

Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICA

Olga F. Salazar-Blanco, Luis Casasbuenas-Duarte, Carolina Idárraga-Arenas, Claudia Marcela-Vélez

Introducción. La comunicación es, en la actualidad, una competencia imprescindible en la formación médica. La escala CICA, concebida desde una perspectiva multidimensional de acuerdo a los criterios de Kalamazoo, es un instrumento usado para la evaluación de las diversas tareas comunicativas en la entrevista clínica.

Sujetos y métodos. Dos observadores, uno con formación en ciencias sociales y el otro, médico, analizaron de manera independiente las entrevistas de los estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia de acuerdo a la escala CICA. Se midió el acuerdo entre observadores (kappa de Cohen), la consistencia interna de la escala (alfa de Cronbach) y su fiabilidad (coeficiente de correlación intraclass, CCI).

Resultados y conclusiones. Los resultados mostraron una puntuación total de las mujeres más alta que la de los hombres ($p < 0,05$). Aunque se observaron diferencias en las calificaciones dadas a cada ítem entre observadores (kappa de Cohen $< 0,20$), las propiedades psicométricas de la escala fueron adecuadas (alfa de Cronbach $> 0,7$; CCI $> 0,7$). Como fortaleza en la comunicación, se identificó la cordialidad de los estudiantes en los encuentros.

Palabras clave. Evaluación de la entrevista clínica. Habilidades clínicas. Habilidades de comunicación. Relación médico-paciente.

Communicational skills assess, through CICA scale, of final year medicine students' clinical interview of Universidad de Antioquia

Introduction. Currently, communication is an essential competence in medical training. CICA is a scale conceived from a multidimensional perspective according to Kalamazoo's criteria, this is an instrument used to assess different communicational tasks in clinical interview.

Subjects and methods. Two observers, one with a background in social sciences and another physician, independently analyzed clinical interviews of final year medicine students' of the Universidad of Antioquia, according CICA scale. The raters agreement (Cohen's kappa), internal consistency of the scale (Cronbach's alpha) and reliability (intra-class correlation coefficient, ICC) were measured.

Results and conclusions. In the results was displayed that women had a total score higher than men ($p < 0.05$). Although differences were observed in the ratings given to each item among observers (Cohen's kappa < 0.20), the psychometric properties of the scale were appropriate (Cronbach's alpha > 0.7 ; ICC > 0.7). As a fortress in the students communication, was identified the friendliness of students in the clinical interview.

Key words. Clinical competence. Clinical skills. Educational measurement. Physician-patient relations.

Introducción

La comunicación es una compleja característica de los seres humanos que puede enfocarse desde diferentes puntos de vista, explicados por diversas teorías. Bajo un enfoque moderno, incluye el lenguaje,

la relación, el contexto y la experiencia de quienes participan [1].

La comunicación del profesional de la salud, vista como una competencia, precisa conocimientos, actitudes y habilidades que pueden enseñarse, aprenderse y evaluarse durante el proceso formativo, con

Facultad de Medicina; Universidad de Antioquia (O.F. Salazar-Blanco, L. Casasbuenas-Duarte, C. Idárraga-Arenas, C. Marcela-Vélez). Grupo de Investigación EDUSALUD (O.F. Salazar-Blanco, C. Marcela-Vélez). Medellín, Colombia.

Correspondencia:

Dra. Olga Francisca Salazar Blanco. Departamento de Pediatría y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Carrera 51D, n.º 62-29. Medellín, Antioquia, Colombia.

E-mail:

olgasalas@une.net.co

Conflicto de intereses:

No declarado.

Competing interests:

None declared.

© 2014 FEM

Figura 1. Cuestionario CICA (tomado de [23]).

Datos globales: PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____			
Tiempo total de consulta (segundos y minutos):	Hasta explorar (segundos):	Exploración (segundos):	Motivo de consulta: Principal: _____ 2.º _____ 3.º _____
Profesional: M () F () Tipo: Med. () Resi. () Enfer. () Proceso: Agudo () Crónico ()			
Paciente: M () F () R () E () Acompaña: Sí () No () Visita: Inicial () Revisión ()			
TAREA 1. CONECTAR			
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	NP	0	1 2
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 2. IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS			
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	NP	0	1 2
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 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 no relacionados con la demanda o ha realizado actividades preventivas?			
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	NP	0	1 2
TAREAS 3 Y 4. ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR			
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 alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?			
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?			
29. ¿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 el cumplimiento de todos los ítems			
PUNTUACIÓN TOTAL / número de ítems con NP			

el fin de mejorar la atención de los usuarios, sus condiciones de salud, su satisfacción y la del mismo profesional [2].

Hoy, la comunicación es una competencia genérica en los currículos de muchas universidades del mundo, que incluye la comunicación con el paciente en la entrevista, las habilidades de escucha, la comunicación de malas noticias, la empatía, el respeto por la diversidad, las habilidades para transmitir recomendaciones a los pacientes y sus cuidadores, la comunicación con los otros profesionales y con los medios de comunicación y el registro de la información escrita [3-6]. Existen consensos de universidades europeas y americanas que definen las tareas y habilidades sobre la enseñanza de la comunicación y su evaluación en el pregrado de medicina [7-9], y suficiente bibliografía que apoya el hecho de que las habilidades comunicativas en los estudiantes pueden enseñarse, mejorarse y evaluarse en paralelo con las habilidades clínicas, en prácticas

con pacientes reales o simulados y en grupos de reflexión [10-15].

El currículo vigente del pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia considera la comunicación como una competencia transversal [16]. En el trabajo de evaluación de la transformación curricular que hizo la facultad se confirma la comunicación como propósito formativo de los cursos regulares, integrada en el aprendizaje de las diferentes áreas, y se visualiza la formación de valores como el respeto por la palabra y la opinión del otro; también algunos cursos flexibles abordan la relación médico-paciente a lo largo del ciclo vital humano [17].

En los programas de los cursos de profesionalización y del año de prácticas académicas (último año de la carrera), no se evidencia la evaluación del proceso de aprendizaje de esta competencia, ni el nivel de logro previo al egreso de la facultad [18], situación también presente en instituciones que cuentan con cursos y estrategias para el aprendizaje de las habilidades comunicativas, pero que dan menor importancia a su evaluación [19].

La evaluación de la competencia comunicativa es un asunto complejo: debe hacerse durante todo el proceso formativo e incluir la verificación de los aprendizajes de conocimientos, habilidades y actitudes porque no puede evaluarse en términos de estar bien o mal, de acuerdo a una cifra, bajo un enfoque sumativo, sino que más bien debe privilegiarse el enfoque formativo que, por medio de la realimentación, propicie la autorreflexión del estudiante y su mejora continua [20,21].

Para la evaluación de la comunicación en la entrevista clínica existen básicamente dos modelos: uno que prioriza el proceso de la entrevista y el estilo del profesional y otro que enfatiza el contenido del encuentro, las tareas a conseguir en la entrevista [22]. La escala CICA (conectar, interpretar, comprender, acordar y ayudar a actuar), usada en esta investigación, pertenece al segundo grupo. Se diseñó para los residentes de medicina de familia de España y es aplicable a médicos generales, especialistas y otros profesionales de la salud [23] (Fig. 1).

La escala CICA considera cuatro categorías: contenidos, actos de habla o instrumentales, comunicación no verbal y valoración afectiva. Se ajusta a los criterios de Kalamazoo, considerados como un referente para la evaluación de las tareas de la entrevista clínica, e incluye sus seis tareas básicas: abrir la discusión, obtener información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas, y los planes [15,24].

Este trabajo pretende hacer la evaluación de los resultados de la habilidad comunicativa de los estu-

diantes de último año en la entrevista clínica, por medio de una escala validada, para identificar las fortalezas y debilidades y hacer propuestas en la formación en el área de comunicación que lleve a un mejor desempeño profesional de los egresados. Se presentan los resultados cuantitativos de la tesis de la autora principal para obtener el título de Magister en Educación Médica, que incluyó por otra parte el análisis cualitativo sobre la percepción que tienen los estudiantes del aprendizaje de la comunicación durante su carrera.

Sujetos y métodos

Diseño del estudio y muestra

Se llevó a cabo un estudio descriptivo prospectivo en el período comprendido entre junio y octubre de 2011. La población diana fueron los 199 estudiantes de pregrado de medicina de la Universidad de Antioquia matriculados en el año de prácticas académicas.

Por la gran oportunidad que tienen los estudiantes de hacer entrevistas clínicas a paciente reales durante el pregrado, se estimó que la proporción de estudiantes que tendrían una calificación aceptable en la escala CICAA sería del 90%, con un error tipo II del 50%, más un 10% por posibles pérdidas. Dicha escala se eligió porque está diseñada en castellano, validada previamente y con fiabilidad demostrada [23,25]. La escala CICAA, como se comentó, cumple los criterios de Kalamazoo para la entrevista clínica, da importancia tanto al contenido como a la relación paciente-profesional y se ha aplicado a médicos generales.

Se seleccionaron 92 sujetos por muestra aleatoria simple, manteniendo la relación de proporcionalidad entre estudiantes de internado mayor y menor en 1 a 1,2 (48 y 44 estudiantes, respectivamente).

Procedimiento

Los estudiantes fueron invitados a participar en la investigación y visitados en la institución de salud donde realizaban su práctica. Posteriormente a la autorización de la institución y la firma del consentimiento informado por parte del estudiante y el paciente, se procedió a grabar en video el momento de la entrevista estudiante-paciente y guardarla en formato digital. Al finalizar el estudio, se invitó a los estudiantes a observar su entrevista, analizar las fortalezas y aspectos por mejorar y se hizo reafirmación de lo observado.

Instrumento y variables

Dos observadores independientes con formación en comunicación, uno del área de las ciencias sociales y el otro de la salud, evaluaron la habilidad comunicativa de los estudiantes según la escala CICAA, que evalúa las funciones comunicativas agrupadas en cuatro tareas con 29 ítems en total:

- *Tarea 1:* conectar con el paciente.
- *Tarea 2:* identificar y comprender los problemas de salud del paciente.
- *Tarea 3:* acordar con el paciente sobre los problemas, las decisiones y las acciones.
- *Tarea 4:* ayudar al paciente a entender, elegir y actuar.

Los autores proponen unir las tareas 3 y 4; así, la distribución de ítems se hace en tres dominios: el primero con 6 ítems; el segundo, con 15, y el último, con 8.

Cada ítem se evalúa de acuerdo a criterios específicos, con cuatro posibles resultados (0, 1, 2 y no procede). Para efectos de la claridad del lector, 0 representa no cumplir con la actividad evaluada; 1, hacerlo apenas de forma aceptable; 2, hacerlo adecuadamente, y no procede, cuando la consulta clínica no dio lugar a ciertos procesos de comunicación médico-paciente. Así, la puntuación máxima total de la escala CICAA es de 58 puntos.

Las variables analizadas fueron el sexo y semestre en el que se encuentra matriculado el estudiante. Se denominó ‘menor’ al que se encuentra en el primer semestre y ‘mayor’ al que se halla en el segundo semestre (estas denominaciones responden a los nombres reconocidos por los mismos estudiantes). Para describir el contexto en el que se realizó la entrevista se recogieron variables sobre nivel de complejidad de la institución de atención en salud, tipo de servicio donde se llevó a cabo la consulta, tipo de consulta (paciente con enfermedad aguda o crónica) tiempo de duración de la consulta, tiempo transcurrido hasta el examen físico y tiempo dedicado a éste, acompañamiento profesional del estudiante y acompañamiento familiar del paciente en la consulta.

Análisis estadístico

Se calcularon medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas; para las variables nominales y ordinales se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Dadas las características aditivas de las puntuaciones total y por tareas de la escala CICAA, se estimaron medianas y rangos in-

Tabla I. Descripción de las características de las consultas grabadas.

		Todos	Internos 'menores' (n = 33)	Internos 'mayores' (n = 45)	p
Sexo del estudiante	Masculino	39 (50%)	16 (49%)	23 (51%)	0,82 ^a
	Femenino	39 (50%)	17 (51%)	22 (49%)	
Sexo del paciente	Masculino	38 (48,7%)	9 (27%)	29 (64%)	0,001 ^a
	Femenino	40 (51,3%)	24 (73%)	16 (26%)	
Docente presente en la consulta	Sí	33 (43,7%)	13 (40%)	21 (47%)	0,52 ^a
	No	44 (56,4%)	20 (60%)	24 (53%)	
Paciente acompañado	Sí	53 (67,9%)	24 (72%)	29 (64%)	0,44 ^a
	No	25 (32,1%)	9 (28%)	16 (26%)	
Nivel de complejidad del hospital	Primer nivel	3 (3,8%)	1 (3%)	2 (4%)	0,50 ^a
	Segundo nivel	29 (37%)	10 (30%)	19 (42%)	
	Tercer nivel	46 (59%)	22 (67%)	24 (53%)	
Tipo de proceso del paciente	Agudo	50 (64,1%)	24 (72%)	26 (58%)	0,17 ^a
	Crónico	28 (35,9%)	9 (28%)	19 (42%)	
Descripción de los tiempos utilizados en consulta (media ± desviación estándar)	Tiempo hasta la exploración	10,0 ± 6,0	11,38 ± 5,1	8,8 ± 6,4	0,06 ^b
	Tiempo total de exploración	5,0 ± 3,0	6,0 ± 3,2	4,1 ± 2,6	0,005 ^b
	Tiempo total de la consulta	22,0 ± 10,9	24,5 ± 9,7	19,4 ± 11,2	0,04 ^b

^a Chi al cuadrado; ^b t de Student.

tercuartílicos para ellas. Para medir el acuerdo interobservador por ítem, se calculó el coeficiente kappa de Cohen [26,27]. Los valores de kappa inferiores a 0 se consideraron menores que el acuerdo por azar; valores de 0,01-0,20 se consideraron leves; de 0,21-0,40, bajos; de 0,41-0,60, moderados; de 0,61-0,80, buenos, y superiores a 0,81, casi perfectos [27,28]. La fiabilidad interobservador tipo acuerdo absoluto se midió con el coeficiente de correlación intraclase (CCI). El acuerdo se interpretó como pobre si el CCI fue $\leq 0,40$; moderado, de 0,41-0,60, y bueno a excelente si el CCI fue $\geq 0,61$ [28].

Se evaluaron las propiedades psicométricas de la escala para las puntuaciones total y por tareas. Se midió la consistencia interna con el alfa de Cronbach, en el que un valor superior a 0,70 fue considerado aceptable. Se calcularon los coeficientes de correlación

momento producto de Pearson de cada ítem con el total de la escala para cada observador, y se consideró una correlación media cuando el valor de r fue de 0,3-0,5 y fuerte cuando $r > 0,5$ [29]. Se midió la fiabilidad interobservador tipo consistencia con el CCI y el acuerdo se interpretó como adecuado si era superior a 0,7 [29,30].

Las puntuaciones por tareas y total se compararon según sexo y tipo de interno con la U de Mann-Whitney. También se crearon dos categorías para clasificar a los estudiantes, según realizaran de manera aceptable o no cada tarea y la escala en general. Para ello se definió que una puntuación media de un punto por cada ítem válido de la tarea (excluyendo los ítems de 'no procede') era la puntuación aceptable para cada estudiante. La comparación entre las proporciones de estudiantes cuya comu-

Tabla II. Relación del número de acuerdos, coeficiente kappa y fiabilidad interobservador

	Ítem	Descripción	N.º de acuerdos (n = 78)	Kappa	IC 95%	Fiabilidad inter-observador (CCI)
Tarea 1: conectar con el paciente	1	Recibimiento de paciente	43	0,255	0,09-0,42	0,47
	2	Uso del ordenador	42	0,197	0,01-0,39	0,66
	3	Cortesía en la entrevista	56	0,399	0,20-0,60	0,69
	4	Uso del lenguaje no verbal	37	0,107	-0,06-0,27	0,02
	5	Empatía	43	0,218	0,05-0,38	0,44
	6	Cierre de la entrevista	37	0,238	0,09-0,39	0,25
Tarea 2: identificar y comprender los problemas del paciente	7	Reactividad	45	0,169	-0,01-0,35	0,55
	8	Facilitación del discurso	38	0,179	0,02-0,33	0,61
	9	Contacto visual-facial	43	0,158	-0,03-0,34	0,46
	10	Captación y respuesta a las pistas del paciente	40	0,132	-0,02-0,28	0,28
	11	Empleo de preguntas abiertas	50	0,246	0,05-0,44	0,40
	12	Exploración de la idea de origen de la enfermedad	30	0,028	-0,13-0,18	-0,11
	13	Exploración de emociones y sentimientos	36	-0,068	-0,24-0,10	-0,50
	14	Exploración de afectación por el síntoma	42	0,021	-0,14-0,18	0,00
	15	Exploración de expectativas en la consulta	38	0,064	-0,10-0,22	0,15
	16	Exploración del estado de ánimo	48	0,065	-0,11-0,23	0,18
	17	Exploración de acontecimientos vitales estresantes	42	0,069	-0,07-0,20	0,25
	18	Exploración del entorno sociofamiliar	41	0,072	-0,13-0,28	0,30
Tareas 3 y 4: acordar y ayudar a actuar al paciente	19	Exploración de factores de riesgo	34	0,052	-0,12-0,22	0,23
	20	Resumen de la información	13	0,002	-0,08-0,08	0,25
	21	Explicación del proceso	37	0,136	-0,02-0,30	0,47
	22	Explicación de la evolución	33	0,158	0,08-0,31	0,25
	23	Información adaptada al problema y necesidades	39	0,238	0,10-0,38	0,40
	24	Claridad de la información	28	0,072	-0,02-0,17	0,15
	25	Participación del paciente	43	0,178	-0,02-0,37	0,34
	26	Expresión de dudas del paciente	41	0,241	0,08-0,40	0,30
	27	Búsqueda de acuerdos	63	0,044	-0,17-0,26	-0,57
	28	Verificación de la comprensión de la información	34	0,118	-0,04-0,28	0,44
	29	Compromiso del paciente	39	0,170	-0,00-0,34	0,43

CCI: coeficiente de correlación intraclase; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

Tabla III. Diferencia entre las puntuaciones por tarea y total según tipo de interno y sexo.

	Tipo de interno				p^a	Sexo del interno				p^a
	'Menor'		'Mayor'			Masculino		Femenino		
	Mediana	RIC	Mediana	RIC		Mediana	RIC	Mediana	RIC	
Tarea 1 (OM)	9	4	9	4	0,46	8	3	9	4	0,12
Tarea 1 (OS)	9	5	9	4	0,12	8	3	9	4	0,02
Tarea 2 (OM)	9	5	9	7	0,54	9	4	11	7	0,05
Tarea 2 (OS)	10	7	9	7	0,56	9	7	10	6	0,87
Tareas 3 y 4 (OM)	9	4	9	5	0,58	8	3	9	6	0,24
Tareas 3 y 4 (OS)	7	5	6	5	0,13	5	4	7	6	0,02
Puntuación total (OM)	27	9	27	14	0,46	25	11	29	13	0,04
Puntuación total (OS)	27	11	24	12	0,29	22	11	27	7	0,06

OM: observador médico; OS: observador social; RIC: rango intercuartílico. ^a *U* de Mann-Whitney.

nicación se evaluó como aceptable por sexo y tipo de interno se hizo calculando un chi al cuadrado.

Resultados

El número final de participantes fue de 78: 45 internos 'mayores' y 33 'menores' (relación de 1 a 1,4). Diez estudiantes rehusaron participar: seis por timidez o miedo a las cámaras, uno manifestó que la grabación vulneraba la intimidad del paciente, uno se encontraba en un tipo de internado no clínico y los otros dos no dieron la razón. Las pérdidas de sujetos para la investigación correspondieron al 15,2% de la muestra inicialmente calculada.

La mitad de los participantes fueron mujeres. Las instituciones donde se realizaron las consultas fueron principalmente de tercer nivel (59%), y la mayoría, en el servicio de pediatría (37,2%). En el 44% de las consultas, el estudiante estuvo acompañado por un docente (Tabla I). El tiempo total de consulta y el tiempo dedicado a la exploración física del paciente fueron superiores en los internos 'menores' que en los 'mayores' y dicha diferencia resultó estadísticamente significativa.

La concordancia medida por el índice kappa de Cohen fue leve en la mayoría de los ítems ($n = 21$) y bajo en siete, y en uno de los ítems el acuerdo fue

menor al que se da por azar. El acuerdo entre observadores medido como fiabilidad interobservador con el CCI fue inferior a 0,69, llegando a ser pobre en 14 ítems, moderado en nueve, bueno en tres y negativo en otros tres (Tabla II).

La prueba *U* de Mann-Whitney para comparación de las puntuaciones por tarea y total no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de internos 'menores' y 'mayores' ($p > 0,05$). Cuando la comparación se hizo según sexo, se encontró que la diferencia entre puntuaciones totales para ambos observadores fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) (Tabla III).

En la evaluación de la consistencia interna de la escala CICA para ambos observadores, el coeficiente alfa de Cronbach para las tareas 1 y 2 y la puntuación total fue aceptable ($> 0,7$). El CCI para la fiabilidad interobservador de las puntuaciones por tareas y total fue superior a 0,7 en la tarea 1 y en la puntuación total (Tabla IV). Los ítems que tuvieron una mayor correlación con la puntuación final de la escala fueron, en el caso del observador médico, los ítems 3, 7 y 9 ($r = 0,646$, $r = 0,602$ y $r = 0,643$, respectivamente; $p \leq 0,001$), que exploran cortesía y amabilidad en la entrevista, muestra de reactividad y contacto visual adecuado. Para el observador social, los ítems 3, 4 y 18 fueron los de coeficientes más altos ($r = 0,442$, $r = 0,375$ y $r = 0,480$,

respectivamente; $p \leq 0,001$); estos dos últimos ítems indagan por el uso del lenguaje no verbal y la exploración del entorno sociofamiliar.

La tarea 2 (identificar y comprender los problemas de salud del paciente) tuvo la menor frecuencia de calificaciones aceptables por ambos observadores. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre internos ‘menores’ y ‘mayores’, pero sí en la puntuación total entre mujeres y hombres ($p < 0,05$), siendo más alta la proporción de mujeres que tuvieron una calificación global aceptable (Tabla V). Aunque en varias tareas la diferencia entre hombres y mujeres no resultó estadísticamente significativa, la frecuencia de calificaciones aceptable de las mujeres fue superior a la de los hombres (Fig. 2).

La realimentación de las grabaciones se hizo sólo en el 30% de los estudiantes, debido al egreso del programa, dificultades en los horarios y cursos fuera de la ciudad y del país. Los estudiantes que vieron su entrevista manifestaron que aprendieron de la actividad porque se dieron cuenta de aspectos positivos y aspectos a mejorar, sobre los cuales no habían reflexionado previamente.

Discusión

Este trabajo muestra como fortalezas una actitud amable de los estudiantes en los encuentros y un buen uso de los conocimientos médicos. La actitud en general es cordial, aunque el estudiante muestra más interés en el síntoma, en el órgano, y menos en la relación comunicativa con el paciente, como lo plantea Habermas [31], una relación en la que se reconoce al otro como una persona válida, se establece una relación con ciertas normas que garantizan un entendimiento entre los interlocutores, en la que la argumentación busca la cooperación y llegar a acuerdos. Este enfoque, aplicado al contexto de la relación entre médico y paciente, significa respeto, empatía y participación a partir del reconocimiento de los sujetos [32,33].

La tarea 2, que recoge los aspectos de interpretación y comprensión de los problemas del paciente, fue la peor puntuada. Se observaron encuentros predominantemente prescriptivos, más centrados en los aspectos biológicos de la enfermedad que en la comprensión del sujeto y la relación emocional que promueve el modelo biopsicosocial. Este modelo es menos visible actualmente en la práctica de los profesionales de la salud, formados más en un modelo biomédico favorecido por la industria farmacéutica y modelos teóricos reduccionistas, centrados en la organización de los sistemas sanitarios

Figura 2. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable por tarea y puntuación total según el sexo del estudiante.

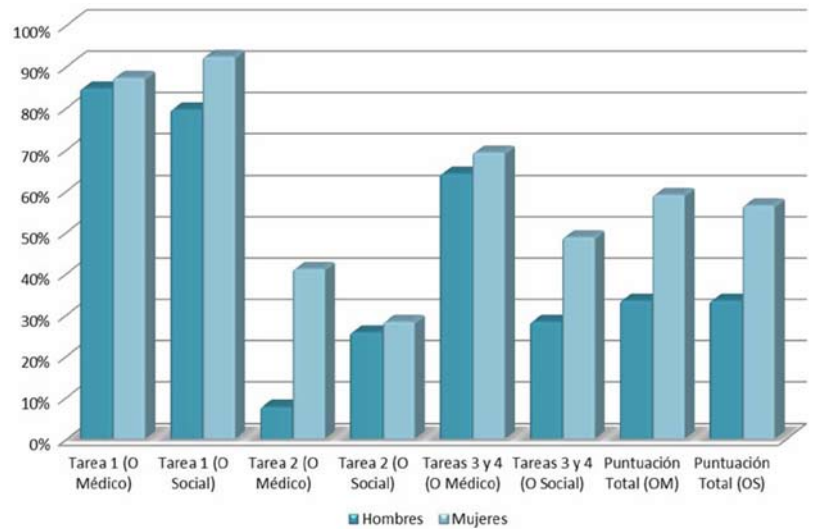


Tabla IV. Medición de propiedades psicométricas de la escala CICAA por tareas y puntuación total.

		Consistencia interna (alfa de Cronbach)	Fiabilidad interobservador	
			CCI	IC 95%
Tarea 1	Observador médico	0,75	0,73	0,57-0,82
	Observador social	0,90		
Tarea 2	Observador médico	0,73	0,58	0,34-0,73
	Observador social	0,76		
Tareas 3 y 4	Observador médico	0,62	0,64	0,43-0,77
	Observador social	0,57		
Puntuación total	Observador médico	0,72	0,76	0,62-0,85
	Observador social	0,72		

CCI: coeficiente de correlación intraclass; IC 95%: intervalo de confianza al 95%.

y políticos que privilegian la producción y no el bienestar del ser humano [31,34]. Este modelo biomédico permea los currículos de las universidades, desde la teoría hasta la práctica de sus docentes, los modelos de aprendizaje y las experiencias de los estudiantes, con actividades que privilegian los cono-

Tabla V. Diferencia entre las proporciones de comunicación aceptable por tarea y puntuación total según tipo de interno y sexo.

		Tipo de interno			Sexo del interno		
		'Menor' (n = 33)	'Mayor' (n = 45)	p ^a	Masculino (n = 39)	Femenino (n = 39)	p ^a
Tarea 1	OM	91%	82%	0,28	85%	87%	0,75
	OS	88%	84%	0,67	79%	92%	0,10
Tarea 2	OM	21%	27%	0,58	8%	41%	0,00
	OS	30%	24%	0,56	26%	28%	0,80
Tareas 3 y 4	OM	73%	62%	0,33	64%	69%	0,63
	OS	39%	38%	0,89	28%	49%	0,06
Puntuación total	OM	48%	44%	0,72	33%	59%	0,02
	OS	55%	38%	0,14	33%	56%	0,04

OM: observador médico; OS: observador social. ^a Chi al cuadrado.

cimientos y la tecnología sobre el cultivo de la observación, de la emoción y la reflexión. Como afirma Tizón, 'la práctica de la teoría del modelo biopsicosocial es imposible sin una política para la práctica' [35,36].

En las entrevistas se observó el predominio de una comunicación basada en la obtención de la información y menor interés por aspectos emocionales del sujeto y por la comunicación no verbal, situación observada por Bensing et al, quienes encontraron que con frecuencia los pacientes no expresan verbalmente la ansiedad, sino a través del lenguaje no verbal, no siempre comprendido por el médico, por lo que se requiere el uso de preguntas dirigidas a comprender la influencia de la enfermedad en su contexto [37].

En muchas entrevistas se apreció poca participación del paciente en la toma de decisiones y acuerdos terapéuticos, situación ya encontrada por otros autores, porque la participación del paciente es un asunto complejo, determinado por la actitud no sólo del médico, quien puede o no facilitarla, pero cuyo resultado también depende del paciente, su motivación y preparación para hacerlo, así como del contexto sociocultural [38,39].

En las consultas pediátricas se observa menor participación de los niños, especialmente en lactantes y preescolares, quienes no expresan verbalmente los síntomas o no pueden 'dar la información'. En

estas situaciones, la madre o el cuidador es quien responde al interrogatorio y el niño, que comunica con sus silencios, sus gestos y su llanto, es menos escuchado. Esto se explica por la compleja tríada en la consulta pediátrica compuesta por el niño, el adulto acompañante y el profesional, relacionada con la edad del primero y la actitud del acompañante y del profesional, quien amerita instrumentos de evaluación diseñados especialmente para esto [40-42].

Se observó mejor puntuación en general en las estudiantes mujeres, situación comunicada por otros autores, quienes expresan que los hombres tienen menores habilidades y además requieren más tiempo para aprenderlas [35,36].

Las diferencias en las calificaciones dadas a cada ítem entre observadores se debe probablemente a su particular formación en diferentes áreas del saber, con un enfoque distinto de la comunicación. Para el observador médico, los ítems que indagaban por la muestra adecuada de reactividad y el contacto visual tuvieron mejor correlación con la calificación global del estudiante, mientras que para el observador social fueron los ítems que evaluaban el uso del lenguaje no verbal y la exploración del entorno sociofamiliar. El único ítem donde los dos observadores coincidieron fue en el que mide la cortesía y amabilidad en la entrevista. Esto puede explicarse, en parte, por la imposibilidad de una observación neutra de cualquier ser humano que no puede estar desprovista de sus experiencias. Es importante para futuras investigaciones explorar cómo la comunicación médico-paciente es valorada por diferentes profesionales y cuáles son aquellos aspectos a los que se otorga mayor relevancia.

Es preciso recordar que la valoración de la habilidad comunicativa se hizo con estudiantes de último año del pregrado de medicina, jóvenes sin experiencia profesional, lo que da elementos para modelar la actitud, las prioridades en la atención de los pacientes y que se enriquecerá con la práctica clínica.

Además de limitaciones relativas a la falta de estandarización de los observadores en relación a cómo puntuar ciertas situaciones (por ejemplo, cuándo el niño es el paciente, ¿qué comunicación se evalúa, la que se tiene con el niño o con su acompañante?), se considera que la medición del acuerdo por medio del coeficiente kappa de Cohen implicó ciertos problemas por el número de categorías a compararse, pues se ha descrito que cuantas más categorías se consideran, más difícil es llegar a acuerdos entre los observadores, lo que implica valores de kappa más bajos [29]. Este fenómeno se observó en ítems en los que el número de acuerdos fue alto, pero en sólo una de las categorías de respuesta; por ejemplo, el

ítem 27, con 63 acuerdos (80%), tuvo un coeficiente kappa de tan sólo 0,04.

En esta investigación no se analizó la percepción de los pacientes ni de los docentes sobre la comunicación, variable básica para una valoración más integral del proceso comunicativo. Además, cada estudiante fue observado sólo en una consulta, lo que no permite una evaluación definitiva de la habilidad comunicativa. Por otro lado, el tipo de paciente, la complejidad de su situación de salud, el nerviosismo ante la presencia de la cámara de video, entre otras circunstancias, pudieron modificar el desempeño. Se ha recomendado evaluar al menos cinco entrevistas de cada profesional para minimizar el efecto producido por la cámara, aunque otros autores encuentran que después de los primeros cinco minutos, los cambios de conducta o actitud por la presencia de la cámara son menores y una única entrevista ya da una visión global de la habilidad comunicativa [32,33,43-46].

Este estudio identificó otros aspectos relacionados con el aprendizaje de la comunicación, como los pocos períodos durante el año de prácticas para consulta externa en centros de bajo nivel de complejidad, y la falta de supervisión de la actividad y de retroalimentación de los docentes en algunos escenarios.

Bibliografía

- Cáceres MD. Introducción a la comunicación interpersonal. Madrid: Síntesis; 2003.
- Cleries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med* 2010; 13: 25-31.
- Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, et al. Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training. 2 ed. Bern: Joint Commission of the Swiss Medical Schools (SMIFK/CIMS); 2008.
- Simpson J, Furnace J, Crosby J, Cumming A, Evans P, Friedman Ben David M, et al. The Scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation a for competent and reflective practitioners. *Med Teach* 2002; 24: 136-43.
- Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. Libro blanco. Título de Grado de Medicina. Madrid: ANECA; 2005. URL: http://www.aneca.es/var/media/150312/libroblanco_medicina_def.pdf. [11.04.2013].
- General Medical Council. Tomorrow's doctor. London: GMC; 2009.
- Fragstein M, Silverman J, Quilligan S, Salisbury H, Wiskin C. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. *Med Educ* 2008; 42: 1100-7.
- Frank J, ed. The CanMEDS 2005 physician competency framework. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2005.
- Silverman J. The Calgary Cambridge guides: the 'teenage years'. *Clin Teach* 2007; 4: 87-93.
- Shield R, Tong I, Tomas M, Besdine R. Teaching communication and compassionate care skills: an innovative curriculum for pre-clerkship medical students. *Med Teach* 2011; 33: 408-16.
- Boulet J, Rebbecchi T, Denton E, Mckinley D, Whelan G. Assessing the written communication skills of medical school graduates. *Adv Health Sci Educ* 2004; 9: 47-60.
- Lang F, McCord L, Harvill L, Anderson D. Communication assessment using the common ground instrument: psychometric properties. *Fam Med* 2004; 36: 189-98.
- Schirmer J, Mauksch L, Lang F, Marvel K, Zoopi K, Epstein R. Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med* 2005; 37: 184-92.
- Rider A, Hinrichs M, Lown B. A model for communication skills assessment across de undergraduate curriculum. *Med Teach* 2006; 28: 27-34.
- Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004; 79: 495-507.
- Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Cuadernos del currículo. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
- Díaz DP, Arango ME, Galindo LA, Gómez JA, González EM, Kanbourova M, et al. Evaluación del currículo del Programa de Medicina de la Universidad de Antioquia. Aproximación a un modelo de evaluación. Resultados de investigación. Medellín: Universidad de Antioquia; 2013.
- Galindo LA, Arango ME. Proyecto de armonización de competencias y saberes en programas de áreas. Programa de Pregrado. Facultad de Medicina. Medellín: Universidad de Antioquia; 2010.
- Sogi C, Zavala S, Oliveros MA, Salcedo C. Percepción de formación en entrevista, relación y comunicación médico paciente. Encuesta en médicos graduados. *An Fac Med Lima* 2007; 68: 159-67.
- Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica: principios básicos. *Educ Med* 2009; 12: 223-9.
- Moore-Clive P, Gómez del Río G. Comunicarse efectivamente en medicina: ¿cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de medicina? *ARS Med* 2007; 15: 1047-54.
- Ruiz-Moral R. Modelos de comunicación clínica. Boletín docTutor de Educación Médica [internet]. URL: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Modelos-de-Comunicación-Clinica.pdf>. [11.04.2013].
- Ruiz-Moral R, Pérula L. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria* 2006; 37: 320-4.
- Rider EA, Hinrichs MM, Lown BA. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. *Med Teach* 2006; 28: e127-34.
- Ruiz-Moral R, Pérula LA, Alamo MM, Jiménez-García C, González-Nebauer V, Dios AA, et al. Satisfacción de los pacientes con la comunicación en las consultas de medicina de familia: comparación de tres métodos para investigar necesidades no satisfechas. *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 315-22.
- Feiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educ Psychol Meas* 1973; 33: 613-9.
- Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med* 2005; 37: 360-3.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33: 159-74.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2 ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Epidat 4.0. Concordancia y consistencia. Galicia: Dirección Xeral de Saúde Pública; 2012.
- Habermas J. Teoría de la acción comunicativa I. 2 ed. Madrid: Taurus; 2001.
- Peralta M. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. Bucaramanga, Colombia: Universidad Industrial de Santander; 2010.
- Crossley J, Eiser C, Davies H. Children and their parents assessing the doctor-patient interaction: a rating system for doctors' communication skills. *Med Educ* 2005; 39: 820-8.
- Vélez CM, Lugo LH, García HI. Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida Kidscreen-27 versión padres, en Medellín, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr* 2012; 41: 588-605.
- Tizón-García JL. A propósito del modelo biopsicosocial,

- 28 años después: epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Aten Primaria* 2007; 39: 93-7.
36. Tizón JL. El modelo biopsicosocial: la práctica de la teoría es imposible sin una política para la práctica [author reply]. *Aten Primaria* 2007; 39: 1-3.
37. Bensing JM, Verheul W, Van Dulmen AM. Patient anxiety in the medical encounter: a study of verbal and nonverbal communication in general practice. *Health Educ* 2008; 108: 373-83.
38. Casasbuenas-Duarte L. Reflexiones en torno a la enseñanza de la comunicación para la salud. *Iatreia* 2010; 23: 400-4.
39. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* 2004; 2: 576-82.
40. Tates K, Meeuwesen L. Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Sci Med* 1982; 52: 839-51.
41. Tates K, Elbers E, Meeuwesen L, Bensing J. Doctor-parent-child relationships: a 'pas de trois'. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 5-14.
42. Tates K, Meeuwesen L. 'Let mum have her say': turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Educ Couns* 2000; 40: 151-62.
43. Laidlaw TS, Kaufman DM, MacLeod H, Van Zanten S, Simpson D, Wrixon W. Relationship of resident characteristics, attitudes, prior training and clinical knowledge to communication skills performance. *Med Educ* 2006; 40: 18-25.
44. Wright KB, Bylund C, Ware J, Parker P, Query JL, Baile W. Medical student attitudes toward communication skills training and knowledge of appropriate provider-patient communication: a comparison of first-year and fourth-year medical students. *Med Educ* 2006; 11: 1-10.
45. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour? *Br J Gen Pract* 1990; 40: 455-8.
46. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 2000; 17: 422-7.