"LAS VIDEOGRABACIONES COMO INSTRUMENTO DOCENTE"

Curso de Metodología Docente Para Tutores
Las Palmas, noviembre 2010

LA GRABACIÓN DE LAS ENTREVISTAS O DE LA TUTORIZACION
ASPECTOS TECNICOS

EL EQUIPO DE GRABACIÓN:

La cámara.

Hoy día, la elección de cámara es, prácticamente, una cuestión de presupuesto. Los modelos existentes en el mercado son muchos y, además –como casi todos los aparatos electrónicos-, cambian con inusitada rapidez. En líneas generales, lo que necesitamos es una cámara portátil, compacta y fácil de usar. Casi todos los modelos se pueden conectar directamente a la televisión, al PC o al proyector (cañón de proyección) mediante un cable suministrado 'de serie' por el fabricante y se pueden manejar como un reproductor de vídeo. Por esta razón, el sistema de grabación (miniDV, DVD o HDD/Hard Disk Drive) ha dejado de ser un condicionante fundamental. De todas formas, la cámara ideal podría ser aquella que tuviera las siguientes características:

1. **Portátil**: que se pueda transportar en una bolsa de tamaño normal y que funcione tanto con alimentador conectado a la red eléctrica como con baterías de larga duración (recargables).
2. Mejor si puede **grabar una sesión de consultas completa** (3 o 4 horas). En este aspecto, las cámaras actuales con disco duro (Hard Disk Drive/HDD) son especialmente útiles.
3. Mejor si la cámara se puede **utilizar directamente como un reproductor** de vídeo. Actualmente, lo más acertado pudiera ser utilizar una video **cámara digital** (cualquiera de los formatos mencionados) con un cable de conexión para

reproducir la grabación y visualizarla en la pantalla de un ordenador, un cañón de proyección o una televisión.

4. Que se pueda acoplar una **lente gran angular**: las consultas suelen ser muy pequeñas y es difícil obtener un plano suficiente (en el que se vea bien al paciente y al médico) con la lente normal. En general, el gran angular no debe ser más potente que 0,7 para no distorsionar demasiado las formas. Si la sala de consultas es muy pequeña, se puede probar con una lente gran angular de 0,5.
5. Cuando el espacio es reducido y hay que situar la cámara en lugares de acceso complicado, las cámaras que disponen de una **pantalla de cristal líquido (LCD) externo orientable** facilitan el encuadre (Fig. 1)

Fig. 1

6. Otro elemento es el **mando a distancia**. Se le echa mucho de menos si no disponemos de él; por ejemplo, a la hora de iniciar y finalizar una grabación, o si el paciente decide en el transcurso de la consulta que se debe parar la grabación y, sobre todo, a la hora de reproducir la grabación y trabajar con ella en una sesión. El mando a distancia facilita sobremanera las operaciones de parada, rebobinado y avance rápido tan frecuentes durante el desarrollo de las sesiones de video-feedback.

El trípode.

Es esencial para colocar la cámara en la posición adecuada -generalmente en los lugares más insospechados-, y asegurar una toma estable. El trípode permite múltiples regulaciones para conseguir el plano más adecuado. En nuestra experiencia, resultan muy útiles los trípodes de no más de 10-15 cm de longitud, que

se pueden colocar sobre cualquier superficie. Si no hay espacio para un trípode, lo mejor es instalar un 'brazo de pared' o fijar la cámara sobre una balda. (Fig. 1).

El alargador.

Desgraciadamente, los enchufes eléctricos suelen estar bastante 'a desmano' en las consultas. Generalmente, se le suele echar de menos a pesar de que son fáciles de conseguir.

Micrófono externo.

El micrófono incorporado a la cámara generalmente es insuficiente para captar nítidamente y sin ruido ambiental la conversación en la consulta y no tenemos más remedio que recurrir a un micrófono externo. Suele dar buen resultado colocar un micrófono omnidireccional pequeño entre el paciente y el profesional. Los hay del tamaño de una tarjeta de crédito (planos) o de una moneda de 1 euro que no obstruyen en absoluto y que se pueden conectar a la cámara mediante un cable alargador del micrófono. No suelen ser útiles los 'micrófonos de solapa', a no ser que sea posible conectar simultáneamente uno por cada interlocutor.

El problema suele ser que las cámaras baratas y que cubren la mayor parte de nuestras necesidades, habitualmente no disponen de clavija para la conexión de un micrófono externo. Este requisito puede salir bastante caro y, por ello, es difícil de atender.

LA DISPOSICIÓN DE LA CÁMARA:

a) En la Consulta.

Para nuestros propósitos, las salas de consulta pueden convertirse en improvisados 'estudios de grabación' directamente o con sólo ligeros cambios en la disposición del mobiliario. Debe existir espacio suficiente para permitir colocar la

cámara aproximadamente a 3,5 metros del médico y el paciente. La cámara debe estar (Figs. 2-4):

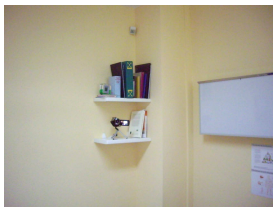

Fig. 2

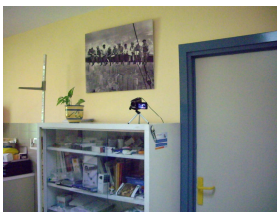

Fig. 3

Fig. 4

1. Donde no obstruya el paso
2. Donde no se pisen los cables
3. Donde se obtenga al menos un plano medio que incluya al médico y al paciente, preferiblemente, vistos de perfil. En el caso de que sólo se pueda ver a una persona, se ha de enfocar al paciente mejor que al médico, puesto que se puede obtener mucha información sobre la actuación del médico con la parte de audio de la grabación. Ya se han comentado las ventajas del gran angular y de la pantalla de cristal líquido externa y orientable a la hora de posicionar la cámara para obtener los mejores planos.
4. Donde quede fuera de la vista del médico y el paciente durante su conversación. No obstante, debe estar accesible al médico para poder ser conectada y desconectada con facilidad. Los mandos a distancia pueden realizar esta función de forma muy cómoda. Si es posible, para obtener una buena imagen, la cámara debe ser colocada a la altura de los ojos de las personas que aparecen en la grabación o justo un poco por encima (Figs. 5-6).

Fig. 5

Fig. 6

5. La luz natural debe incidir por detrás de la cámara para evitar el 'contraluz'; si no es posible, es preferible oscurecer la consulta (bajar la persiana, utilizar estores…) y grabar con luz artificial.

Es altamente recomendable probar el equipo y hacer tomas de prueba antes de grabar las consultas. Además, ¡Ayuda a bajar la ansiedad!

b) En la Sesión de Monitorización.

La mayor parte de las reglas descritas más arriba son aplicables también cuando se graba una sesión de entrevista clínica en la que un docente interacciona con un grupo. En este caso, no es vital que aparezca en la grabación la pantalla en la que se visualiza la conversación entre el paciente y el aprendiz. No interesa tanto lo que sucedió en la entrevista como lo que sucede en la sesión de trabajo; lo importante es que obtengamos la interacción entre el tutor y el aprendiz (el residente) –en primer lugar- y, si es posible, con el resto del grupo. El sonido debe recogerse con un micrófono externo colocado entre el tutor / monitor y el residente. El sonido de la entrevista clínica con la que estamos trabajando sólo se podrá escuchar con suficiente nitidez si fue grabado con un micrófono de calidad.

EL CONSENTIMIENTO PARA LA GRABACIÓN

Es esencial obtener el consentimiento del paciente para realizar la grabación. Lo mejor es un consentimiento por escrito. El mecanismo para obtener el consentimiento, en la práctica, depende de las circunstancias del centro de salud. Lo normal es que una persona de confianza para el paciente –que puede ser el tutor, una enfermera o un recepcionista- pida su consentimiento al paciente y le facilite una hoja impresa con la información relevante[1] para que la firme.

[1] Seguir las indicaciones de la "Declaración de Zaragoza" del Grupo Comunicación y Salud para obtener el consentimiento del paciente para ser grabado. (IX Taller de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. Zaragoza, Abril-Mayo de 1998).Ver anexo 1 para hoja de consentimiento para grabar la consulta.

El paciente puede entregar la hoja firmada al entrar a la consulta. En el caso de que la hoja no esté firmada, el residente se asegurará de que el paciente comprueba que se apaga la cámara. Si, al final de una entrevista, el paciente da muestras de incomodidad con la grabación, el residente rebobinará la cinta y grabará sobre ella para borrar la entrevista de que se trate.

En la práctica de la Medicina de Familia, sin embargo, es más frecuente que el consentimiento se le pida al paciente en la propia consulta; sobre todo cuando el uso probable de la grabación quede reducido al trabajo en el grupo de entrevista clínica del centro o al grupo de residentes a que pertenece el profesional. Este procedimiento tiene el inconveniente de que, al pedir el permiso para la grabación, se interrumpe la consulta; no obstante, la ventaja es que dicho permiso queda grabado e incluso que se pueda utilizar como modelo para practicar el ‘abordaje de las interrupciones’ en la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Salvador J.J, Ruiz del Moral R. Seminarios de Entrevista Clínica. Manual del Tutor. Método COMCORD.

2. Dent J A, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. Churchill Livingstone. Edinburg, 2001.

3. Gask L, Goldberg D, Boardman J et al. Training general practitioners to teach psychiatric interviewing skills: an evaluation of group training. *Medical Education* 1991; 25: 444-451.

4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe Medical Press. Oxon. UK, 1998.

5. Rodríguez Salvador JJ, Ruiz Moral R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD. Aten Primaria 2001; 27: 503-11.