

ORIGINALES

El arte de escuchar. Un estudio multimedia.

Francisca Gil¹, Marina Climent², Carmen Fernández¹, Natalia García², Remei Raga², Rosario González².

1. Técnica de salud de la UDMAFYC de Valencia.
2. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria.

Contacto: Francisca Gil, pacagil2@gmail.com

Citar como: Gil F, Climent M, Fernández C, García N, Raga R, González R. *El arte de escuchar. Un estudio multimedia*. FML. 2019; 24 (1):10p

Palabras clave: Entrevistas, Atención primaria, Relación médico paciente, documental, investigación cualitativa.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las necesidades, preferencias y expectativas de los pacientes sobre la relación y comunicación con los médicos de atención primaria, a través de la narración libre de los pacientes.

Metodología: Estudio cualitativo en el que se realizaron entrevistas abiertas en profundidad, y videograbadas, a una selección de ocho pacientes consultantes en atención primaria, para conocer la experiencia subjetiva de los pacientes sobre la relación y comunicación con sus médicos, a través de su testimonio narrado. El material obtenido es un documental, que intenta encontrar un significado a la perspectiva de los pacientes. El documental se editó con una selección de escenas videograbadas, construyendo una narración coral con los testimonios de las personas entrevistadas. Incluye escenas de su vida cotidiana, en espacios o actividades relacionadas con su bienestar. El documental tiene dos objetivos: un objetivo docente, para estudiantes y profesionales sanitarios, voluntarios y personas que cuidan personas y un objetivo divulgativo, para la población general.

Resultados: Un documental que recoge la voz de los pacientes sobre la relación y comunicación con los médicos

Conclusiones: Nos va a servir para la docencia pregrado y posgrado y la divulgación en la población.

Datos de interés: Proyecto multimedia que presenta los resultados en un documental de 53 minutos, con una selección de escenas grabadas, en entrevistas abiertas extensas. El guión del documental sigue un orden que recoge los diferentes momentos de la entrevista clínica, Nos va a servir para la docencia pregrado y posgrado y la divulgación en la población.

INTRODUCCIÓN

Sabemos que la relación clínica con el paciente es el principal instrumento que tenemos en nuestro trabajo diario como médicas de familia. Como decía Balint, la propia relación con el médico (que él llamó *la droga médico*), es una gran parte del efecto terapéutico del médico^{1,2}. En muchas ocasiones, solo hablar con el médico y sentirse escuchado con empatía, tiene un efecto tranquilizador, disminuye la incertidumbre y alivia al paciente^{3,4}.

La relación centrada en el paciente es nuestro modelo a seguir^{5,8} porque no solo atiende la propia enfermedad (*disease*), sino que también incorpora en la relación las vivencias de cada paciente, sus creencias, emociones, miedos y expectativas, y la repercusión que tiene la enfermedad sobre sus vidas (*illness*). Proporciona información adecuada a los pacientes y facilita la implicación de los pacientes en la toma de decisiones. Es un tipo de medicina más integral y con un enfoque biopsicosocial en el abordaje del proceso de salud-enfermedad^{9,14}.

Para evaluar el proceso de comunicación, Pendleton¹⁵ plantea la necesidad de tener en cuenta todos los resultados de la consulta: los inmediatos (satisfacción, comprensión de los mensajes, recuerdo de los mensajes), los intermedios (cumplimiento de los tratamientos) y a largo plazo (cambios en salud). Hay muchos estudios publicados que evalúan la relación clínica centrada en el paciente, y demuestran que se asocia con mejores

resultados: inmediatos, intermedios y a largo plazo. Una relación centrada en el paciente se asocia también con la mejor utilización de los recursos sanitarios, la disminución de reclamaciones o demandas, y la capacidad del paciente de afrontar y entender la enfermedad¹⁶.

Antecedentes y estado actual del tema

Entre las expectativas y necesidades de los pacientes también están, entre otras, conseguir un diagnóstico, ser derivados al especialista, obtener una prescripción o una prueba diagnóstica, que el médico tenga capacidad resolutoria, sea accesible y tenga competencia técnica. Pero estas expectativas tienen menos peso que las anteriores en los estudios revisados^{19,23}. Por tanto, las necesidades de los pacientes coinciden con la filosofía de *la medicina centrada en el paciente*.

Motivación

Nuestra principal motivación para hacer este estudio es ampliar el conocimiento sobre la relación médico-paciente, mediante el recurso de dar la voz a los pacientes. Que los pacientes nos cuenten su perspectiva: lo que les pasa cuando se sienten enfermos, cómo les gustaría ser escuchados en las consultas de atención primaria, qué necesidad tienen de participar en la toma de decisiones, qué estilo de relación y de comunicación con sus médicos prefieren, y qué valores de sus médicos valoran más positivamente^{23,24}.

También hemos incluido en el material de estudio otros aspectos que trasciendan la propia enfermedad, centrados en la salud positiva. Y explorar la percepción de los pacientes sobre si el médico actúa como facilitador, potenciando sus propias capacidades y recursos, con el fin de encontrar estrategias orientadas a su bienestar y crecimiento^{11,34,35}.

Justificación del estudio

Existe abundante literatura sobre la relación médico-paciente, pero no existen documentales que hablen específicamente de la relación médico-paciente desde la perspectiva de los pacientes. En la red sí

que hay audiovisuales sobre la relación médico-paciente en enfermedades concretas: cáncer, fibromialgia, ELA, etc. Pero no conocemos la existencia de un audiovisual realizado específicamente para conocer la perspectiva de la población que consulta en atención primaria, sobre la relación y comunicación con los médicos.

¿Por qué un documental?

En los tiempos actuales el medio audiovisual es uno de los principales vehículos narrativos, sobre todo para las nuevas generaciones que se han criado en la cultura audiovisual. El impacto de una publicación en una revista médica es muy inferior al de cualquier audiovisual. El cine facilita la expresión de emociones, la empatía del espectador por lo que está viendo, y la reflexión sobre lo que está escuchando. El uso de material audiovisual para la enseñanza de comunicación y entrevista clínica a estudiantes y médicos se ha evidenciado como muy útil^{39,42}.

Entonces pensamos: ¿por qué no hacemos un audiovisual? ¿Por qué no presentamos los resultados del estudio de investigación cualitativa en formato audiovisual?

Un documental puede ser un excelente instrumento docente para los estudiantes y los profesionales de las diferentes ramas sanitarias, el voluntariado, y las personas que cuidan a personas. Porque facilita que escuchen la perspectiva del paciente, que se pongan en su lugar, que vean al enfermo como una persona, con la complejidad de su entorno, de sus sentimientos, de sus necesidades.

Además un documental puede ser un buen instrumento divulgativo para los pacientes que consultan en atención primaria, y para la población en general. A través del lenguaje documental, la población puede identificarse con algo de

lo que dicen los personajes. Y esto contribuye a normalizar, legitimar, y dignificar su necesidad de ser escuchados cuando se sienten enfermos, y de incorporar a las consultas sus dolencias: dudas, miedos, emociones, preocupaciones, limitaciones que le provoca la enfermedad. Y también a trascender la queja e identificarse con mensajes en positivo, creativos, incluyendo incluso el humor. Que tengan que ver más con la salud que con la enfermedad.

Objetivos

Nos preguntamos: ¿Conocemos realmente lo que necesitan y esperan los pacientes de la relación y comunicación con su médico de familia, a pesar de la numerosa bibliografía existente? ¿Por qué no exploramos la perspectiva de los pacientes, a través del recurso de dar la voz a los pacientes y las pacientes y escuchar su testimonio?:

1. Identificar las necesidades, preferencias y expectativas de los pacientes en la relación y comunicación con su médico habitual, desde la perspectiva del propio paciente, mediante la realización de entrevistas abiertas y videograbadas, a una selección de pacientes consultantes en atención primaria.
2. Realizar un documental con una selección de las escenas grabadas en las entrevistas a los pacientes, en las que queden reflejadas las preferencias y expectativas de los pacientes respecto a la relación y comunicación con su médico habitual.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se trata de un estudio de investigación cualitativa, observacional, con una finalidad exploratoria, basado en entrevistas abiertas grabadas por video, y realizadas a una selección de pacientes habituales en las consultas de atención primaria, para identificar las necesidades, preferencias y expectativas del paciente sobre la relación y comunicación con su médico.

Población diana y población de estudio (respectivamente): la población consultante de Atención Primaria de Valencia; pacientes de las consultas de atención primaria de población urbana y rural de Valencia.

Muestra

El muestreo no fue aleatorio sino intencional (propio de la investigación cualitativa) ya que de manera intencionada se persiguió encontrar a sujetos que cumplieran unas características pensadas de antemano. La representatividad es un concepto que tiene que ver con que la muestra seleccionada contenga las mismas características de la población de donde ha sido extraída y a la que se quieren hacer generalizaciones, y está relacionada por tanto con la forma de selección de la muestra, tiene que ver con haber seleccionado a personas de los diferentes grupos poblacionales posibles que tengan un discurso (ideas, valores, creencias) diferentes al resto, con el objetivo de poder dibujar todas las posiciones existentes en la población, y que interesen a los objetivos de la investigación. En definitiva, lo que se persiguió es poder saturar el discurso existente en torno al objeto de investigación³⁸.

Tamaño muestral

El tamaño fue de 8 pacientes, cantidad que previsiblemente garantizara la posibilidad de saturación del discurso. Además la presentación de los resultados en un documental limita el número de participantes, ya que se requiere un mínimo de unos 5 minutos para cada persona, para que se pueda construir como un personaje.

Criterios de inclusión

Mayores de 18 años, hombres/mujeres, que viven en la provincia de Valencia, de medio urbano y rural, así como de diferentes niveles culturales, y de diferente actividad laboral (activo/jubilado/trabajo doméstico/paro. Con el criterio de que fueran personas con suficiente contacto con atención primaria como para poderlos considerar personas expertas o informadores clave. También se tuvo en cuenta algunos atributos (lucidez, capacidad reflexiva, capacidad expresiva, actitud colaboradora, no tener miedo escénico...) que pudieron asegurar que cada entrevista fuera productiva a nivel narrativo. Pertenecientes al cupo asistencial de las médicas de familia autoras del estudio, para que las personas seleccionadas confiaran en el proyecto y facilitar su colaboración.

Criterios de exclusión

Se excluyó a pacientes con trastornos psicóticos, personas con dificultades de expresión o miedo escénico, personas con dificultades de comprensión por problemas cognitivos, personas con enfermedad terminal, personas que no firmen el consentimiento informado, población inmigrante y población de etnia gitana.

Técnica utilizada

Se realizaron entrevistas abiertas en las que cada paciente hablaba espontáneamente. Para realizar las entrevistas elaboramos un *check-list* de preguntas abiertas, apoyándonos en la bibliografía existente, para explorar cuatro áreas:

- a) La percepción por parte del paciente en relación a las habilidades de comunicación de su médico: en el recibimiento, la escucha, la información, la toma de decisiones compartidas, el cierre de la entrevista.
- b) La percepción por parte del paciente sobre el estilo de relación con su médico: autoritario, paternalista, modelo biosicosocial, centrado en el paciente.
- c) La percepción por parte del paciente del grado en que su médico actúa como facilitador.
- d) Detectar qué propuestas les harían los pacientes a los médicos para mejorar la relación y la comunicación clínica.

Grabamos entrevistas abiertas individualmente a los 8 pacientes, realizadas por una persona del equipo diferente a su propio médico. Se grabaron en la sala de espera de su Centro de Salud, en jornadas de domingo para evitar interferencias y ruidos, con una duración aproximada de unos 120 minutos por persona. Aunque las entrevistadoras nos basamos en el *check-list* de preguntas, facilitamos en todo momento de la entrevista la narración libre de las personas entrevistadas. Realizamos grabaciones en actividades de la vida cotidiana de las personas entrevistadas, y en situaciones habituales de la sala de espera y de la consulta con su médico, para tener imágenes para el documental añadidas a las imágenes de bustos parlantes.

Limitaciones y posibles sesgos del estudio

No incluimos en la población de estudio a la población inmigrante y gitana, porque tienen diferentes significados en la forma de ver la relación con el médico y de vivir el proceso de salud/ enfermedad, y para conocerlo en profundidad haría falta un estudio específico con este fin. Para evitar los sesgos relacionados con el entrevistador.

- Médico cruzado: Las entrevistas no las realizó el propio médico de la persona entrevistada, sino otro de los médicos participantes en el estudio, que era desconocido para la persona entrevistada.

- Seminario de formación: Previamente a la grabación de las entrevistas se realizó un seminario formativo para los entrevistadores, donde se trabajaron los métodos de escucha activa, unificando criterios respecto a la forma de preguntar y el contenido de las entrevistas, y se minimizó la variabilidad entre los entrevistadores. También grabamos y analizamos entrevistas de prueba a todo el equipo.

- Entrevista piloto: Se realizó un pilotaje inicial, con la grabación de una entrevista de prueba, en condiciones similares a como se realizaron todas las entrevistas. Los entrevistadores trabajaron sobre esta entrevista de prueba todos los aspectos anteriores, con el fin de unificar criterios, y detectar posibles problemas.

Aspectos éticos

El proyecto ha sido aprobado por el CEIC Corporativo de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana (CEIC APCV). A las personas entrevistadas se les explicó detalladamente el proyecto y sus objetivos, se les entregó una hoja informativa, aclaramos sus dudas y firmaron el DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CESIÓN DE DERECHOS DE

IMAGEN. Se solicitó el permiso para las grabaciones en los Centros de Salud.

Se pidió el permiso a los pacientes para poder proyectar tanto el documental entero como los fragmentos, siempre que sirviera con fines docentes y divulgativos. Este Documental se ha realizado sin ánimo de lucro, y no existen conflictos de intereses.

ANÁLISIS DE LOS DATOS PARA LA EDICIÓN DEL DOCUMENTAL

Editamos el documental con las escenas grabadas en las entrevistas a los pacientes, seleccionando aquellas que mejor transmiten sus preferencias y expectativas respecto a la relación y comunicación con el médico.

En primer lugar se visionaron todas las entrevistas realizadas, se trocearon las escenas, y se clasificaron en pistas, según el tema tratado en cada escena. De esta forma obtuvimos toda la información clasificada por temas.

Se realizó una selección de los temas que íbamos a incluir en el documental, ya que teníamos 14 horas grabadas y había que reducirlas a 53 minutos, que es la duración final del documental. Decidimos priorizar los temas que recogen los diferentes momentos de la entrevista clínica: El recibimiento, la mirada, la escucha, la información y toma de decisiones compartidas, el acompañamiento, la confianza.

Esto obligó a desechar temas donde la información obtenida fue muy escasa o poco concluyente, como las preguntas relacionadas con la percepción por parte del paciente del grado en que su médico actúa como facilitador, y otros temas que habían aparecido espontáneamente en las entrevistas, como por ejemplo la diferente atención y escucha recibida en la sanidad pública o la privada, que no era el objeto del estudio y que también desechamos.

Por otra parte seleccionamos información que no estaba incluida en el check-list de preguntas, pero que surgió espontáneamente en las entrevistas y nos pareció pertinente, como el peligro del etiquetaje de los pacientes, la exploración por parte del médico de las relaciones de pareja con el programa SIVIO, cómo dar malas noticias, la reflexión que hacen algunas personas sobre el miedo a la muerte o el papel de espejo que hace el médico en la elaboración de las emociones de los pacientes.

También seleccionamos para el documental temas no incluidos en el objetivo del estudio, pero que complementan el abordaje de la relación médico-paciente, como las reflexiones que hacen las personas sobre la falta de tiempo en las consultas de atención primaria, el reconocimiento de la figura del médico en las condiciones que está trabajando o el agradecimiento a su labor. Además seleccionamos experiencias relacionadas con otros especialistas que aportaban experiencias sobre comunicación, y en el abordaje del etiquetaje sí que incluimos un contacto con la medicina privada que complementaba la narración.

Inicialmente se trabajaron por separado cada uno de los temas, construyendo la narración a partir de las palabras de los entrevistados. Ante informaciones similares de diferentes personas entrevistadas, se seleccionó la que tenía más garra narrativa o mejor encaje en el discurso circundante. Se incluyeron las opiniones convergentes de los personajes, casi todas, y también las opiniones divergentes sobre los diferentes temas.

Procuramos que todas las personas entrevistadas aparecieran en un número parecido de escenas, de forma que tuvieran su entidad propia y se dio tiempo a que se construyera como personaje del documental.

La selección de las escenas que forman el documental ha sido un trabajo de equipo mediante un debate continuado. También hemos consensado con las personas entrevistadas las escenas seleccionadas, y hemos respetado las modificaciones que nos han propuesto. Una vez trabajados los temas por separado, se construyó el guión del documental.

El guión del documental

Está elaborado con las narraciones de las personas grabadas, que son los protagonistas, sin que salgan los médicos como contrapunto en ningún momento. No hay un narrador en *off* ni carteles explicativos, pero se entiende perfectamente cuál es la idea del documental y el guión tiene un sentido. El documental va alternando escenas corales con escenas individuales.

Las escenas corales. Tienen la participación de todos los entrevistados. No hay unos protagonistas principales, el peso de la narración recae sobre todos y cada uno de los entrevistados.

Las escenas corales siguen un orden relacionado con los diferentes momentos de la entrevista clínica y los otros temas incluidos:

- Recibir
- Mirar
- Escuchar
- Pese la falta de tiempo, informar.
- Toma de decisiones compartida.
- Acompañar.
- Dar confianza.
- Reconocer y agradecer.

La primera frase de cada escena coral define cuál va a ser el contenido de la misma. El documental termina con una escena coral final en la que los pacientes miran a cámara, y se dirigen al personal sanitario, y les hacen peticiones y recomendaciones

finales para mejorar la relación clínica. Al principio y al final del documental hemos incluido voces en *off* de los propios personajes, que explican por qué y para qué se ha hecho el documental y a quién va dirigido. Con las escenas corales hemos editado varios cortos audiovisuales, con una duración de unos pocos minutos. Son pequeños audiovisuales que tratan sobre aspectos concretos de la relación clínica, y tienen una finalidad exclusivamente docente para el personal sanitario.

Las escenas individuales de cada personaje recogen su narración libre sobre episodios de enfermedad y contacto con los médicos, junto con actividades de su vida diaria. La edición incluye las grabaciones del personal sanitario en el exterior y en las salas de espera, así como en las consultas, con la voz *off* del personaje. Estas escenas humanizan y ayudan a ver a los pacientes entrevistados como personas.

Título del documental: *El arte de escuchar*

Elegimos el título EL ARTE DE ESCUCHAR, porque es la base de la comunicación y la relación médico - paciente, y el subtítulo DE PACIENTE A PERSONA, porque creemos que el documental contribuye a que los profesionales sanitarios pasen al otro lado de la mesa y escuchen la perspectiva del paciente, que se pongan en su lugar, que vean al enfermo como una persona.

Cartel del documental:

La sala de espera vacía. Una sala de espera vacía es la unidad estilística del documental. Los pacientes han sido grabados en salas de espera vacías. Simbólicamente la sala de espera es el lugar donde se espera algo antes de entrar en la consulta del médico. Los 8 personajes en la sala de espera vacía hablan por ellos mismos, pero su testimonio es parecido a lo que la población siente y piensa. Es como si los 8 representaran a todas las personas que en algún momento

se sentarán en las salas de espera. También a los profesionales sanitarios, que somos o seremos pacientes en algún momento, y también nos sentaremos en la sala de espera y sentiremos cosas parecidas.

Conclusiones

Hemos realizado el documental EL ARTE DE ESCUCHAR para conocer mejor la perspectiva de los pacientes sobre la relación y comunicación con los médicos, y creemos que el producto obtenido cumple las expectativas.

El documental es ágil y distraído, y cuenta una historia con capacidad de enganchar al espectador. Mueve emociones y humaniza a las personas entrevistadas, recogiendo su testimonio vital espontáneo. Da información y provoca la reflexión y el debate. Es neutro, y no da lecciones sino sugerencias. Ha tenido un exquisito respeto por las personas entrevistadas, protegiendo su imagen. Ha intentado captar la realidad de la forma más veraz posible, desde un compromiso ético. Utiliza los recursos narrativos necesarios, que le dan ligereza y enganchan al espectador. Mezcla escenas dramáticas, líricas, épicas, y también incluye el sentido del humor.

El documental puede ser muy útil como material docente para los estudiantes y los profesionales de las diferentes ramas sanitarias, el voluntariado, y las personas que cuidan a personas, y como material divulgativo para pacientes y población en general.

Nos parece fundamental que se realice un foro de debate tras la proyección del Documental, para fomentar la participación de la población conjuntamente con los profesionales de la salud que asistan.

Agradecimientos

A las personas entrevistadas, por su generosidad para compartir sus vivencias

y sus expectativas, y aportar un testimonio muy valioso. A la SoVaMFIC y la Conselleria de Sanitat

* * *

EL ARTE DE ESCUCHAR, elaborado por Marina Climent, Carmen Fernández, Natalia García, Francisca Gil, Rosa González, Remei Raga y Esperanza Tatay, Médicas de Familia. Grupo Comunicación y Salud de la SoVaMFIC

Merció la I Beca semFYC de Comunicación Asistencial "Francesc Borrell" 2015. Premio Portada Febrero 2019 del Diario Levante.

Lo podéis ver en la página web de la SoVaMFIC www.sovamfic.net. Sobre el origen del documental y nuestras recomendaciones para el uso didáctico del mismo en enseñanza de entrevista clínica: artículo de la revista e-sinopsis de la UDMAFYC de Valencia en el blog <https://udmafycvalencia.blogspot.com>

Estamos elaborando un artículo sobre los temas que suscita el documental, en los debates realizados tras la proyección del mismo en foros profesionales y con la población. Si te ha interesado el tema, síguenos

BIBLIOGRAFÍA

1. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Buenos Aires: Libros Básicos. 1986
2. González P, de Benedetto MA, Ramírez I. El arte de curar: el médico como placebo. *Aten Primaria* 2008;40(2):93-95
3. Loxterkamp D. What Do You Expect From a Doctor? Six Habits for Healthier Patient Encounters. *Ann Fam Med* November/December 2013 vol. 11 no. 6 574-576

4. García Campayo J, Aseguinolaza L, Lasa Labaca G. Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina. *Med Clin (Barc)* 1995;105:27-30
5. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares- Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria* 2010;42(4):196-205
6. Weston WW, Brown JB, Stewart MA. Patient centred Interviewing. Part I: Understanding Patients Experiences. *Can Fam Phys* 1998;35:147-51
7. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-472
8. Borrell i Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9
9. Mc Whiney I. El médico de familia: clínico y sanador. *Dimens Hum* 2002
10. Lopez E. Necesidades básicas insatisfechas. *Aten Primaria*. 2005;35(5):258-9
11. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la «resolutividad» y la «cura» en la medicina de familia. *Aten Primaria* 2003;32(5):296-9
12. Turabián JL, Pérez Franco B. Los síntomas en medicina de familia no son síntomas de enfermedad, sino síntomas de vida. *Aten Primaria* 2012;44(4):232-236
13. Gervas J, Pérez M, Gutiérrez B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria* 2009;41(1):41-44
14. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Semfyc Ediciones, Barcelona 2004.
15. Pendleton D. Doctor-patient communication: a review. En: Pendleton D, Scholfield T, Tate P, Havelok P, eds. *The consultation: an approach to learning and teaching*. Oxford: Oxford University Press, 1984; 6-54.
16. Leal Hernández M, Abellán Alemán J. Gómez Jara P, Martín Sacristán B. ¿Por qué se cambian de médico nuestros pacientes? ¿Qué opinamos los médicos de familia? *Aten Primaria*. 2007;39(10):575-576
17. Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Pérula de Torres LA, Jaramillo Martín I. ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev. Calidad Asistencial*. 2008; 23(2):45-51
18. Mottilla Fraile M, Sánchez-Oro Gómez R, Curiel Sainz O, Rodríguez Macías B, López Gil MJ, López de Castro F. ¿Qué cualidades valoran más los Pacientes de su Médico de Familia? *Revista Clínica de Medicina de Familia*; 2009;2(6)263-268
19. Aguilar-Shea AL, López A, Neyrab J, Hernández A, Vaño S. Preferencias de los pacientes en atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):e23
20. Ruiz Moral R et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria* 2012;44(1):5-12
21. Torío Durantez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;19:27-34
22. Torío Durantez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria* 1997;20:17-24
23. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhiney I, Oates J, Weston W et al. The impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804
24. McKinnstry B. Do patient wish to be involved in decision making in the

consultation? Across sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000;321:867-871

25. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 129-139

26. Antonosky A. Unrevealing the mysstery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass, 1987

27. Sánchez Moreno E. La investigación cualitativa en la investigación en salud. *Fundamento y rigor científico*. SEMERGEN. 2008;34(2):75-79

28. Callejo Gallego J. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 409-422

29. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 561-575

30. Redondo S, Bolaños E, Almaraz A, Maderuelo JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. *Aten Primaria*. 2005;36(7):358-66

31. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria*. 2000;25:115-22

32. Ribot Catalá C, Fernández-Tenllado MA, García de León D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000;25:119-28

33. Rapley T. *Doing conversation, discourse and document analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2007.

45. Poland BD. "Transcription quality", en J. Gubrium and J. Holsetein eds.

Handbook of interview research; context and method. Thousand Oaks, CA: Sage, pages 629-650. 2002

34. Ryan GW, Bernard HR. Data Management and analysis methods. En N.K.Denzin y Y.S. Lincoln (eds.) *Collecting and interpreting qualitative materials* (2ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. 2003

35. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva clínica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 423-436

36. Rosana Peiró. *El grupo de discusión en el entorno sanitario*. QUADERNS, Valencia 1996

37. Azucena Pedraz Marcos y cols. Capítulo 2: conceptos clave en investigación cualitativa. Criterios de calidad y aspectos éticos. En: *Investigación cualitativa*. Loreto Macia Editor. Elsevier, Barcelona 2014. Pags: 12-27

38. Graham Gibss. *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Ediciones Morata, 2012 Madrid.

39. González-Blasco P, Roncoletta A, Moreto G, Levites M, Janaudis M. Medicina de familia y cine: un recurso humanístico para educar la afectividad. *Aten Primaria*. 2005;36(10):566-72

40. Blanco Mercadé A. Bioética clínica y narrativa cinematográfica. *Rev Med Cine* 1 (2005): 77-81

41. García JL, Gallegos D, Gómez C, Suberviola V, Blanes C, Costa AM. Reconocimiento y cine: nuevas formas de aproximarnos. *Rev Med Cine* 2012; 8(1): 19-29

42. Ogando Díaz B, García Pérez C. De Aristóteles a Amenábar: ética narrativa, cine y medicina. *Aten Primaria*. 2008; 40(9):469-72