
 Servicio Canario de la Salud Gerencia Atención Primaria	Libro de Evaluación Formativa Residentes de Enfermería	 Unidad Docente Multiprofesional de AFyC Las Palmas Norte y Sur
	UNIDADES DOCENTES MULTIPROFESIONAL DE ATENCION FAMILIA Y COMUNITARIA DE LAS PALMAS NORTE Y SUR	
	LEF- EIR-2 2013 v.1	



Evaluación Formativa

Residentes de Enfermería

**Unidades Docentes Multiprofesionales de
Atención Familiar y Comunitaria
Las Palmas Norte y Sur**



EIR:

Tutor:

Centro de Salud:

Fecha de Entrega: 29 de mayo de 2013



INDICE

Sesiones Docentes	3
Tutorías	7
Tutoría ECOE	13
Incidentes Críticos	14
Self-Audit	17
Mini-CEX	42
Videgrabaciones	53

SESIONES DOCENTES

El número mínimo de sesiones docentes que como residente tienes que impartir en el Centro de Salud durante la última rotación de la residencia es de **dos**.

Las sesiones docentes podrán ser de los **siguientes tipos**:

- Sesión Clínica.
- Sesión Bibliográfica.
- Presentación de Caso Clínico.
- Actualización de un tema.
- Resolución de una Pregunta Clínica.
- Presentación de una experiencia docente o clínica.
- Presentación de un Proyecto de Investigación (no hace referencia al Trabajo de Investigación EIR fin residencia)

Lo **temas a tratar** en las sesiones pueden ser:

- Clínicos.
- Gestión de la consulta.
- Competencias profesionales.

ENTREVISTAS CON EL TUTOR

Las entrevistas con el tutor han de ser como **mínimo de cuatro al año**. El contenido debe incluir:

- Valoración de los conocimientos y habilidades adquiridos.
- Valoración de conocimientos y habilidades pendientes de adquirir.
- Planificación del aprendizaje y de la responsabilidad progresiva.
- Seguimiento del aprendizaje.
- Informe y comentarios sobre la evaluación.
- Seguimiento del Libro del residente.
- Seguimiento de las sesiones clínicas.
- Valoración del self-audit.
- Valoración de los incidentes críticos.
- Revisión de la Evaluación trimestral.
- Valoración de la ECOE.

Es importante planificar con tiempo estas reuniones para evitar en lo posible imprevistos que la impidan. Una duración de **30-45 minutos** puede ser suficiente para tocar todos los puntos anteriores.

Además de estas reuniones fijas, en cualquier momento le podrás pedir al tutor/a un tiempo de encuentro para comentar algún aspecto concreto de tu formación que te preocupe.

TUTORIA 1

Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

¿Cómo van a organizar el aprendizaje?

¿Cómo van a planificar la responsabilidad progresiva?

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Firmado:
Enfermera Residente

Tutor/a

TUTORIA 2

Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Enfermera Residente

Tutor/a

TUTORIA 3

Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Enfermera Residente

Tutor/a

TUTORIA 4

Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Enfermera Residente

Tutor/a

TUTORIA 5

Fecha

¿En qué conocimientos y habilidades se encuentras más seguro/a?

¿Qué conocimientos y habilidades consideras que son más necesarios adquirir?

Valoración del plan de responsabilidad progresiva

Modificación del plan de responsabilidad progresiva

Valoración de las Sesiones Clínicas

Supervisión del Self-Audit

Valoración de un Incidente Crítico

El Libro del Residente, seguimiento y supervisión

Revisión de Evaluación Trimestral

Firmado:
Enfermera Residente

Tutor/a

TUTORIA

ECOE

Fecha

¿Cómo te sentiste el día de la ECOE?

¿Estás satisfecho/a con tus resultados?

¿En qué estaciones te sentiste mejor?

¿En qué estaciones piensas que lo podías haber hecho mejor?

¿Estas percepciones coinciden con la evaluación?

¿En qué estaciones tipo de áreas y/o competencias se sientes más seguro/a?

¿Has pensado o iniciado ya alguna actividad para mejorar el resto de áreas y competencias?

Firmado
Enfermera Residente.

Tutor

INCIDENTES CRÍTICOS

Un incidente crítico es aquella situación de la práctica clínica que haya **sorprendido, provocado dudas o inquietud**. Suelen ser situaciones no clínicas, con dificultad para resolver, que ocasiona preguntas y reflexión. Puede tener lugar en la consulta a demanda, programada, en urgencias, o en el domicilio de un paciente.

Te proponemos realizar la detección y evaluación de **dos incidentes críticos** que hayas vivido a lo largo de este último año de residencia.

- Un incidente crítico en el que haya podido existir un **conflicto de valores morales-éticos**
- Un incidente crítico en el que haya podido estar en juego aspectos relacionado con **la confidencialidad** en la relación con el paciente o con la información al paciente y/o familia.

De cada uno de estos incidentes críticos realizarás un informe que comentarás posteriormente con tu tutor.

SELF-AUDIT

El self-audit es una **evaluación retrospectiva** de la práctica asistencial realizada por el **propio profesional** sobre algún aspecto concreto de su propia actividad. Durante el proceso compara la situación real con unos estándares definidos previamente como deseables.

Es una herramienta de gran potencial educativo, pues no sólo facilita que los profesionales sean **conscientes de su práctica clínica** sino que además sirve para detectar necesidades de formación.

El objetivo final es **aprender de los propios errores** y así mejorar la práctica clínica.

La evaluación de cada uno de los pacientes es **cualitativa**. Importa más que seas consciente de tu propia actuación que el porcentaje de cumplimiento de los estándares de calidad.

En relación con self-audit te proponemos realizar dos tareas:

1º Tarea:

Realizar un self-audit de tus propias actuaciones a través de las historias clínicas. Es suficiente con auditar 10 historias clínicas cada trimestre de los siguientes ámbitos de actuación:

- 1º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes con una valoración de patrones funcionales de salud (PFS) completos.
- 2º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes incluidos en el Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular diagnosticados de RCV Alto.
- 3º trimestre: 10 historias clínicas de pacientes con un Plan de Cuidados completo.

2º Tarea:

- 4º trimestre: Diseñar por ti mismo un self-audit, eligiendo el aspecto clínico que más te interese y decidiendo los criterios que vas a recoger. Para ello te servirá de ejemplo los self-audit anteriores

SELF-AUDIT**Valoración PFS****Fecha:** _____**Documentos** revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)

Nº	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

*Firma de la Enfermera Residente**Firma del tutor/ra*

SELF-AUDIT

Historias Clínicas: RCV Alto

Fecha: _____

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)

Nª	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma de la Enfermera Residente

Firma del tutor/ra

SELF-AUDIT

Plan de Cuidados Completos

Fecha: _____

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)

Nº	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PUNTOS A DESTACAR

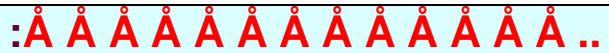
PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma de la Enfermera Residente

Firma del tutor/ra

SELF-AUDIT



Fecha: _____

Documentos revisados (identificación de los pacientes y valoración individual)

N ^a	INICIALES del PACIENTE	Sexo	Edad	FECHA dd/mm/aaaa
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA EVALUACIÓN

Firma de la Enfermera Residente

Firma del tutor/ra



Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente tiene una valoración completa por Patrones Funcionales de Salud (PFS) en el último año.	Incluidos PFS no valorable.	Niños y personas con deterioro cognitivo.		
2.- Cada patrón tiene cumplimentando la valoración mínima.				
3.- Tiene cumplimentado los test asociado a cada patrón	Mínimo: <ul style="list-style-type: none"> • Si Fumador: test Fagestróm. • Si Bebedor: Cuestionario AUDIT • Si paciente inmovilizado: <ul style="list-style-type: none"> - Escala de Braden • Si paciente > 65: <ul style="list-style-type: none"> Índice de Katz. - Escala de Lawton Brody. - Test de Pfeiffer. - Yesavage • Si cuidador/a: <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de Zarit 			
4.- El paciente ha de tener realizada la anamnesis sobre hábitos tóxicos.				
5.- El paciente tiene cumplimentado el módulo de constantes		Peso en personas encamadas		



Historia Paciente Riesgo Cardiovascular Alto

nº

Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
<p>1.- El episodio de RCV alto está asociado a uno o varios de los factores de riesgo cardiovasculares mayores (diabetes mellitus, tabaco, hipertensión arterial y dislipemia)</p>	<p>Tiene que tener abierto el episodio de RCV Alto junto a el/los episodios correspondientes a los factores de riesgo asociados</p>			
<p>2.- En la historia clínica debe estar indicado el resultado del cálculo del riesgo cardiovascular según la tabla de Framingham</p>	<p>El riesgo de ECV debe indicarse como una probabilidad</p>	<p>Si el paciente ha estado ingresado</p>		
<p>3.- El paciente ha de tener realizada la anamnesis síntomas cardiovasculares</p>		<p>Si el paciente ha estado ingresado</p>		
<p>4.- El paciente ha de tener registrado un EKG en los dos últimos años</p>		<p>Si el paciente ha estado ingresado</p>		
<p>5.- El paciente tiene cumplimentado el módulo de constantes</p>		<p>Si el paciente ha estado ingresado</p>		

Historia Paciente con Plan de Cuidados Completo

nº

Self-Audit



Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.- El paciente tiene realizada una valoración completa con Patrones Funcionales de Salud (PFS)	Como mínimo una valoración en el último año			
2.- El paciente tiene formulados los Diagnósticos de Enfermería completos	Incluyendo Etiqueta diagnóstica, características definitorias, Factores relacionados o de riesgo..			
3.- El paciente tiene registrados los NOC.	El registro debe incluir los indicadores del NOC.			
4.- El paciente ha de tener registrado las NIC.	El registro debe incluir las actividades			
5.- El paciente debe tener realizada una evaluación del plan de cuidados.	Puede ser del DdE, NOC, NIC y/o actividades			



Historia Paciente Á

nº

Self-Audit

Criterio	Aclaraciones	Excepciones	Cumplimiento SI/NO	Observaciones
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

Mini-CEX

Es un método de **evaluación de la práctica profesional con observación estructurada** mediante un formulario y posterior provisión de **feedback** al residente.

Consiste en aplicar estas técnicas de observación estructurada en **pacientes reales**, en diferentes situaciones clínicas y las pueden realizar otros tutores diferentes al tutor principal.

Este método nos permite evaluar las **competencias y habilidades clínicas** en: entrevista clínica, comunicación, profesionalismo, juicio clínico, organización y eficiencia.

Es importante que antes de proponer a tu residente someterle a una observación estructurada, acuerdes con él/ella el momento y el paciente más idóneo para ello. No olvides repasar conjuntamente los **descriptores de las competencias** objeto de la evaluación.

Esta observación no tendría sentido si no se acompaña de una sesión de **feedback posterior**, para devolverle a tu residente la valoración global y por ítems de su actuación. Es la ocasión más apropiada para establecer un plan de formación basada en los aspectos mejor valorados así como los susceptibles de mejorar.

Nuestra propuesta es que a lo largo de la última de rotación por el Centro de Salud realices **entre 7 y 11 observaciones estructuradas** para poder evaluar estas competencias de una forma fiable. Esta fiabilidad mejora si otros tutores observan a tu residente y si estas observaciones se realizan en distintos entornos, como la consulta, urgencias, domicilios y otros.

Recuerda que el feedback posterior ha de darse lo más próximo posible a la observación y que la duración total de cada una de estas sesiones de observación es de **30 minutos**.

Existe poca experiencia en el uso de esta herramienta docente en la formación de residentes de enfermería familiar y comunitaria pero creemos que de mucha utilidad para su formación. La experiencia, de este primer año, nos confirma las ventajas de este instrumento pero ha evidenciado que los descriptores no se ajustan a nuestra actividad asistencial. Para poder realizar una adaptación de los descriptores necesitamos la apliquen esta herramienta docente durante este año de formación de las residentes

Descriptorios de Competencias para EFyC

ANAMNESIS

- Facilita las explicaciones del paciente.
- Estructurada y exhaustiva.
- Hace preguntas adecuadas para obtener información del paciente.
- Responde adecuadamente a expresiones claves verbales y no verbales del paciente.

EXPLORACION FISICA (dentro del ámbito de la enfermería familiar y comunitaria)

- Exploración apropiada a la clínica.
- Sigue una secuencia lógica y es sistemática.
- Explicación al paciente del proceso de exploración.
- Sensible a la comodidad y privacidad del paciente.

PROFESIONALISMO

- Presentación de la enfermera.
- Muestra respeto y crea un clima de confianza. Empático.
- Se comporta de forma ética y considera los aspectos legales relevantes al caso.
- Atento a las necesidades del paciente en términos de confort, confidencialidad y respeto.

JUICIO CLINICO

- Realiza una orientación diagnóstica adecuada con un diagnóstico diferencial.
- Formula un plan de manejo coherente con el diagnóstico
- Hace/Indica los estudios diagnósticos considerando riesgos, beneficios y costes.

HABILIDADES COMUNICATIVAS

- Utiliza un lenguaje comprensible y empático para el paciente.
- Franco y honesto.
- Explora las perspectivas del paciente y la familia.
- Informa y consensúa el plan de manejo/tratamiento con el paciente.

ORGANIZACION/EFICIENCIA

- Prioriza los problemas.
- Buena gestión del tiempo y los recursos.
- Derivaciones adecuadas.
- Es concreto.
- Recapitula y hace un resumen final.
- Capacidad de trabajo en equipo.

VALORACION GLOBAL

- Demuestra satisfactoriamente juicio clínico, capacidad de síntesis y de resolución, y tiene en cuenta los aspectos de eficiencia, valorando riesgos y beneficios en el plan de manejo.

Mini-CEX

Informe Caso nº

Competencias	A destacar	A mejorar
Anamnesis		
Exploración física		
Profesionalismo		
Juicio clínico		
Habilidades comunicativas		
Organización y Eficiencia		
Valoración Global		

PUNTOS A DESTACAR

PUNTOS A MEJORAR

VALORACIÓN GLOBAL

OBJETIVOS PARA UNA PRÓXIMA REUNIÓN

Videograbaciones Docentes

La grabación de situaciones reales es la técnica más aceptada para evaluar en la práctica diaria elementos como la comunicación enfermera-paciente, habilidades técnicas, procedimientos diagnóstico y terapéuticos.

La mayor utilidad del vídeo como instrumento docente se obtiene si se enmarca en un proceso de feedback bien estructurado. Este feedback informa a la enfermera residente sobre cómo está actuando con relación a la situación de aprendizaje.

Los **Principales Objetivos Docentes** de este procedimiento son:

- Valorar los aspectos más relevantes de la interacción clínica con los pacientes.
- Mejorar tus habilidades comunicativas y clínicas, mediante la autoevaluación y feed-back posterior con tu tutor/a. También pueden ser de gran utilidad los comentarios de otros compañeros.
- Mejorar tu capacidad de autoobservación.

La Unidad Docente cuenta con cuatro videocámaras propias, que pueden reservarse en la Secretaría.

Cada unidad de grabación cuenta con una carpeta en la que se incluye:

- Aspectos Técnicos de la videograbación,
- Material Docente sobre videograbación,
- Aspectos Técnicos,
- Check List Técnicas de Monitorización
- Video Feed-Back,
- Consentimiento Informado del Paciente y EIR.

Preparación para la Videograbación de la consulta:

- Antes de iniciar una sesión de videograbación, aconsejamos la lectura, junto con el residente, del **Manual de Procedimiento** que se facilita en la Unidad

Docente junto con la cámara. Incluye consejos técnicos, de procedimiento, así como las hojas de **consentimiento informado** para pacientes y para el residente.

- El material que acompaña a la cámara incluye **el cartel** para colocar en la puerta de la consulta y que advierte a los pacientes de dicha actividad.
- Se debe elegir el día más adecuado para realizar esta actividad en la consulta.
- Recomendamos seleccionar aquellos pacientes que ofrezcan una mayor exigencia clínica y de habilidades de comunicación.

Sesión de Visualización

- El instrumento para esta visualización es la **escala CICCA**, es un instrumento validado que guía en la autoevaluación. Recomendamos que antes de empezar lean con detenimiento los 29 items que incluye. Deben tener en cuenta que no experiencias previas en videograbaciones en la formación de residentes de enfermería. Es posible que la escala CICCA no se ajuste a nuestra labor asistencial pero recomendamos iniciar el trabajo con ella y a posteriori trabajaremos posibles modificaciones.
- El análisis de la grabación puede hacerla el residente a solas o con el tutor/a. En esta último caso, es importante que sea la residente la que exprese primero las observaciones y comentarios, tanto de los aspectos más destacables como de los susceptibles de mejorar.
- Por último se realizar el informe de reflexión que permite resumir todo lo aprendido en la sesión de videograbación.

Videograbación 1

Fecha: - -

Datos generales de la consulta

Tiempo de duración de la consulta:

Motivos de Consulta:

- 1º o principal:
- 2º:
- 3º:

Proceso: Agudo () Crónico () **Visita:** Inicial () Revisión ()

Análisis de la Videograbación

Tarea 1. CONECTAR	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el paciente recibe adecuadamente al paciente?				
2. En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Observaciones y comentarios (Establecer un mantener una relación con el paciente)				

Tarea 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
Observaciones y comentarios (Escucha activa)				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
Observaciones y comentarios (Preguntas)				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				

14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
Observaciones y comentarios (Integrar información psicosocial)				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
Observaciones y comentarios (Resumen)				
Observaciones y comentarios (Identificar e integrar los problemas)				

Tareas 3 y 4. 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 sobre la evaluación 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?				
Observaciones y comentarios (Información personalizada y comprensible)				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y comentarios (Participación del paciente en la toma de decisiones y negociación)				

Videograbación 1

Informe de Reflexión

¿Cómo te has sentido en la consulta mientras se grababa?

¿Cómo te has sentido durante la visualización de la videograbación?

¿Qué es lo que más te ha impresionado de manera positiva de tu actuación y no te habías percatado antes?

¿Qué es lo que más necesariamente crees que debes cambiar?

¿Has compartido la visualización con tu tutor/a?

¿Has coincidido con tu tutor/a en los aspectos más destacable de tu actuación?

¿Qué piensa tu tutor/a sobre los aspectos que crees que debes cambiar?

Desde el punto de vista de tu formación como médico ¿qué te ha aportado la experiencia de autoevaluar tu propia actuación?

Videograbación 2

Fecha: - -

Datos generales de la consulta

Tiempo de duración de la consulta:

Motivos de Consulta:

- 1º o principal:
- 2º:
- 3º:

Proceso: Agudo () Crónico () **Visita:** Inicial () Revisión ()

Análisis de la Videograbación

Tarea 1. CONECTAR	NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el paciente recibe adecuadamente al paciente?				
2. En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Observaciones y comentarios (Establecer un mantener una relación con el paciente)				

Tarea 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
Observaciones y comentarios (Escucha activa)				
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
Observaciones y comentarios (Preguntas)				
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al				

paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?				
Observaciones y comentarios (Integrar información psicosocial)				
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
Observaciones y comentarios (Resumen)				
Observaciones y comentarios (Identificar e integrar los problemas)				

Tareas 3 y 4. 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 sobre la evaluación 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?				
Observaciones y comentarios (Información personalizada y comprensible)				
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo? (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)				
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y comentarios (Participación del paciente en la toma de decisiones y negociación)				

Videograbación 2

Informe de Reflexión

¿Cómo te has sentido en la consulta mientras se grababa?

¿Cómo te has sentido durante la visualización de la videograbación?

¿Qué es lo que más te ha impresionado de manera positiva de tu actuación y no te habías percatado antes?

¿Qué es lo que más necesariamente crees que debes cambiar?

¿Has compartido la visualización con tu tutor/a?

¿Has coincidido con tu tutor/a en los aspectos más destacable de tu actuación?

¿Qué piensa tu tutor/a sobre los aspectos que crees que debes cambiar?

Desde el punto de vista de tu formación como médico ¿qué te ha aportado la experiencia de autoevaluar tu propia actuación?
