cuanto a la formación en habilidades de comunicación y relación; de hecho en la práctica los alumnos recibían de cuatro a ocho horas de clase sobre esta materia dentro de la asignatura de Fundamentos de Enfermería.

En la actualidad se ha conseguido que en el plan de estudios exista como asignatura obligatoria la relación de ayuda con cuatro créditos, los cuales se imparten en el primer año de carrera. Así como la posibilidad de escoger como asignaturas optativas al menos tres que versan sobre aspectos relacionales.

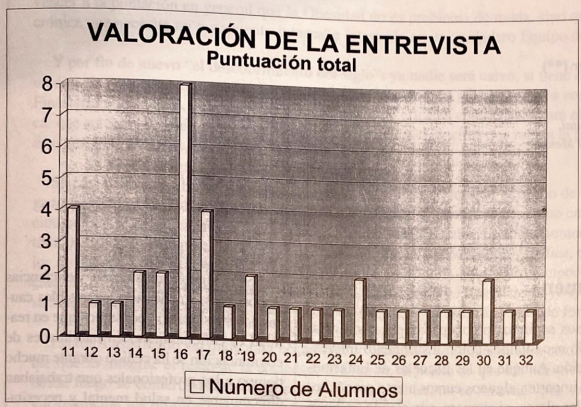
A pesar de estos avances nos hemos encontrado que los alumnos al llegar al tercer año tienen un nivel adecuado de formación en las diversas áreas que integran la formación de la enfermera, tanto teórica como práctica, sin embargo las habilidades observadas en la relación con el paciente siguen mostrando deficiencias importantes. Analizando las posibles causas de esta situación pensamos que en realidad el entrenamiento en habilidades de comunicación se ha ceñido durante mucho tiempo a los profesionales que trabajaban directamente en salud mental y necesitaban de esta herramienta; de hecho los enfermos generalistas continúan atribuyendo a los "especializados" dicha función relacional. Todo ello ocasiona que nuestros alumnos están modelando sus prácticas fijándose en profesionales que han carecido en su propia formación de dicho entrenamiento y por tanto dependen en gran medida de su propia experiencia personal. Esto separa aún más lo que reciben los pregraduados en su formación teórica y la realidad que encuentran en su formación práctica y puede explicar la dificultad de mantener en el tiempo dicho aprendizaje, teniendo en cuenta el principio de que para generalizar una habilidad aprendida es necesaria tanto su repetición como el verla reflejada en otros. **(Goldberg & Bowman, 1992)** (2)

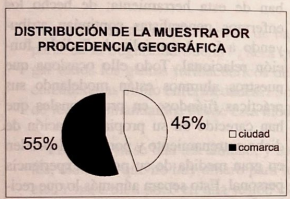
Propósito y objetivos

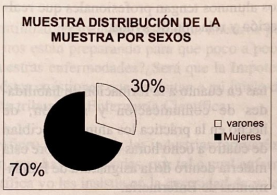
La finalidad de este trabajo es doble, por una parte objetivar nuestra impresión en torno a las destrezas comunicacionales que poseen los alumnos de tercer cur-

DATA-EC 990320405
Palabras clave: Comunicación, relación de ayuda en Enfermería.

Scanned with CamScanner







so de Enfermería de la Escuela de Alicante; y por otra parte ver qué aspectos debíamos introducir, insistir o hacer más hincapié.

Así mismo nos hemos cuestionado sobre cómo optimizar la transmisión de la enseñanza de las habilidades de comunicación y relación, dada la limitación de tiempo que se tiene en el tercer curso, ya que esta habilidades comunicacionales se imparten dentro de la asignatura de enfermería en salud mental y psiquiatría.

Muestra

El trabajo se llevó a cabo con una muestra de 40 alumnos.

12 varones y 28 mujeres.

Edad media de 22 años.

Curso: todos de tercero de enfermería generalista.

Población: 18 eran de la ciudad de Alicante y alrededores y 22 de los pueblos de la provincia.

Metodología

Se solicitó la participación en el estudio de forma voluntaria, explicándoles a los alumnos que lo que se pretendía no era en éste caso, evaluarle como entrevistadores, sino analizar la entrevista desde un punto de vista comunicacional. Se les explicó que se dividirían por parejas y se realizaría una grabación en vídeo de una entrevista simulada donde uno de los miembros asumiría el papel de enfermero/a y el otro de paciente. La entrevista se planteó sobre dos situaciones clínicas predeterminadas con una duración máxima de 15 minutos.

Preparamos una sala con una videocámara y sillones para los dos entrevistadores. La cámara estuvo manejada en todas las grabaciones por uno u otro de los profesores quienes a su vez eran los responsables de puntuar las entrevistas.

Entendemos que la grabación en vídeo tenía como inconveniente sobre la grabación en cassette cómo se podían sentir los estudiantes al verse grabados, pero tenía como ventaja el poder analizar los componentes no verbales de la relación.

Una vez finalizadas las grabaciones en vídeo procedimos al análisis de las mismas. Con el fin de comprobar la fiabilidad de los evaluadores se hizo una muestra de cinco entrevistas que fueron visionadas y puntuadas por separado por cada uno de los evaluadores, comparando posteriormente la evaluación.

En el análisis de las entrevistas utilizamos la tabla descrita por **Borrel i Carrió** en su libro Manual de la entrevista clínica, pudiéndose encontrar aproximaciones similares algo más extensas en **Froelich & Bishop, 1977.** (3) No obstante, introdujimos algunas modificaciones quedando la escala de la forma que les mostramos a continuación. Hemos de señalar que este modelo de evaluación no está valido experimentalmente.

1. El entrevistador ha sabido crear un clima relajado y de confianza:

- Acogida
- Presentación:
  - nombre suyo
  - nombre del paciente
- Dónde se ubican
- Saluda: sí, no.
- Explica el tiempo que disponen y los objetivos:
  - del paciente
  - de la Enfermera

Scanned with CamScanner

- Si toma los datos o notas

- Escribe el historial clínico mientras está hablando con el paciente.

2. El entrevistador se mostraba tranquilo y seguro.

- Sonrie

- Cierta proximidad física hacia el paciente

- Posición corporal que exprese:

  • apertura

  • relajación

- Expresión facial relajada.

- Tono de voz afable.

3. El entrevistador miraba a los ojos de su interlocutor, o variaba la tonalidad de la voz enfatizando los mensajes de mayor importancia, a fin de captar la atención de su paciente. Utiliza el feed-back.

4. El entrevistador permitía hablar al paciente sin interrumpirle, clarificando aquellos términos usados por éste cuando su significado era dudoso.

5. El entrevistador se abstenía de utilizar palabras técnicas, y si lo hacía clarificaba su significado.

6. En la fase exploratoria de la entrevista el profesional ha situado la demanda en el contexto biográfico del paciente, y/o ha averiguado los componentes emocionales que pudieran estar presentes.

- ¿Cómo, cuando y dónde del padecimiento del problema?

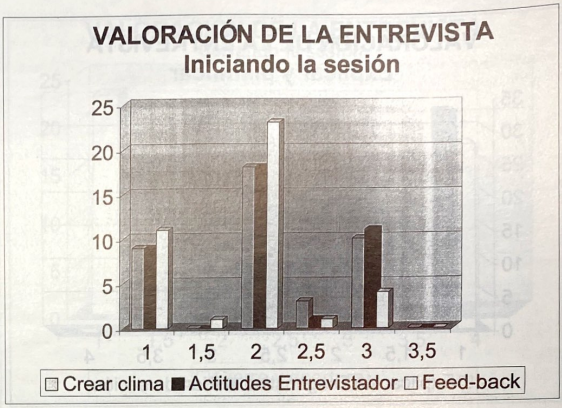
- ¿Hay algún aspecto del problema que le preocupe especialmente?

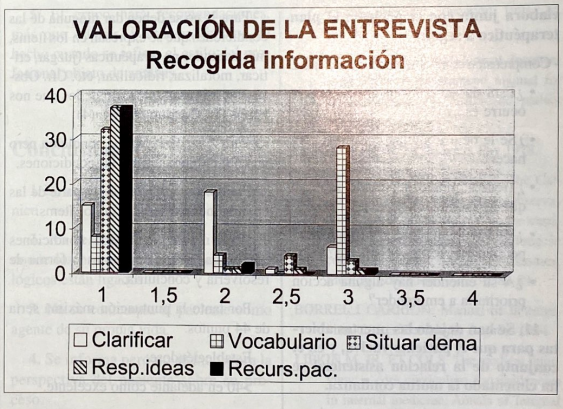
- ¿Le afecta a su estado de ánimo? ¿Cómo?

- ¿Hasta qué punto afecta a sus actividades cotidianas y a sus relaciones?

7. En algún momento de la entrevista el entrevistador se ha interesado por las creencias del paciente.

- Ideas del paciente sobre el mismo:





• ¿Qué cree usted que tiene?

• ¿Tiene alguna idea sobre lo que le ocurre?

8. En algún momento de la entrevista el entrevistador se ha interesado por los recursos que el paciente ha empleado o los potenciales.

A su entender:

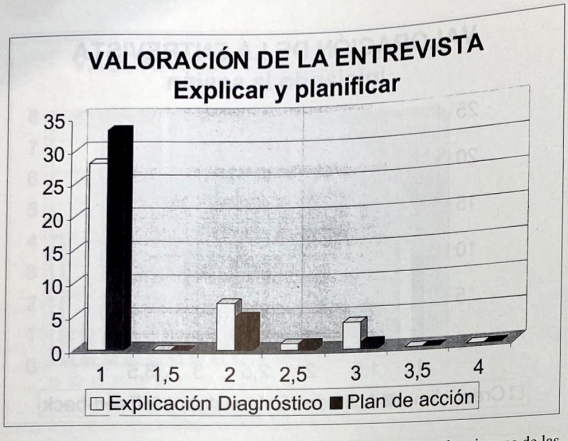
• ¿Qué es lo que le mejora o alivia?

• ¿Qué le ha servido otras veces, en relación a problemas similares?

9. El entrevistador ha explicado con palabras comprensibles para el paciente su orientación diagnóstica, (problemas, explicación de la enfermedad) y/o ha explicado la racionalidad de las medidas terapéuticas propuestas.

10. El profesional hace un resumen de lo hablado durante la entrevista, y

Scanned with CamScanner



elabora junto con el paciente el plan terapéutico a seguir.

- Comprensión compartida de los problemas.

- ¿Está de acuerdo en que lo que le ocurre es...?
- ¿Se le ocurre alguna cosa más para hacer?
- ¿Tiene alguna observación sobre lo que he dicho?
- ¿Está de acuerdo con el plan terapéutico que hemos propuesto?
- ¿A su entender hay alguna acción prioritaria a emprender?

11. Se han dejado las puertas abiertas para que el paciente vuelva, y en el conjunto de la relación asistencial se ha cimentado la mutua confianza.

Evaluación

La escala consta de once ítems. Cada uno de ellos puede puntuarse de la siguiente forma:

1. Muy en desacuerdo

2. En desacuerdo

3. De acuerdo

4. Muy de acuerdo

Para 1: no se deben dar ninguna de las condiciones que se expresan en los ítems, más actitudes no terapéuticas (juzgar, criticar, moralizar, ridiculizar, etc. Cfr. Obstáculos a la comunicación de los que nos habla **Th. Gordon (1978).** (4)

Para 2: se daría alguna condición pero en conjunto no cubriría las condiciones.

Para 3: se darían la mayor parte de las condiciones expresadas en los ítems.

Para 4: se darían todas las condiciones expresadas en los ítems más la forma de resolverla y concluirla.

Por tanto la puntuación máxima sería de 44 puntos.

Estableciéndose:

>40 en adelante como excelente.

De 33 a 40 bien

De 27 y 33 regular

Por debajo de 27 mal.

Discusión y conclusiones

Para analizar el perfil entrevistador de nuestros alumnos, hemos agrupado los ítems puntuados en cuatro grandes áreas que constituyen la estructura de la entrevista. **Cfr. Kurtz y Silverman (1996).** (5)

Estas áreas son:

1. Iniciando la sesión, donde se incluye la acogida del paciente y la identificación de las razones por las que acude a la consulta.

2. Recogiendo información. Exploración del problema, entendiendo la perspectiva del paciente y proporcionando estructura a la entrevista.

3. Explicación y planificación. Proporcionando información correcta en cuanto a tipo de información y cantidad, así como favorecer un entendimiento compartido incorporando la perspectiva del paciente.

4. Cerrando la sesión.

De las cuarenta entrevistas realizadas, 38 puntuaron por debajo de 27, que corresponde al rango de déficit en la habilidades de comunicación. Sólo dos entrevistas alcanzaron el rango de regular, puntuando entre 27 y 33 puntos. Esto nos lleva a la conclusión de que ninguno de los alumnos de tercero de enfermería entrevistados habrían adquirido las destrezas de comunicación puntuables en los rangos de "bien", entre 33 y 40 puntos, y "excelente" por encima de 40.

De forma más detallada y teniendo en cuenta las áreas anteriormente descritas, observamos que las tareas que se recogen en el área de inicio de la sesión. Sin embargo, las tareas que se recogen en las áreas dos y tres alcanzaron muy bajas puntuaciones, con lo que podríamos definir que el perfil de nuestros evaluados correspondería al de un profesional que aplica un modelo asistencial "técnico", que a pesar del hincapié de las últimas décadas, no contempla al individuo desde un modelo holístico donde es importante reconocer cómo los procesos psicológicos y físicos están ligados y que no ve al paciente como una persona con una serie de ideas y creencias propias con capacidad de implicarse y tomar resoluciones en su propio proceso.

Scanned with CamScanner

Ha sido interesante observar cómo la información al paciente salía una y otra vez en las grabaciones, sin embargo no se tiene en cuenta el punto de partida inicial. No se le pregunta al paciente sobre su conocimiento ni qué tipo de información podría serle de ayuda.

Al desestimar la perspectiva del paciente sobre su proceso no es difícil relacionar éste con sus creencias, reacciones y sentimientos. (Ejemplo, información sobre la Esquizofrenia).

Situamos al paciente en una posición de enorme pasividad al impedir que éste se implique en la negociación de un mutuo y aceptable plan. En algún sentido el Rol del enfermero se mantiene como de "experto", "salvador", e incluso el término de "educador" se debe entrecomillar también si no olvidamos que educar es un proceso bidireccional.

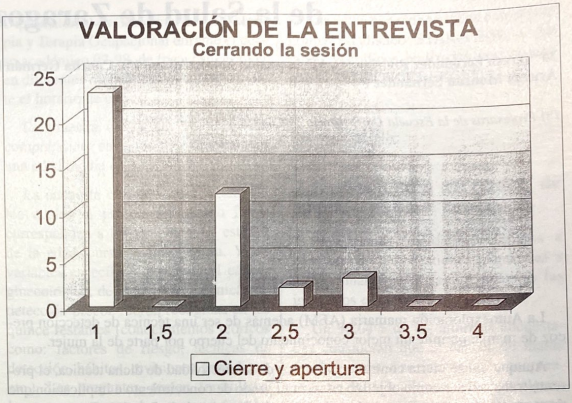
En cuanto al segundo objetivo del estudio que trataba de encontrar un método de optimación del aprendizaje en las habilidades de comunicación, la metodología que se ha visto más eficaz para el aprendizaje es la interactiva. A través de una entrevista alumno-paciente, real o simulada **(Stillman, 1983; Witehouse, 1984).** Estas entrevistas serán grabadas y posteriormente se establecerá una disciplina de trabajo que debe ser respetada por todo el grupo. **Borrel i Carrión (1984)**, propone la siguiente versión modificada de la inicial de **Schofield:** (6).

1. El moderador debe dejar claras las reglas de juego y proteger al profesional estudiado de críticas excesivamente duras.

2. Debe enmarcarse cada consulta con los datos de contexto imprescindibles: Visitas previas, conocimiento de la familia, etc.

3. El primero en hablar es el profesional analizado.

4. El comentario del grupo se iniciará siempre por los aspectos positivos de la entrevista.



5. El grupo hará recomendaciones, más que críticas, y utilizará juicios de hecho cuando se refiera al estilo del profesional objeto de análisis.

Elaborado a partir de Schofield, 1983.

Conclusiones

1. Se aplica un modelo asistencial técnico.

2. No se aplica un modelo holístico donde los procesos psicológicos y fisiológicos están ligados.

3. No se contempla al paciente como agente de su propia vida.

4. Se informa pero no se incorpora la perspectiva del paciente sobre su proceso.

BIBLIOGRAFÍA

CARROL J G & MONROE J. Teaching medical interviewing: a critique of educational research adn practice. Journal of Medical Fundation. 1979. 54, 498-500.

GASK L. & GOLDBERG D. Training general practionners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. Medical Education. 1991. 22, 132-8.

FROELICH & BISHOP.: Clinical Interviewing Skills. A programend manual for data gathering, evaluation and patient mangement. 1977.

GORDON TH.: P.E.T. México. Pax 1978.

KURTZ S.M. &SILVERMAN J.D. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. Medical Education 1996. 30. 83-89.

BORREL I CARRION: Manual de la entrevista clínica. Barcelona. Doyma. 1984.

LIPKIN M. JR. ET COLS. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. Annals of Internal Medicine. 1984. 100, 277-84.

STILMAN P.L., SABARS D.L. & REDFIELD D.L.: Use of trained mothers to reach interviewing skills to first year medical students: a follow up study. Pediatrics. 1977. 60, 165-69.

VITEHOUSE C.R. The teaching of communication skills in United Kingdom medical schools. Medical Education. 1991. 25, 311-18.

Scanned with CamScanner