



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN
EXAMEN CLÍNICO OBJETIVO
ESTRUCTURADO (ECOIE) PARA
EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS
COMUNICACIONALES DE MÉDICOS
RESIDENTES”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTOR EN MEDICINA

RAY WILLY TICSE AGUIRRE

LIMA - PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Fredy Canchihuaman Rivera

JURADO DE TESIS

DR. LUIS ARTURO PEDRO SAONA UGARTE

PRESIDENTE

DR. JESÚS LORENZO CHIRINOS CÁCERES

VOCAL

DRA. LUZ AURORA CARBAJAL ARROYO

VOCAL

DRA. LARISSA OTERO VEGAS

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A mis padres, que me enseñaron la perseverancia.

A mi esposa, por su constante apoyo.

A Diego, por ser el motivo de mi vida.

AGRADECIMIENTO.

A todos los profesores y médicos residentes que participaron en este trabajo, por
su apoyo desinteresado

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Fondo de Apoyo a la Investigación.

Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III.	MARCO TEÓRICO	6
IV.	JUSTIFICACION DEL ESTUDIO	10
	5.1. Objetivo General:	11
	5.2. Objetivos Específicos:.....	11
VI.	METODOLOGIA.....	12
	6.1. Tipo y Diseño General del Estudio	12
	6.2. Operacionalización de Variables.....	12
	6.3. Universo de estudio, Selección y Tamaño de Muestra, Unidad de análisis y Observación.....	15
	6.4. Obtención de Datos	17
	6.5. Plan de Análisis de los Resultados	24
	6.6. Consideraciones Éticas.....	30
VII.	RESULTADOS	31
VIII.	DISCUSION	42
IX.	LIMITACIONES.....	53
X.	CONCLUSIONES.....	55
XI.	RECOMENDACIONES	56
XII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII.	TABLAS.....	63
XIV.	FIGURAS.....	73
XV.	ANEXOS.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education

AMEE: An International Association for Medical Education

CanMEDS: Royal College of Physicians of Canada)

CAT: Communication Assessment Tool

CICAA: Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar

CIEI: Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH

CONAREME: Comité Nacional de Residentado Médico

CS-FAMED: Centro de Simulación de la FAMED

DM-2: Diabetes Mellitus tipo 2

ECOE: Examen Clínico Objetivo Estructurado

EVOE: Examen Video Objetivo Estructurado

FAMED: Facultad de Medicina de la UPCH

GLM: Modelo Lineal Generalizado

HCH: Hospital Cayetano Heredia

IVC: Índice de Validez de contenido

MINSA: Ministerio de Salud del Perú

MFC: Medicina Familiar y Comunitaria

PUCC: Pontificia Universidad Católica Chile

RVC: Razón de Validez de Contenido

SMR: Respuesta Media Estandarizada

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar y validar un “Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO)E” para la evaluación de competencias comunicacionales en médicos residentes del programa de especialización de la FAMED-UPCH”.

Método: Se diseñó un ECO)E para evaluar las habilidades de comunicación. Este ECO)E utilizó la escala española C)CAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar) para calificar el desempeño de los médicos residentes. Mediante un comité de expertos en comunicación se determinó la validez de contenido de esta escala. Para determinar la sensibilidad al cambio se aplicó el ECO)E a 25 médicos residentes antes y después de un curso de entrenamiento en habilidades de comunicación. Para la validez discriminativa y confiabilidad de la escala C)CAA se elaboraron 02 videos: “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Análisis estadístico: Para la validez de contenido de la escala C)CAA se utilizó en índice de validez de contenido. Se utilizó el *Wilcoxon signed-rank* test para la sensibilidad al cambio; *t student* para comparar las medias de las calificaciones para la validez discriminativa; el Alfa de Cronbach para la consistencia interna; los índices Kappa de Fleiss y de Cohen para la confiabilidad inter evaluador e intra evaluador respectivamente. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo (IC:95%).

Resultados: Con las observaciones del comité de expertos se obtuvo la “Escala C)CAA modificada”. Las medias de las calificaciones realizadas por 23 evaluadores de los videos con y sin “Comunicación efectiva” fueron $19,45 \pm 8,08$ (IC 95%:15,87–23,03) y $41,31 \pm 6,28$ (IC 95%:38,53–44,10), respectivamente ($p < 0,001$). La media de las diferencias de las calificaciones después y antes del entrenamiento fue de 10,64 (IC 95%:6,69-14,58) ($p < 0,001$). La consistencia interna fue de 0.94. se obtuvo acuerdo inter evaluador excelente ($k > 0,75$), bueno (0,75-0,40), pobre ($< 0,40$) en 1, 12 y 16 ítems respectivamente.

Conclusiones: El ECO)E elaborado es válido para determinar sensibilidad al cambio. La escala C)CAA modificada mostró adecuada validez discriminante y consistencia interna. Se obtuvo pobre acuerdo en casi la mitad de los ítems de la escala C)CAA.

PALABRAS CLAVE:

EDUCACIÓN MÉDICA, COMUNICACIÓN, ECO)E, HABILIDADES

ABSTRACT

Objective: To develop and validate an Objective Structured Clinical Exam (OSCE) for the evaluation of communication skills in resident physicians of the FAMED-UPCH specialization program.

Method: An OSCE of a station was designed to assess communication skills. This OSCE used the Spanish CICAA scale (Connecting Identifying, Understanding Reaching Agreements and Helping to Act) to rate the performance of resident physicians. The content validity of this scale was determined by a committee of communication experts. To determine the sensitivity to change, the OSCE was applied to 25 resident physicians before and after a training course in communication skills. For the discriminative validity and reliability of the CICAA scale, two videos were made showing clinical encounters: "Effective communication" and "Ineffective communication".

Statistical analysis: For the content validity of the CICAA scale, the content validity index was used. The Wilcoxon signed-rank test was used for sensitivity to change; T-student to compare the means of the scores for discriminative validity; Cronbach's Alpha for internal consistency; Fleiss and Cohen's Kappa indices for inter-rater and intra-rater reliability, respectively. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant (CI: 95%).

Results: With the observations of the expert committee, the "Modified CICAA Scale" was obtained. The means of the ratings made by 23 evaluators of the videos with and without "effective communication" were 19.45 ± 8.08 (95% CI: 15.87–23.03) and 41.31 ± 6.28 (95% CI: 38.53–44.10), respectively ($p < 0.001$). The mean differences in scores after and before training was 10.64 (95% CI: 6.69-14.58) ($p < 0.001$). The internal consistency was 0.94. Excellent ($k > 0.75$), good (0.75-0.40), poor (< 0.40) inter-rater agreement was obtained in 1, 12 and 16 items respectively.

Conclusions: The ECOE prepared is valid to determine sensitivity to change. The modified CICAA scale showed adequate discriminant validity and internal consistency. Poor agreement was obtained on almost half of the items on the CICAA scale.

KEY WORDS:

MEDICAL EDUCATION, COMMUNICATION, OSCE, SKILLS.

I INTRODUCCIÓN

Existen varias razones que deben estimular a los médicos residentes a entrenarse en habilidades de comunicación médico paciente, pueden obtener mejores resultados en diversas actividades: obtención de información en la anamnesis, diagnósticos acertados, adherencia y respuesta al tratamiento (1,2). Una mejor comunicación de parte de los profesionales de la salud puede evitar la generación de reclamos; en el caso de los médicos de que realizan labores no quirúrgicas, la mayoría de quejas o reclamos están referidos a la manera como se entregó información al paciente o sus familiares (3).

Los estándares recomendados por centros acreditadores en educación médica de países de altos ingresos económicos, como el CanMEDS (*Royal College of Physicians of Canada*) y el ACGME (*Accreditation Council for Graduate Medical Education*) de EUA, han considerado que además de lograr objetivos en el conocimiento, habilidades y actitudes clínicas específicas, los médicos residentes deben desarrollar habilidades en diversas competencias transversales: en comunicación interpersonal, liderazgo, trabajo en equipo y profesionalismo (4-6). En el Perú, el CONAREME (Comité Nacional de Residentado Médico) se encarga de señalar las habilidades, aptitudes y destrezas que se deben lograr durante el programa de especialización; también recomienda que se brinde entrenamiento sobre comunicación clínica, sin embargo, no señala de manera específica las estrategias que se deben aplicar para desarrollarla ni propone escalas para evaluar esta competencia (7,8).

Existen diversos métodos o modelos de entrevista clínica que inciden en la mejora de la comunicación médico paciente; uno de estos es el método CICAA (cuyo

acrónimo resume las tareas que componen este método: Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar) (9,10). Este método, cuenta con una escala de calificación que lleva el mismo nombre (Escala CICAA), se está aplicando recientemente de manera transversal en la FAMED (Facultad de Medicina de Universidad Peruana Cayetano Heredia), inicialmente sólo lo utilizaba el programa de especialización de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC). Esta escala fue creada y validada en España, país en el cual varios programas de especialización la utilizan en el Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) (10,11).

El ECO se define como una herramienta de evaluación basada en los principios de objetividad y estandarización, en la cual los estudiantes se desplazan a través de una serie de estaciones de tiempo limitado en un circuito con el propósito de evaluar el desempeño profesional en un entorno simulado. En cada estación, los responsables evalúan y marcan en las rúbricas de calificación estandarizadas (12).

En la FAMED, durante los años 2013-2015, mediante un convenio institucional, la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUCCH), capacitó a 56 profesores mediante un diplomado en Docencia en Medicina compuesto de seis módulos: Desarrollo Curricular, Elaboración y Evaluación de Programas, Preparación de Clases, Docencia Clínica Tutorial, Simulación y Evaluación del Aprendizaje para el Aprendizaje. Como efecto directo de esta capacitación, los programas de pregrado y posgrado, que están usando el ECO de manera regular en el Centro de Simulación de la FAMED (CS-FAMED) para el entrenamiento de la comunicación clínica; utilizan las plantillas y lista de verificación para la elaboración de estaciones según lo recomendado por la PUCCH.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital Cayetano Heredia (HCH), principal sede docente de la FAMED, en el año 2018 se aplicó una encuesta a los pacientes para determinar la percepción que tienen sobre la comunicación de los médicos residentes y especialistas. El instrumento utilizado fue el “CAT” (*Communication Assessment Tool*) que tiene quince preguntas y puede ser auto administrado. La población estuvo constituida por pacientes que acudieron a la consulta ambulatoria de 10 especialidades clínicas (13). Se encontró que sólo el 12,11% de los encuestados percibió como “excelente” la comunicación; un valor muy inferior a lo usualmente reportado con esta escala. Los pacientes jóvenes y con mayor grado de instrucción tuvieron una mejor percepción de la comunicación de los médicos.

Es necesario que los médicos se entrenen en métodos de comunicación que consideren la opinión de los pacientes. En un estudio que realizamos el año 2018 en el HCH se aplicó una encuesta para determinar el tipo de encuentro clínico que preferían los pacientes y estudiantes de la carrera de Medicina. Se testeó mediante la encuesta “Relación médico-paciente de la Pontificia Universidad Católica de Chile” a cien pacientes hospitalizados en salas de Medicina Interna, e igual número de estudiantes de pregrado y médicos residentes de la FAMED (14). El tipo de relación que tuvo una mejor percepción fue el de tipo “Alianza” en los tres grupos lo que implica que se debe mejorar la enseñanza en modelos de entrevista clínica estructurada que consideren mayor participación de los pacientes.

En la FAMED, previo a este trabajo de investigación, no se brindaba entrenamiento en habilidades de comunicación de manera transversal, por ejemplo, en la encuesta

que realizamos sobre el nivel de empatía a 100 médicos residentes, sin incluir a los del programa MFC, sólo el 10% declararon haber tendido entrenamiento previo sobre empatía o habilidades en comunicación (15).

En el Perú, sólo hay dos publicaciones que utilizaron la escala CICAA para calificar las habilidades en comunicación, no se determine la validez ni confiabilidad de la escala. En el estudio de Quispe y col (16) se realizó una evaluación a 62 internos que realizaban su entrenamiento durante el 2016 en el Hospital Goyeneche, sede docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional San Agustín de Arequipa (UNSA). En este estudio se filmaba la interacción entre el interno de medicina, su tutor y un paciente. La calificación fue realizada por dos médicos residentes de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFC) previamente entrenados por un médico experto. En el estudio de Díaz y col (17) se evaluaron a 28 médicos residentes del programa de especialización en Oncología que realizaron su entrenamiento durante el 2016 en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN NORTE), sede docente de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Los médicos residentes eran filmados durante una entrevista clínica, luego se calificaba el encuentro clínico por el tutor y el propio médico residente.

En la FAMED, se están aplicando cursos para consolidar la comunicación clínica como una competencia de los egresados de los programas de especialización, como lo recomiendan los centros acreditadores nacionales e internacionales; sin embargo, se debe desarrollar y validar herramientas de evaluación, estos deben permitir discriminar a los estudiantes que logran habilidades en comunicación de los que están en proceso de lograrlo. El uso de la escala CICAA en el ECOE puede servir

en este propósito, sus características psicométricas han sido determinadas, pero está pendiente su validación a nivel local para poder utilizarla en la calificación formativa o sumativa en escenarios de simulación o reales (18,19).

III. MARCO TEÓRICO

La comunicación clínica es una competencia médica que puede ser gradualmente evaluada en base a la verificación de los logros de aprendizaje del conocimiento, habilidades y actitudes que componen la comunicación. Para ello se puede utilizar la pirámide propuesta por *Miller* (7) de cuatro niveles; En el primer nivel, la base, corresponde a determinar el grado de conocimientos teóricos que demuestran los alumnos «Saber» (ej. Exámenes de respuesta corta sobre métodos de entrevista). En el segundo, se refiere a valorar como aplican los alumnos los conocimientos a problemas concretos «saber cómo» (Ej. Casos clínicos sobre entrega de malas noticias). En el tercer nivel, ubica instrumentos que retan a los alumnos a «mostrar cómo» aplican sus habilidades y actitudes, además del conocimiento evaluado en los primeros dos niveles, en situaciones que son similares a escenarios reales (Ej. Escenarios con pacientes simulados, ECOE). En el cuarto nivel, evalúa el “hacer” del alumno en la práctica habitual (Ej. Videgrabaciones de su desempeño con pacientes reales) (20,21).

La comunicación clínica depende del desarrollo de habilidades de parte del personal de salud. Cada habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se pueden realizar de manera repetida. Por ejemplo, en el caso de la empatía se puede lograr cuando se escucha a la otra persona, comprender lo que significa esto para el otro, y transmitir que le estamos comprendiendo (15,22). El método CICAA reconoce las siguientes habilidades “estratégicas”: recibir, escuchar, cerrar, empatizar, preguntar, integrar y comprobar (10).

El método CICAA es un modelo de comunicación clínica basada en las recomendaciones del “*Consenso de Toronto- Kalamazoo*” para construir una relación centrada en el paciente: Abrir la conversación hablando con tono y volumen naturales; recopilar información mediante escucha activa y comunicación no verbal; comprender la perspectiva del paciente (Empatía); compartir información, repitiendo la relevante y obviando la irrelevante; llegar a un acuerdo sobre los problemas y planes; cerrar la conversación (23,24).

El ECOE ofrece diversas ventajas en la evaluación de habilidades de comunicación: escenarios uniformes para los alumnos, seguridad para los pacientes, no tiene riesgo de litigio, se puede acceder a la retroalimentación de parte de los pacientes simulados, las estaciones se pueden adaptar al nivel que se desea evaluar, permite la demostración en situaciones clínicas de emergencia, permite la repetición, entre otras (25,26).

Según *Khan KZ y col* (12): “Los pacientes simulados son actores, profesionales o no, que representan a pacientes reales respecto a sus síntomas o signos que son motivo de consulta, y a sus respuestas, verbales y no verbales, ante las preguntas y examen físico realizado por el profesional de salud. Además, estos toman en cuenta las expectativas, actitudes, inquietudes, y estado de ánimo del paciente. Esto se desarrolla de acuerdo a un guion previamente elaborado por los diseñadores del ECOE”. Es el paciente simulado que brinda las mismas respuestas a requerimientos similares de parte de los alumnos. Para lograr la estandarización se requiere de entrenamiento hasta que las respuestas hasta lograr una estandarización en sus respuestas.

Los ECOE requieren de pautas de calificación, como “escalas, rubricas, o listas de verificación”, permiten guiar a los evaluadores sobre lo que se espera que haga o resuelva el estudiante, además, facilita que la evaluación sea estandarizada (27). La escala CICAA fue elaborada originalmente en el idioma Castellano y se caracteriza principalmente por recopilar información sobre aspectos psicosociales y la participación del paciente en la toma de decisiones (9,10). Esta escala está conformada por 29 ítems, utiliza una escala de Likert de tres valores para calificar las habilidades de comunicación (Anexo 1). Los ítems están agrupados en los dominios: Conectar bien (ítems 1-6), Identificar y comprender los problemas de salud (ítems 7-20), y obtener un acuerdo con el paciente y/o familia (ítems 21-29). Si el evaluador considera que un ítem no corresponde evaluar indicará “No Procede”. Se reconocen 6 factores de esta escala: exploración de la esfera psicosocial (ítems 5, 10-16, 18 y 26) información (ítems 21-24 y 28), escucha activa (ítems 2, 4, 7, 8, 9, 20) discusión sobre la toma de decisiones y compromisos finales (ítems 6, 25 y 29), tratamiento del desacuerdo (ítem 27) y recibimiento (ítem 1) (28).

El examen de video objetivo estructurado (EVOE), es un derivado del ECOE, es una evaluación escrita basada en la observación de uno o más videos; proporciona una forma eficiente y económica de evaluar el conocimiento de las habilidades de comunicación. Con esta técnica, normalmente se pide a los estudiantes que vean una serie de interacciones en video entre un médico y un paciente. Luego, resuelven preguntas escritas, diseñadas para evaluar la capacidad para identificar, comprender o criticar las habilidades de comunicación representadas en el video. Sin embargo,

la validez de la herramienta como instrumento de evaluación en estudiantes no se ha estudiado ampliamente (29).

IV. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Existe la percepción, de parte de los pacientes, de que la comunicación clínica en la atención ambulatoria local es de mala calidad. Para mejorarla se debe estimular el entrenamiento y la aplicación de modelos de entrevista estructurada con su correspondiente evaluación (13). Para la evaluación de la comunicación es crítico contar con herramientas que evalúen más cercanamente lo que ocurriría en la práctica clínica rutinaria.

Los resultados de este estudio son relevantes porque permiten desarrollar un ECOE y determinar su calidad en la evaluación de la comunicación clínica; en particular la calidad de la escala utilizada sobre el nivel de adaptación cultural, validez, confiabilidad y sensibilidad al cambio. Como parte de este proceso se muestra el nivel de estandarización o coincidencia que tienen los evaluadores para la calificación de la comunicación como competencia clínica.

La evaluación psicométrica de la escala CICAA brinda datos sobre la factibilidad de su uso no sólo en los ECOE sino también en la propia práctica clínica.

Los resultados pueden utilizarse para implementar diversas estaciones de ECOE en la FAMED para la evaluación de competencias comunicacionales.

V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General

Desarrollar y validar un Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) para la evaluación de competencias comunicacionales en médicos residentes.

5.2. Objetivos Específicos

1. Diseñar un ECO para habilidades de comunicación
2. Determinar la validez de contenido de la escala de calificación utilizada en el ECO.
3. Determinar la validez discriminante de la escala de calificación utilizada en el ECO.
4. Evaluar la sensibilidad del ECO al cambio.
5. Evaluar la confiabilidad de la escala de calificación utilizada en el ECO.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Tipo y Diseño General del estudio

Estudio de validación de pruebas o instrumentos, específicamente de una estación de ECOE.

El estudio se realizó en el Centro de Simulación de la FAMED (CS-FAMED) en Lima, Perú.

6.2. Variables operativas

Objetivos	Variable	Definición de variables principales
Diseñar un ECOE para habilidades de comunicación	Caracterización de un ECOE para habilidades de comunicación	Descripción del proceso de construcción del ECOE para habilidades de comunicación
Determinar la validez de contenido de la escala de calificación	Relevancia, Claridad Congruencia	
Determinar la validez discriminante de la escala de calificación	Variable Dependiente Videos con escenarios de comunicación efectiva Variable independiente Calificación de comunicación efectiva	Evaluador Experto: Médicos que han recibido entrenamiento en el método CICAA, con al menos 03 años de experiencia como profesores en habilidades de comunicación médico paciente. Evaluador No Experto: Médicos que han recibido entrenamiento en el método CICAA; sin embargo, no realizan actividad docente. Participaron en la calificación de las habilidades de comunicación de los médicos residentes.

<p>Evaluar la sensibilidad del ECOE al cambio</p>	<p>Variable Dependiente</p> <p>Habilidades en comunicación medidas por expertos con el uso de la escala CICAA y una prueba escrita</p> <p>Variable Independiente</p> <p>Entrenamiento corto de habilidades en comunicación</p>	<p>Calificación del ECOE: Calificación de las habilidades de comunicación mostradas por los médicos residentes en el ECOE mediante la escala CICAA.</p> <p>Calificación del Experto Externo: Calificaciones otorgadas por Evaluador externo mediante la escala CICAA a las habilidades de comunicación mostradas en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”. El evaluador experto externo fue el doctor Luis Aguilera, médico especialista en MFC, profesor asociado en la Universidad de Valladolid de España; realiza de manera regular entrenamiento y evaluaciones sobre habilidades de comunicación en estudiantes de la carrera de medicina y los programas de especialización de posgrado en universidades de España y Latinoamérica.</p> <p>Médico Residente: Médico cirujano que está siguiendo un programa de formación de posgrado por la cual accede a su formación especializada que conduce a la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional, que es inscrito en el Colegio Médico del Perú.</p> <p>Entrenamiento corto en habilidades de comunicación: Curso de 24 horas académicas, de acuerdo a un silabo aprobado por la oficina de Educación Continua de la FAMED (Anexo 2), tuvo las siguientes estrategias de enseñanza: de 24 horas de duración; clases teóricas, talleres grupales,</p>
---	--	---

		juegos de roles “role-play” y retroalimentación (Figura 1).
Evaluar la confiabilidad de la escala de calificación	<p>Consistencia interna</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades de comunicación por médicos residentes</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades de los médicos residentes comunicación</p>	<p>Calificación de los videos: Calificación de las habilidades de comunicación mostradas por el médico residente en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva” mediante la escala CICAA.</p> <p>Porcentaje de aciertos: Porcentaje de aciertos de acuerdo a las calificaciones otorgadas por el experto externo a las habilidades de comunicación mostrada en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.</p>
	<p>Variabilidad inter evaluador</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades de comunicación por expertos</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades por expertos</p>	
	<p>Variabilidad intra evaluador</p> <p>Variable Dependiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades de comunicación por profesor</p> <p>Variable Independiente:</p> <p>Calificaciones de las habilidades por expertos</p>	

6.3. Universo de estudio, Selección y Tamaño de Muestra, Unidad de análisis y Observación.

Objetivos específicos	Universo de estudio	Tamaño de muestra y selección	Unidad de análisis
Diseñar un ECOE para habilidades de comunicación	No Aplica	No Aplica	Estación de ECOE
Determinar la validez de contenido de la escala de calificación	Médicos expertos en comunicación	Seis expertos No probabilística, por conveniencia.	Cuestionario sobre claridad, relevancia y congruencia ítem-dominio
Determinar la validez discriminante de la escala de calificación	Evaluadores expertos	Veintidós expertos de la FAMED* No probabilística, por conveniencia.	Calificaciones otorgadas mediante la escala CICAA

	Evaluadores no expertos	Veinte no expertos egresados de la FAMED* No probabilística, por conveniencia.	Calificaciones otorgadas mediante la escala CICAA
Evaluar la sensibilidad del ECOE al cambio	Médicos residentes de primer año	Veinticinco médicos residentes. No probabilística, por conveniencia.	Calificaciones otorgadas mediante la escala CICAA
Evaluar la confiabilidad de la escala de calificación		Veintidós expertos de la FAMED* No probabilística, por conveniencia.	Calificaciones otorgadas mediante la escala CICAA

*Se invitó a todas las personas de estos grupos y el número total refleja quienes finalmente aceptaron participar.

6.4. Obtención de Datos

6.4.1. Diseño de un ECOE para habilidades de comunicación

Para el diseño y elaboración del ECOE se siguieron las recomendaciones de la Guía N°81 de la AMEE (*An International Association for Medical Education*) sobre la organización y administración de un ECOE (12). Se siguieron los siguientes pasos:

1. Elección del tema de la estación. El tema debió ser sobre una evaluación clínica realizada por un médico general y un paciente, en un consultorio de medicina general. Se consideraron los temas utilizados para los ECOE diseñados para la evaluación clínica de alumnos de pregrado de FAMED: dolor lumbar, asma bronquial, dislipidemia, probable diagnóstico de diabetes e hipertensión arterial.
2. Elección de la persona que redacte la estación: Debe tener experiencia en el diseño y evaluación de ECOE.
3. Elección del tipo de estación: requiere observación, no requiere observación, necesita de uso de tecnología o maniquís, compuesta por estaciones vinculadas.
4. Elección de la plantilla para la redacción de una estación de ECOE.
5. Aplicación de una lista o rúbrica de chequeo del ECOE
6. Talleres de revisión por pares.
7. Prueba piloto.
8. Elección de una escala de calificación: Lista de chequeo o escala global de calificación.
9. Análisis psicométrico.
10. Entrenamiento de potenciales evaluadores.

11. Entrenamiento de pacientes simulados o estandarizados.

6.4.2. Validez de contenido de la escala de calificación

La validez de contenido se obtuvo a través de un “Grupo de expertos en comunicación” mediante la Modelo de Fehring. El grupo estuvo conformado por seis médicos:

- José Argentino Nestares Rojas: Médico Especialista en MFC, Médico Asistente en el Centro de Salud Condevilla del MINSA. Diplomado en Docencia en Medicina por la PUCC.
- Rosario Cuba Fuentes: Médico especialista en MFC, Medico asistente en el Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores Lima de ESSALUD. Docente de Especialidad MFC en Universidad Científica del Sur.
- Pamela Susan Carrillo Onofre: Médico Especialista en MFC. Medico Asistente en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo de ESSALUD.
- Ana Cecilia Olascoaga Mesía: Médico especialista en Medicina Interna, Médico Asistente en el Hospital Arzobispo Loayza del MINSA. Diplomada en Docencia en Medicina por la PUCC. Coordinadora de la Especialización en Medicina Interna, Coordinadora del Curso de Comunicación para Médicos Residentes, UPCH.
- Otto Barnaby Guillen López: Médico especialista en Medicina Interna, Médico Asistente en el Hospital Arzobispo Loayza del MINSA. Diplomado en Docencia en Medicina por la PUCC.

- Alberto Guerra García Campos: Médico General, Magister en Ciencias de la Salud con área de concentración en Salud Ambiental. Diplomado en Docencia en Medicina, PUCC, Instructor en Simulación Clínica por el *Institute for Medical Simulation* (CMS-Harvard). Coordinador de los Cursos en Comunicación de la carrera de Medicina, UPCH.

El instrumento utilizado para la validez de contenido fue el cuestionario sobre la relevancia, claridad y congruencia ítem-dominio de la escala de calificación (Anexo 3). Cada experto de manera independiente resolvió este cuestionario y enviaron sus respuestas por vía electrónica.

Se tomaron mediciones sobre la percepción sobre la claridad de la pregunta y la calificación sobre la relevancia de cada ítem. Los ítems que no fueron observados por el comité quedaron incluidos en la escala; los que tuvieron observaciones fueron reformulados, luego, enviados al comité para su revisión y aprobación.

6.4.3. Validez discriminante de la escala de calificación

La validez discriminante mide el grado del instrumento para distinguir entre individuos que se espera que sean diferentes.

La población de estudio para este objetivo fueron evaluadores expertos y no expertos de la FAMED. Se invitó a participar a 26 evaluadores expertos: 20 especialistas en MFC, 02 médicos internistas, 02 médicos psiquiatras, 01 médicos generales y un médico neumólogo. Se invitó a 24 evaluadores no expertos: 20 especialistas en MFC, 02 médicos internistas, un médico psiquiatra y un médico general.

Los instrumentos para determinar la validez discriminante fueron los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”. El escenario utilizado en estos videos fue el mismo del ECOE diseñado en el primer objetivo específico. Ambos videos tuvieron características similares como: el tiempo de duración, las mismas personas en los roles de médico y paciente simulada, así como la vestimenta y consultorio utilizado. Sin embargo, mostraron dos versiones distintas de las habilidades de comunicación. El rol de médico fue desempeñado por un médico que fue seleccionado de un grupo de tres médicos residentes de primer año de la especialidad de MFC. La selección se basó en el desenvolvimiento y comodidad de sentirse filmado luego de dos sesiones de entrenamiento de tres horas de duración cada una (Figura 2).

Las mediciones para determinar la validez discriminante fueron las siguientes:

1. Comparación de las calificaciones otorgadas por los evaluadores expertos al video “Comunicación efectiva” versus el video “Comunicación no efectiva”.
2. Comparación de los porcentajes de aciertos de los evaluadores expertos versus no expertos. Los aciertos se basaron en las calificaciones otorgadas por el experto externo por cada ítem en ambos videos.

Las encuestas fueron resueltas de manera presencial o virtual. Para la modalidad presencial se concertaron citas con los expertos de acuerdo a su disponibilidad, estos visualizaban los videos en una laptop. Se utilizó “Google Drive” para cargar los videos para la modalidad virtual. Los videos fueron denominados: “Video 1” y “Video 2” (Figura 3).

6.4.4. Sensibilidad del ECOE al cambio

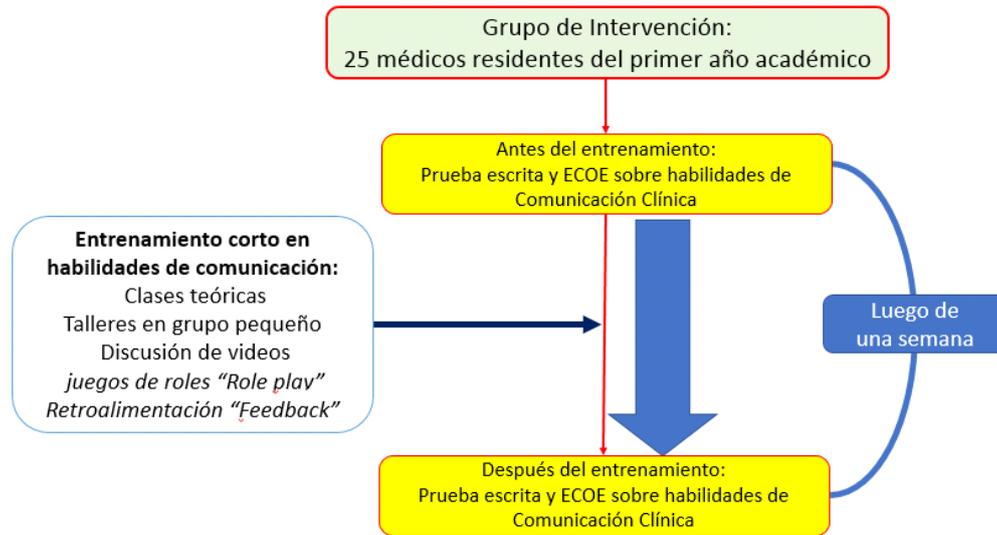
La población fueron 25 médicos residentes de primer año de especialidades clínicas. La dirección de especialización de la FAMED fue la encargada de convocar a los médicos residentes de MFC, medicina interna y pediatría.

El instrumento utilizado para determinar la sensibilidad al cambio fue el uso de la Escala de calificación CICAA modificada como parte del ECOE. El ECOE fue realizado en un consultorio ambulatorio del CS-FAMED. Los evaluadores se ubicaron en la sala de observación adjunta, separada mediante un vidrio de visión unidireccional. Se contó con 02 pacientes simuladas que participan de manera regular en los cursos del CS-FAMED. Se logró la estandarización entre ambas pacientes luego de 06 horas de entrenamiento, divididos en 03 sesiones.

El curso corto en comunicación se realizó de acuerdo a un sílabo aprobado por la oficina de Educación Continua de la FAMED (Anexo 2), tuvo las siguientes características: de 24 horas de duración; clases teóricas, talleres grupales, juegos de roles “*role-play*” (Figura 1).

Las mediciones fueron las calificaciones obtenidas por los médicos residentes en el ECOE antes y después del entrenamiento corto de habilidades en comunicación, adicionalmente se aplicó una prueba escrita de conocimientos en habilidades de comunicación (Figura 4).

Flujograma para evaluar la sensibilidad del ECOE al cambio



6.4.5. Confiabilidad de la escala de calificación

La población fueron los evaluadores expertos y no expertos de la FAMED que participaron en la validez discriminante: Se invitó a participar a 26 evaluadores expertos: 20 especialistas en MFC, 02 médicos internistas, 02 médicos psiquiatras, 01 médicos generales y un médico neumólogo. Se invitó a 24 evaluadores no expertos: 20 especialistas en MFC, 02 médicos internistas, un médico psiquiatra y un médico general.

Los instrumentos para determinar la confiabilidad de la escala de calificación fueron los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Se tomaron las siguientes mediciones: consistencia interna, nivel de acuerdo inter observador e intra observador. Para determinar esta última se utilizaron las calificaciones obtenidas en dos momentos: basal y a los dos meses.

6.5. Plan de Análisis de Resultados

De acuerdo a los señalado por *Pinzon F* y col, para determinar la validez de contenido, se calcula el índice de validez de contenido (IVC) y la razón de validez de contenido (RVC) mediante el modelo cuantitativo de *Lawshe* modificado (30,31). El IVC debe al menos alcanzar un valor igual o mayor a 0,58; se determinó su valor para cada uno de los expertos, y los valores de IVC y RVC para cada uno de los ítems de la escala.

Para determinar la validez de contenido, se calculó el índice de validez de contenido (CVI) del instrumento mediante el modelo cuantitativo de *Lawshe* modificado (30,31). De acuerdo al mismo, el índice de validez de contenido debe al menos alcanzar un valor igual o mayor a 0,58.

$$\frac{\text{Número de ítems con puntuación entre 3 y 4}}{\text{Número total de ítems}}$$

Se determinó la validez de contenido

$$CVR = \frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

Dónde:

ne = número de expertos que tiene acuerdo en las categorías 3 y 4

N = número total de expertos

Se calculó la razón de validez de contenido para cada ítem (Modelo Lawshe Modificado)

$$CVR' = \frac{CVR + 1}{2}$$

Dónde: $CVR =$ La razón de validez de contenido para cada ítem

$N=$ número total de expertos

Para evaluar la validez discriminante, se compararon las medias de las calificaciones de los vídeos "Comunicación efectiva" y "Comunicación no efectiva". Debido a que tuvieron una distribución normal se aplicó *t student*.

Respecto a la sensibilidad al cambio, se calcularon las medias de las calificaciones obtenidas en el ECOE, antes y después del entrenamiento, global y según cada ítem o dominio. Se utilizó la prueba de *Wilcoxon signed-rank test* para determinar la significancia de las diferencias. Se midió la Respuesta Media Estandarizada (SMR) para determinar el tamaño del efecto.

Se realizó el análisis de Regresión del Modelo Lineal Generalizado (GLM) para determinar si el género de los participantes y/o los resultados en la prueba de conocimientos teóricos influenciaron en las calificaciones obtenidas en el ECOE.

Para evaluar la confiabilidad, se analizó los valores del *Alfa de Cronbach*, el índice *Kappa de Fleiss* para determinar la variabilidad inter evaluador, el índice *Kappa de Cohen* para la variabilidad intra observador. Se utilizaron los siguientes criterios: $k > 0,75$ (excelente); $0,75 - 0,40$ (bueno) y $< 0,40$ (pobre).

Debido a que no se calculó el número de muestra se procedió a calcular la potencia de los estudios para la prueba de sensibilidad al cambio y la validez discriminante.

Para todos los *test* aplicados se consideró como diferencias estadísticamente significativas a valores de $p < 0,05$, con intervalos de confianza de 95%. La tabla

presentada a continuación, ilustra la relación entre cada uno de los objetivos específicos y la población, los instrumentos las mediciones y el plan de análisis.

Tabla de resumen del análisis estadístico:

Objetivos específicos	Población	Instrumento	Mediciones	Plan de análisis
Diseñar un ECOE para habilidades de comunicación	No Aplica	Guía N°81 de la AMEE sobre la Organización y Administración de los ECOE	Guía de verificación de la estación (Anexo 4) y Ficha de evaluación utilizada por el comité revisor (Anexo 5).	Verificación de la aplicación de las etapas del diseño
Determinar la validez de contenido de la escala de calificación	Expertos en comunicación	Cuestionario sobre la relevancia, claridad y congruencia ítem-dominio de la escala de calificación (Anexo 3).	Percepción sobre la claridad de la pregunta Calificación sobre la relevancia de cada ítem	Índice de Validez de Contenido (IVC) y Razón de Validez de Contenido (RVC)
Determinar la validez discriminante de la escala de calificación	Evaluadores expertos	Videos del encuentro clínico entre un médico y un paciente: “Comunicación eficaz” y “Comunicación no eficaz”	Calificaciones de las habilidades de comunicación mostradas en los videos: “Comunicación eficaz” versus “Comunicación no eficaz”	Prueba paramétrica <i>t- student</i> para muestras pareada

	Evaluadores expertos y no expertos	Videos del encuentro clínico entre un médico y un paciente: “Comunicación eficaz” y “Comunicación no eficaz”	Porcentaje de aciertos con las calificaciones otorgadas por el experto externo: evaluadores expertos versus no expertos	Prueba paramétrica <i>t- student</i> para muestras no pareadas Determinar la potencia del estudio
Evaluar la sensibilidad del ECOE al cambio	Médicos residentes de primer año	Escala de calificación CICAA modificada como parte del ECOE	Calificaciones obtenidas por los médicos residentes en el ECOE antes y después del entrenamiento	Prueba No paramétrica de Wilcoxon signed-rank test, Regresión del Modelo Lineal Generalizado y determinar la potencia de la muestra
Evaluar la confiabilidad de la escala de calificación	Evaluadores expertos	Calificaciones de las habilidades de comunicación mostradas en los videos: “Comunicación eficaz” y “Comunicación no eficaz”	Consistencia interna	Alfa de Cronbach

	<p> Evaluadores expertos </p>	<p> Calificaciones de las habilidades de comunicación mostradas en los videos: “Comunicación eficaz” y “Comunicación no eficaz” </p>	<p> Nivel de acuerdo inter observador </p>	<p> Kappa de Fleiss </p>
	<p> Evaluadores expertos </p>	<p> Calificaciones de las habilidades de comunicación mostradas en los videos: “Comunicación eficaz” y “Comunicación no eficaz” </p>	<p> Nivel de acuerdo intra observador </p>	<p> Kappa de Cohen </p>

6.6. Consideraciones Éticas

El presente proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI). El 15/12/2015 fue aprobado bajo la categoría de aprobación EXPEDITA, con código de inscripción 65181 (Constancia 601-26-15).

- El 19/11/2018 fue aprobada la ENMIENDA/MODIFICACIÓN del proyecto.
- El 05/11/2019 fue aprobada la RENOVACIÓN del proyecto (Constancia R-227-25-19).

Los médicos residentes, médicos expertos y no expertos en comunicación fueron informados que el proyecto tenía fines de investigación en educación médica, firmaron el consentimiento de acuerdo a lo presentado al CIEI. Se ha resguardado la identificación y la confidencialidad de la población de estudio.

VII. RESULTADOS

7.1 Diseño de un ECOE para habilidades de comunicación

Para el diseño y elaboración del ECOE se siguieron las recomendaciones de la Guía N°81 de la AMEE (*An International Association for Medical Education*) sobre la organización y administración de un ECOE (12). Se siguieron los siguientes pasos:

1. Elección del tema de la estación: Se seleccionó el tema “Diagnóstico de Diabetes Mellitus”.
2. Elección de la persona que redacte la estación: Se determinó que el investigador principal sea el que redacte la primera versión, esto por tener experiencia en la elaboración y evaluación de un ECOE. Se redactó una versión en idioma Castellano, adaptada a nuestro contexto del escenario “*Explaining a new diagnosis of type 2 diabetes*” del libro de texto sobre ECOE “*Macleod’s Clinical OSCEs*” (32) (Anexo 6). Se redactó el guion de la paciente simulada (Anexo 7) y las indicaciones para los alumnos antes de ingresar al escenario (Anexo 8).
3. Elección del tipo de estación: Se seleccionó un escenario del tipo “observacional” porque es el que se usa en escenarios de comunicación (12).
4. Elección de la plantilla para la redacción de una estación de ECOE: Plantilla de la PUCC (Anexo 6). Este tipo de plantilla se está utilizando en la FAMED de manera regular desde que la PUCC dictó diplomados presenciales de Docencia en Medicina.

5. Aplicación de una lista o rúbrica de chequeo del ECOE: Se utilizó la lista de verificación de escenarios de ECOE recomendadas por la facultad de medicina de la PUCC (Anexo 4).
6. Talleres de revisión por pares: La versión elaborada de la estación “Diagnóstico de diabetes mellitus” fue presentada a un “Comité revisor de ECOE” conformado por tres profesores de la FAMED, con entrenamiento en comunicación clínica y elaboración de escenarios de ECOE. Se adjuntó la ficha recomendada por la AMEE para su valoración por el mencionado comité (12) (Anexo 5).
7. Prueba piloto: Se realizó con la participación de dos profesores que realizaron el rol de médico residente.
8. Elección de una escala de calificación: Se determinó que sería la Escala CICAA por tener una puntuación holística (escala de calificación global), propicia para la calificación de las habilidades de comunicación y estar validada en idioma castellano.
9. Análisis psicométrico.
10. Entrenamiento de potenciales evaluadores: No se realizó entrenamiento específico en el uso de la escala.
11. Entrenamiento de pacientes simulados o estandarizados: Participaron los pacientes simulados que concurren regularmente a los cursos de entrenamiento en comunicación y habilidades clínicas que se realizan en el CS-FAMED. Se realizó entrenamiento específico de acuerdo al guion elaborado.

7.2 Validez de contenido de la escala de calificación

Sobre el proceso de adaptación cultural y validez de contenido de la escala CICAA, las observaciones consolidadas del “Grupo de expertos en comunicación” se presentan en el Anexo 9. En el dominio 1 (Tarea “Conectar”) no se obtuvo observaciones para los ítems 3 y 5. En el dominio 2 (Tareas “Identificar y comprender los problemas”) no se obtuvo observaciones para los ítems 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18 y 20. En el dominio 3 (Tareas “Acordar y ayudar a actuar”) no se obtuvo observaciones para los ítems 21, 22, 24, 26, 28 y 29.

Los resultados que obtuvimos tuvieron semejanzas a las obtenidas por Pinzón y col (32)(30). Por ejemplo, ellos modificaron tres preguntas: “*Reordenador*” por “*computadora*” (Ítem N°2; “*reactividad*” por “*disposición*” (Ítem N°7), “*pistas*” por “*información clave*” (Ítem N°10). Nosotros también modificamos las mismas palabras en los ítems N°2 y N°10, utilizamos “*computadora*” y “*pistas o señales*”. Adicionalmente, en los ítems N°8 y N°19 se modificaron las palabras “*discurso*” y “*demanda*” por “*relato*” y “*consulta*”, respectivamente. La mayoría de los miembros del grupo recomendó no utilizar el término “*En qué medida*”, esto coincide con la versión de la escala que está publicada en el libro de autoría de Roger Ruiz “*Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar*” (24).

En base a las observaciones antes referidas, con la participación de un médico experto no miembro del comité, se elaboró una nueva versión del cuestionario el cual fue enviado por vía electrónica a cada miembro del grupo para que brinden su conformidad o señalen que otras observaciones tienen pendientes. Sólo se recibió

dos observaciones con las cuales se obtuvo la “Escala CICAA modificada” (Anexo 10).

Cada uno de los expertos calificó los índices de validez de relevancia y claridad con valores altos (Tabla 1). Respecto a los Índices de Validez de Contenido y Razón de Validez de Contenido por cada ítem, los expertos calificaron los ítems 16 y 18 con valores bajos (0,33 y 0,66 respectivamente) (Tabla 2).

7.3 Validez discriminante de la escala de calificación

El primer resultado de esta sección fue la obtención de los videos que fueron utilizados como instrumentos. Estos fueron obtenidos luego 06 horas de ensayo en la que participaron la paciente simulada y el médico residente seleccionada para la grabación. Se contrató a una empresa externa a la UPCH para contar con equipos de grabación de mejor resolución de las que se usan regularmente en el CS-FAMED. Dos expertos en comunicación dieron su conformidad a los videos elaborados:

1. “Comunicación no efectiva”:

<https://www.youtube.com/watch?v=WZrDZPlz6m0>

2. “Comunicación efectiva”:

<https://www.youtube.com/watch?v=Yhze37iMPOc>

Según la evaluación del evaluador experto externo, las calificaciones de las habilidades de comunicación en los videos “*Comunicación efectiva*” y “*Comunicación no efectiva*” fueron de 37/56 y 17/56 puntos, respectivamente

(Anexo 11). El puntaje máximo posible fue de 56 en lugar de 58 porque el ítem 27 fue calificado como “No procede”.

Respondieron las encuestas 25 evaluadores expertos (13 en persona y 12 mediante Google Drive). Las respuestas de tres profesores fueron descartadas por no contar con el total de respuestas (dos realizadas de manera presencial y una virtual). Se consideraron las calificaciones de 44 encuestas procedentes de 22 evaluadores expertos que tenían las siguientes especialidades médicas: Medicina Familiar (18), Medicina Interna (3), Psiquiatría (1) y Neumología (1).

Los valores de las calificaciones en ambos videos tuvieron distribución normal por lo que se realizó la comparación de medias mediante. Las medias y las desviaciones estándar para los videos 1 y 2 fueron $19,45 \pm 8,08$ (IC 95%: 15,87–23,03) y $41,31 \pm 6,28$ (IC 95%: 38,53–44,10), respectivamente. La media de las diferencias fue de $-21,86$ (IC 95%: $-26,26$ - $-17,45$; $p < 0,001$).

En el gráfico *box plot* se observa que no existen valores “*outliers*”. Se puede apreciar que la media de las calificaciones del video “Comunicación efectiva” fue superior al “Comunicación no efectiva” (Figura 5); la calificación individual de cada evaluador experto tuvo un comportamiento similar.

Los valores de los porcentajes de aciertos con las calificaciones del Experto Externo tuvieron distribución normal por lo que se comparó las medias. Las medias para los evaluadores expertos y no expertos fueron de $63,21 \pm 1,72$ (IC 95%: 59,61-66,82) y $47,75 \pm 2,48$ (IC 95%: 42,54-52,96), respectivamente ($p < 0,001$). Para determinar la potencia de la muestra se consideraron los siguientes supuestos: $\alpha = 0.05$ (two-

sided), $m_1=63,2$, $m_2=47,75$, $sd_1=1,72$, $sd_2=2,48$; tamaño de la muestra: $n_1=21$, $n_2=20$, $n_2/n_1=0.95$. La potencia estimada de la muestra fue de 100%.

7.4 Sensibilidad al cambio del ECOE

En el curso corto de entrenamiento en comunicación, tomado ente el primer y segundo ECOE, participaron 25 médicos residentes de primer año, 14 mujeres (56%) y 11 (44%) varones. Parte de estos resultados fueron previamente publicados (33).

Se observó un incremento significativo de los valores de las medias en los ítems 1, 2, 4, 8, 11, 12, 20, 23-29. Menos de la tercera parte de las medias de los ítems del dominio 2 mostraron incrementos significativos, por el contrario, en el dominio 3 la mayoría presentaron incremento significativo. Ningún ítem mostró disminución estadísticamente significativa después del entrenamiento (Tabla 3).

Las calificaciones antes y después del entrenamiento fueron $29,84\pm 1,44$ y $40,84\pm 1,32$, respectivamente. Cuando se realizó la comparación de los promedios de las calificaciones según dominio y factores, se observó un impacto positivo en todos los casos (Tabla 4). La media de la diferencia fue $10,64\pm 6,33$; con estos resultados se calculó el tamaño del efecto ($1,68=10,64/6,33$) y por tener un valor superior a 0,80 podemos concluir que el ECOE aplicado tiene una elevada sensibilidad al cambio.

Para determinar la potencia de la muestra se consideraron los siguientes supuestos: $\alpha=0.05$ (two-sided), $m_1=29,84$, $m_2= 40.84$, $sd_1=1,44$, $sd_2=1,32$; tamaño de la muestra: $n_1=25$, $n_2=25$, $n_2/n_1=1.00$. La potencia estimada de la muestra fue de 100%.

Respecto a la prueba escrita de conocimientos, la media de las calificaciones antes y después del entrenamiento fue de $8,66 \pm 1,92$ y $15,62 \pm 3,04$, respectivamente; una diferencia de $6,96 \pm 3,12$ puntos (IC 95%: 5,57- 8,35; $p < 0.001$) y valor $z = 4,58$. El tamaño del efecto fue de 2,23 ($6,96/3,12$).

En el análisis de Regresión del Modelo Lineal Generalizado (GLM) se observó que el género de los participantes ($p = 0,44$), los resultados en la prueba de conocimientos teóricos ($p = 0,34$), no influenciaron en las calificaciones del ECOE (Tabla 5).

7.5 Confiabilidad de la escala de calificación

Se determinó los niveles de consistencia interna según el Alfa de *Cronbach* para las calificaciones brindadas en los vídeos. Se aprecia que en cada ítem no hay mayores cambios a nivel del valor del alfa de *Cronbach*, puesto que los valores son mayores son mayores a 0,93 (Tabla 6).

Para determinar variabilidad inter evaluador se consideraron los resultados de las calificaciones de 23 expertos con las siguientes especialidades médicas: MFC (18), Medicina Interna (3), Psiquiatría (1) y Neumología (1). Sólo en un ítem se obtuvo acuerdo excelente (ítem 18), en 13 ítems buen acuerdo, y en 15 ítems pobre nivel de acuerdo (Tabla 7).

Con el propósito de lograr una muestra más homogénea se analizó sólo las calificaciones de evaluadores con especialidad en MFC. Se observó que sólo en un ítem se obtuvo acuerdo excelente (ítem 18). En 08 ítems se observó buen acuerdo, y en 20 ítems pobre nivel de acuerdo (Tabla 8).

Se realizó un análisis en la cual se consideró sólo dos resultados de la escala: 0 (si había fue calificado como 0) y 1 (si fue calificado como 1 o 2). Se observó que en 07 ítems se calificó como excelente, 19 y 03 como pobre nivel de acuerdo (Tabla 9).

Para determinar la variabilidad intra evaluador respondieron 18 profesores. En 15 ítems se observó buen nivel acuerdo y en 14 pobre nivel de acuerdo (Tabla 10).

Tabla de resumen de los resultados positivos y negativos obtenidos en el estudio

Objetivos específicos	Resultados positivos	Resultados negativos
Diseñar un ECOE para habilidades de comunicación	Se diseñó el ECOE “Diagnóstico de Diabetes Mellitus”	El ECOE sólo estuvo conformado por una estación.
Determinar la validez de contenido de la escala de calificación	<p>La mayoría de los valores de la Validez de Contenido y Razón de Validez de Contenido tuvieron valores >0,58</p> <p>Se obtuvo una versión de la escala de calificación adaptada a nuestro entorno: “Escala CICAA Modificada”</p>	
Determinar la validez discriminante de la escala de calificación	<p>La escala de calificación puede discriminar un encuentro clínico con comunicación eficaz de uno no eficaz: $41,31 \pm 6,28$ (IC 95%: 38,53–44,10 y $19,45 \pm 8,08$ (IC 95%: 15,87–23,03), respectivamente ($p < 0,001$).</p>	

	<p>La escala de calificación puede discriminar evaluadores expertos de no expertos; $63,21 \pm 1,72$ (IC 95%: 59,61-66,82) versus $47,75 \pm 2,48$ (IC 95%: 42,54-52,96), respectivamente ($p < 0,001$). La potencia de la muestra fue de 100%.</p>	
<p>Evaluar la sensibilidad del ECOE al cambio</p>	<p>El ECOE tiene la sensibilidad detectar cambios en las habilidades de comunicación en médicos residentes, las calificaciones antes y después del entrenamiento fueron $29,84 \pm 1,44$ y $40,84 \pm 1,32$, respectivamente, el tamaño del efecto fue de 1,68 y la muestra tenía una potencia de 100%.</p>	
<p>Evaluar la confiabilidad de la escala de calificación</p>	<p>La consistencia interna: El coeficiente del Alfa de Cronbach fue superior a 0,90</p>	<p>El 51,7% (15/29) de los ítems tuvo niveles de acuerdo pobres cuando se consideró las calificaciones de los</p>

		evaluadores expertos de todas las especialidades
	El 24,1% (7/29) y el 65,5% (19/29) de los ítems tuvieron niveles de acuerdo excelentes y buenos, respectivamente, cuando se consideró una lista de verificación en lugar de una escala	El 69,0% (20/29) de los ítems tuvo niveles de acuerdo pobres cuando se consideró las calificaciones de los evaluadores experto especialistas en MFC
		El 48,3% (14/29) de los ítems tuvo niveles de acuerdo pobres cuando se consideró las calificaciones de los evaluadores expertos de todas las especialidades

VIII. DISCUSIÓN

La comunicación clínica es una competencia que deben lograr todos los profesionales de la salud; y es en esta dirección que se ha considerado como esencial contar con métodos de entrenamiento y herramientas de evaluación validados sobre estas competencias. En este estudio evidenciamos que el uso en el ECOE de un escenario sobre una condición o enfermedad habitual o prevalente en la práctica clínica es útil para evaluar las habilidades de comunicación de médicos residentes. Asimismo, encontramos que la escala CICAA con breves adaptaciones tiene una validez apropiada y se puede utilizar para calificar el logro de estas competencias; sin embargo, para incrementar su confiabilidad requiere de entrenamiento y estandarización de quienes serán los evaluadores.

Diseño de un ECOE para habilidades de comunicación

Según las recomendaciones de la Asociación Internacional de Educación Médica (AMEE), el diseño de un ECOE debe seguir un método de validación en la institución donde se va aplicar (12). La validación siempre es necesaria a pesar que los temas o los escenarios a utilizar en la aplicación de un ECOE pudieran ser elegidos de las diversas publicaciones, y libros de texto que existen con esta información. Esto porque el contexto social y cultural puede afectar la percepción de los pacientes y profesionales de la salud sobre los signos y síntomas descritos en los escenarios (12).

El número de estaciones (escenarios) que se utilizan en un ECOE depende de los objetivos que se desea evaluar. En nuestro estudio diseñamos el ECOE utilizando una sola estación por la especificidad de la competencia a ser evaluada. En una publicación de *Ghaffarifar S y col* (34), también se utilizó un ECOE de una sola estación para evaluar habilidades de comunicación de 53 médicos residentes de diferentes especialidades de medicina interna. El escenario utilizado en este estudio fue la atención ambulatoria de un paciente con reflujo gastroesofágico que fue propuesto por ser la causa más frecuente de consulta en una consulta de medicina.

Para el diseño del ECOE, propusimos que el tema del escenario fuera una condición médica prevalente que se presente en cualquier consulta ambulatoria de medicina general. El escenario sobre una paciente con factores de riesgo para DM-2 respondía a esta propuesta. Además, disponíamos de información reciente sobre la percepción y el nivel de conocimiento de los pacientes con DM-2 que acuden al HCH, esto es necesario para adaptar el guion al contexto local (35). Las estaciones de ECOE sobre habilidades de comunicación generalmente se basan en otros temas: entrega de malas noticias, error médico, etc. (36,37,38); incluso evalúan de manera simultánea otras habilidades transversales como liderazgo, trabajo en equipo, o profesionalismo (37,39).

El uso de una condición prevalente como tema estación ofrece ventajas prácticas: permite que el desenvolvimiento de los médicos residentes no se afecte por diferencias en el nivel de conocimiento clínico, se puede aplicar en cualquier tipo de consulta y sólo requiere un entrenamiento básico en habilidades de comunicación. Otros estudios han seguido esta estrategia. En la publicación de *Lozano A y col* (40), se señala que en el primer módulo del curso de comunicación

de la FAMED dirigidos a médicos residentes se consideró escenarios con casos clínicos comunes: cefalea, dispepsia, litiasis vesicular, litiasis renal.

Respecto a las escalas de calificación utilizadas como parte de los ECOE en área de la comunicación médica, en una revisión sistemática elaborada por Cömert M y col (41) sobre las características psicométricas de las escalas aplicadas en la calificación en ECOE sobre habilidades de comunicación, se seleccionaron ocho escalas procedentes de doce estudios: EPSCALE (*Explanation and Planning Scale*), MCS-OSCE (*Mayence Communication Skills OSCE*), CCAT (*Calgary-Cambridge Assessment Tool*), AG-OSCE-R (*Analytic Global OSCE Rating*), LCSAS (*Liverpool Communication Skills Assessment Scale*), LUCAS (*Liverpool Undergraduate Communication Assessment Scale*), LIDM-RS (*Leeds Informed Decision Making Rating Scale*), CG (*Common Ground*). Las escalas LUCAS y CCAT fueron las que obtuvieron mejores resultados, sin embargo, no están validadas al idioma castellano. En nuestro estudio, se decidió utilizar la escala CICAA porque posee similares propiedades psicométricas a las escalas antes mencionadas en cuanto a su validez de contenido, consistencia interna, y confiabilidad; además, se decidió su uso debido a que está elaborada en castellano y se inició su utilización en la FAMED de la UPCH (11,19).

Validez de contenido de la escala de calificación

En Colombia, Pinzón F y col. (31) realizaron la única validación de la escala CICAA fuera de España respecto a su contenido, pertinencia y relevancia. Una ventaja de este estudio fue que consideró para la validación expertos de distintas

profesiones: cinco médicos y cinco enfermeras. La validación de escalas de calificación es indispensable cuando abordan habilidades que se afectan por aspectos culturales (42). En la validación de contenido de la escala CICAA, existió coincidencias en las palabras que el comité de expertos recomendó modificar con respecto a las modificaciones planteadas en el estudio de Colombia. El contexto cultural, social y de educación médica en España es muy diferente al nuestro. En el Perú, no se ha validado el CICAA, aunque existen dos trabajos de investigación donde se ha aplicado este instrumento en estudiantes de medicina de pregrado y posgrado (16,17).

El comité de expertos consideró que todos los ítems eran relevantes, salvo aquellos que están vinculados al estado de ánimo y exploración de aspectos psicosociales; señalaron que esta información se recopila regularmente en las cartillas utilizadas para redactar la historia clínica; por ejemplo, el ánimo se encuentra dentro de las funciones vitales en los formatos de historia clínica utilizados en el HCH.

Validez discriminante de la escala de calificación

No tenemos conocimiento que se hayan realizado este tipo de validación para la escala CICA. La realización de este tipo de evaluación, facilitó que se pueda determinar la capacidad de la escala para discrimina un encuentro clínico con comunicación efectiva y no efectiva. En general, los evaluadores, no obstante, tenían diversas especialidades, tiempo y tipo de experiencia como especialista y docencia, otorgaron mayores calificaciones al vídeo “comunicación efectiva”. La distribución de los valores de las calificaciones fue normal, y la media coincidió

con la media de las calificaciones brindadas por el evaluador externo. También se pudo determinar que la escala discrimina a los evaluadores expertos de los no expertos.

A diferencia de nuestro estudio que utilizó dos escenarios, un sobre comunicación efectiva y otro sobre comunicación no efectiva, en el estudio Baribeau y col (29) se utilizaron videos de cinco escenarios sobre comunicación efectiva y no efectiva de acuerdo a la Escala del Consenso de Kalamazoo. De forma similar a nuestros resultados, en este estudio se demostró la utilidad de los videos para discriminar evaluadores con y sin entrenamiento en habilidades de comunicación. El uso de videos ofrece ventajas: porque no siempre todos los profesores pueden coincidir en un horario para realizar la evaluación presencial en los ECOE; además, se puede contar con imágenes de mejora calidad de imágenes y audio y tiene menor costo (42).

Una ventaja de la elaboración de los videos, que utilizamos como instrumentos para la evaluación de la validez discriminante, es que estos pueden ser utilizados en la evaluación continua de los médicos residentes de la FAMED, de hecho, fueron utilizados en el primer curso de comunicación para médicos residentes de primer año de especialidades clínicas de todas sus sedes docentes (40). El diseño de ECOE basados en videos denominados EVOE es una alternativa interesante a los tradicionales ECOE con múltiples aplicaciones; mediante el uso de EVOE en los cuales se presentan o muestran escenarios clínicos y con el uso de escalas se puede calificar por ejemplo la habilidad de los médicos residentes para identificar, entender, o criticar las habilidades en comunicación que son mostradas en el EVOE (29,43,44). En el contexto actual, de la pandemia por COVID-19, la educación

médica se está adaptando a factores exigidos como distanciamiento social y restricción de presupuesto, y la aplicación del EVOE puede resultar una estrategia costo efectiva (45).

Sensibilidad del ECOE al cambio

Los resultados de la evaluación de sensibilidad al cambio muestran que la aplicación de este ECOE puede detectar cambios en los atributos de los médicos residentes antes y después de participar de un entrenamiento en habilidades de comunicación. Esto indica su capacidad para diferenciar entre médicos residentes entrenados y no entrenados.

Los resultados de las calificaciones antes y después del curso de entrenamiento dependen de varios factores: características del ECOE, de las estrategias de enseñanza aplicadas, de la población de médicos residentes, del tiempo después del cual se realizó la evaluación, entre otros. Nosotros consideramos que la aplicación de un curso de corta duración, intenso entrenamiento, en una población pequeña y homogénea de médicos residentes influyó de manera positiva para el impacto del curso (33).

De acuerdo al análisis factorial realizado sobre la escala CICAA por Gavilán E y col (28), se reconocieron 6 factores que se valoran en esta escala: exploración de la esfera psicosocial, información, escucha activa, discusión sobre la toma de decisiones y compromisos finales, tratamiento del desacuerdo, y recibimiento. El impacto del curso de entrenamiento fue más notorio en el factor de toma de decisiones y compromisos finales. Este hallazgo es relevante porque permite

utilizar esta escala para evaluar habilidades que permiten una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones respecto a su salud (13,46), de hecho, ya ha sido utilizada para este propósito (47,48).

En los estudios realizados por Gavilán E y col (28,49) no se halló que la escala CICCA pueda detectar la sensibilidad del ECOE al cambio. En estos estudios presentan características similares al nuestro en cuanto a las estrategias de enseñanza empleadas. Sin embargo, presentaba también diferencias como son la participación poblaciones heterogéneas de médicos residentes, gran número de médicos residentes, pérdida de la muestra, y un tiempo muy prolongado de duración del curso. Participaron 105 médicos residentes del tercer año académico de MFC en cuatro provincias de España. Se realizó evaluaciones mediante un ECOE de tres estaciones antes y después de la intervención. La intervención consistió en catorce sesiones de 02 horas de duración cada dos semanas, durante seis a ocho meses. Esto puede haber afectado el nivel de entrenamiento al final del curso, resultando en una calificación similar a la basal determinada por el ECOE. Esta sería una limitación del propio entrenamiento y no del ECOE, que podría distinguir situaciones de entrenamiento. La diferencia de medias fue de 2,84 vs 10,64 hallado por nosotros.

Debemos considerar algunos sesgos en nuestro estudio como es la presencia de evaluadores que no fueron ciegos respecto al antes y después del curso, la población no fue seleccionada de manera aleatoria, ni se contó con un grupo control al grupo que fue sometido a la intervención con el curso de entrenamiento. Esto pudo haber influido para obtener una elevada potencia a pesar de contar con una población pequeña de estudio.

Confiabilidad de la escala de calificación

Respecto a la confiabilidad, se utilizaron cuatro métodos de evaluación. La confiabilidad de la escala fue pobre en dos de estos métodos.

El primero fue determinar la consistencia interna a través del cálculo del coeficiente alfa de *Cronbach*. En nuestro estudio el coeficiente fue superior a 0,90, valor considerado como “excelente”, lo que demuestra una buena confiabilidad de la escala modificada y es consistente con lo reportado por otros estudios; generalmente los valores reportados sobre la escala CICAA son superiores 0,80, lo que revela su buena consistencia interna. En España, los estudios realizados por Ruiz-Moral R (11) y Gavilán-Moral E (28) reportaron coeficientes de 0,96 y 0,94, respectivamente. En este último estudio, los coeficientes se mantuvieron mayores a 0,90 en los diferentes subanálisis realizados en muestras heterogéneas (pacientes reales vs pacientes simulados, enfermedades agudas vs crónicas, enfermeras vs médicos de familia y diferentes especialidades), homogéneas, y en aquellos realizados por cada evaluador. En Colombia, en estudios realizados por Pinzón F (31) y Salazar-Blanco (50) se reportaron coeficientes de 0,91 y 0,72, respectivamente.

El segundo método aplicado fue determinar los niveles de acuerdo inter observador o evaluador, ya sea entre todos los evaluadores o sólo de la especialidad de MFC. Lo que predominó en ambos casos en nuestro estudio fueron los niveles de acuerdo pobres. Esto se puede deber a la falta de entrenamiento y familiarización con la escala por parte de los expertos de la FAMED quienes la usan como una guía para evaluar cada una de las habilidades observadas en los médicos residentes, aunque

sin otorgar una calificación numérica. Se ha reportado que un evaluador debe aplicar entre 6 a 9 veces la escala CICAA para lograr una buena estabilidad intra observador; de 9 a 12 cuestionarios para obtener buenos valores de variabilidad inter observador (10,28), cifras que distan mucho del uso práctico de la escala entre los expertos de la FAMED.

La falta de calibración en las calificaciones, es decir el uso práctico de la escala hasta alcanzar diferencias mínimas, puede también afectar en los niveles de acuerdo; por ejemplo, en el estudio de Salazar-Blanco (50) no se realizó este procedimiento y el nivel de acuerdo obtenido entre dos evaluadores fue pobre en todos los ítems de la escala. Por lo contrario, en el estudio de Gavilán-Moral E y col. (28) se realizaron calibraciones hasta lograr que las diferencias de las calificaciones entre los evaluadores no sean mayores a uno en cada ítem; el nivel de acuerdo hallado entre el experto y dos observadores entrenados fue pobre en el 43% de los ítems; y en 65% de los ítems entre ambos observadores.

La confiabilidad también se puede afectar por factores inherentes de la misma escala como son los diferentes niveles o rangos de medición, o número de puntos, por cada ítem. Se ha descrito que, a un mayor número de puntos que utilice una escala por cada ítem existe una correlación positiva entre la confiabilidad y sensibilidad de la misma (51). Las escalas de Likert son ideales para la calificación de las habilidades de comunicación, debido a que tienen más de dos puntos o niveles de medición, en lugar de las listas de verificación, de dos puntos (Ej. si o no), esencialmente por dos razones: lo primero es que permiten una evaluación global a través de todo el acto clínico, por ejemplo, cuando se califica el lenguaje no verbal empleado por un médico residente durante la entrevista a un paciente; y lo segundo

es que permiten hacer un seguimiento sobre el progreso, diferentes niveles, en el logro de las habilidades (52,53).

El tercer método utilizado fue determinar el nivel de acuerdo inter observador mediante el uso de una lista de verificación. Observamos un incremento significativo de los acuerdos inter observadores. Las listas de verificación tienden a tener una aplicación más práctica y se utilizan para calificar habilidades psicomotoras (54,55,56). En cambio, para las habilidades de conducta se prefiere el uso de escalas. Sin embargo, para los observadores con menos experiencia, como es el caso de los expertos de la FAMED, las listas de verificación proporcionan definiciones del comportamiento más claras que puede mejorar la confiabilidad (57,58). Algunas listas de verificación como Macy (*Model Checklist-CWRU School of Medicine*), Kalamazoo (*Kalamazoo Essential Elements: The Communication Checklist*) y SEGUE (*The SEGUE Framework*) pueden ser útiles para profesores con menos experiencia y las escalas pueden ser utilizadas cuando la experiencia en comunicación médica de la facultad está bien desarrollada (58,59).

El cuarto método para determinar la confiabilidad fue determinar los niveles de acuerdo intra evaluador. Si bien estos niveles de acuerdo fueron mejores al inter evaluador estuvieron por debajo de lo reportado. Por ejemplo, en los estudios de Ruiz-Moral R (11) y Gavilán-Moral E (28) el nivel de acuerdo fue pobre sólo en 03 ítems. Pensamos que tanto los acuerdos inter e intra evaluador son afectados por los mismos factores.

Respecto a los en los que se observaron bajos niveles de acuerdo, consideramos que al ser tantos los ítems con nivel de acuerdo bajo los factores asociados a estos

resultados no corresponden a las características propias de cada ítem, sino más bien a factores que afectan de manera global a toda la evaluación: falta de entrenamiento en el uso de la escala CICAA en todos los evaluadores, falta de calibración entre los evaluadores previa a la calificación, y el uso de escala de Likert, en lugar de una simple lista de verificación, en observadores con poca experiencia. En evaluadores de poca experiencia se ha recomendado que pueden usar listas de verificación y chequeo, ya que estas requieren de menor entrenamiento.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio no está exento de limitaciones. Se diseñó y utilizó un escenario debido a la dificultad en la implementación del estudio de disponer de los médicos residentes por un mayor tiempo al planificado. No obstante, otros estudios en comunicación también han utilizado un escenario con resultados positivos en su realización.

En la evaluación de la validez de contenido, la mayoría de los expertos participantes estaban vinculados a la FAMED; hubiera sido importante tener opiniones de expertos de otras instituciones. Tampoco se contó con la opinión de profesionales de otras carreras de salud, que hubiera brindado una perspectiva más amplia sobre los contenidos del instrumento. Sin embargo, en el estudio se contó con el mínimo número recomendado de evaluadores y estos tenían además diversa formación académica.

En la evaluación de la validez discriminante de la escala modificada, que mide el grado en que la escala puede distinguir entre individuos que se espera sean diferentes, lo ideal es contar con un mayor número de videos para calificar. En el estudio se utilizó dos videos; esta limitación se compensó empleando un mayor número de evaluadores de distintas especialidades y formación académica para determinar si podían distinguir las diferencias en los niveles de entrenamiento en comunicación.

Respecto a la sensibilidad al cambio, existieron sesgos que pudieron influenciar en las calificaciones: fueron realizadas por dos evaluadores que no estaban cegados respecto a sí correspondían antes o después de la intervención, selección no aleatoria de participantes, y falta de grupo control. Sin embargo, la mejora en las calificaciones también se observó en el examen escrito sobre conocimientos de

comunicación clínica. El número de médicos residentes fue pequeño y el tiempo posterior a la evaluación fue corto, sin embargo, estas fueron características que recomendaron los autores de un estudio previo.

Sobre la confiabilidad de la escala CICAA modificada, sólo se contó con dos videos para evaluar la confiabilidad, esto impidió que se obtenga el índice de concordancia intra clase ya que se requieren al menos tres videos para este cálculo. Los evaluadores expertos no fueron entrenados respecto a la calificación con la escala CICAA ni se estandarizó la manera de calificar según la escala. No todos los evaluadores tuvieron experiencia previa en la elaboración de un ECOE.

No se realizaron otros métodos de validación. Por ejemplo, no se utilizó la validación convergente-divergente debido a que no existen instrumentos que la FAMED aplique de manera regular para poder realizar la comparación.

Asimismo, no se realizó una evaluación de la validez de criterio. Este tipo de validez permite determinar la validez predictiva, esto implicaría hacer una comparación de las calificaciones obtenidas en el ECOE y lo hallado en la práctica clínica habitual. Este tipo de validación es muy escasa por la complejidad de medir de manera estandarizada en el ámbito clínico ya que se requeriría por ejemplo que todos los estudiantes entrevisten a los mismos pacientes.

X. CONCLUSIONES

La utilización de un escenario de evaluación clínica habitual en un ECOE puede servir para evaluar habilidades de comunicación.

La escala CICAA modificada fue validada y puede ser utilizada en los ECOE de competencias de comunicación en la FAMED.

El uso de la escala CICAA modificada ayuda a discriminar entre un encuentro clínico con comunicación efectiva de una no efectiva, así como, como a un evaluador experto de uno no experto.

La utilización de un ECOE puede detectar cambios en las habilidades de comunicación en médicos residentes antes y después de un entrenamiento en habilidades en comunicación.

La confiabilidad de la escala CICAA es relativamente baja. La consistencia interna de la escala CICAA modificada es adecuada; sin embargo, la concordancia inter e intra evaluador son relativamente bajas. La versión modificada del CICAA con dos alternativas de respuesta para la calificación del desempeño en comparación a tres ofrece un mejor nivel de acuerdo.

XI. RECOMENDACIONES

En los cursos de comunicación dirigidos de manera transversal a todos los médicos residentes se deben aplicar ECOE que representen condiciones clínicas habituales o escenarios frecuentes, tanto agudas como crónicas.

Se debe promover el uso de la escala CICAA modificada y validada para evaluar las competencias de comunicación en la docencia en servicio y promover la familiarización de los médicos residentes y profesores con su uso.

Se debe utilizar videos de encuentros clínicos para el entrenamiento y estandarización de las calificaciones de los profesores y como una alternativa al ECOE para la evaluación de los estudiantes sobre habilidades de comunicación; sobre todo en contextos como el actual en que existen limitaciones de presupuesto y recomendaciones de distanciamiento social.

Se debe considerar el uso inicial de la escala CICAA modificada con dos alternativas de respuesta para incrementar su confiabilidad en tanto los profesores evaluadores obtengan la adecuada experiencia en la calificación

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ranjan P, Kumari A, Chakrawarty A. How can doctors improve their communication skills? *J Clin Diagn Res.* 2015; 9: JE01-JE04. doi: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712.
2. Al-Sheikhly D, Östlundh L, Arayssi T. Remediation of learners struggling with communication skills: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2020; 20(1):215. doi: 10.1186/s12909-020-02074-9.
3. Moore P, Vargas A, Núñez S, Macchiavello S. Un estudio de reclamos hospitalarios: el rol de la relación médico-paciente. *Rev Med Chile.* 2011; 139: 880-885.
4. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDs Framework. Available: http://repsc.medical.org/canmeds/about_e.php.
5. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Rev Medica Hered.* 2017; 28(3):192-9.
6. Accreditation Council of Graduate Medical Education. Outcomes project. Available: www.acgme.org/outcome/comp/compCPRL.asp (acceso en junio 2015).
7. Resolución Ministerial N° 90 – 63 – DGS. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Mayo 1963.
8. Seminario Internacional "25° Aniversario del Sistema Nacional de Residentado Médico" Taller Internacional "Experiencias Internacionales en la Formación de Médicos Especialistas" Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME) - Primera Edición – 2002.
9. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in Patient–Physician consultations: Theoretical and practical issues. *Soc Sci Med.* 2005; 61:1516–28.
10. Gavilán ED. Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en consultas de Medicina y Enfermería. [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba; 2008.
11. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria.* 2006;37(6):320-4.
12. Khan KZ, K. Gaunt, S. Ramachandran, P. Pushkar. The objective structured clinical examination (OSCE): AMEE Guide No. 81. Part II: Organisation & administration. *Med Teach.* 2013;35: e1447-e1463.

13. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo AV, Ticse R. Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool. *Medwave* 2019;19(9):e7705.
14. Agurto C, Altamirano A, Sánchez A. Percepción de la relación médico-paciente según los pacientes, médicos residentes y alumnos de pregrado del servicio de Medicina Interna de un Hospital General de Lima, Perú. [Trabajo de investigación para para la obtención del título profesional de médico cirujano]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019.
15. Mayo GV, Quijano EG, Ponce DA, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Rev Neuropsiquiatr.* 2019; 82(2):131-140.
16. Quispe DA. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de internos de medicina en el Hospital Goyeneche, por medio de la escala CICAA. [Tesis para obtener el título de Médico Cirujano]. Universidad Nacional de San Agustín; 2016.
17. Díaz RG. Habilidades comunicativas en la entrevista clínica de Médicos residentes de oncología del IREN-NORTE. [Tesis para obtener el título de Licenciada en Ciencias de la Comunicación] Universidad Privada Antenor Orrego; 2016.
18. Ruiz R, Gavilán E, Parras JM. Escala CICAA: escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Barcelona: Esteve; 2007.
19. Valverde FJ, Pedregal M, Pérez MF, Alcalde MD, Torío J, Delgado M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Aten Primaria.* 2016;48(10):632-641.
20. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65 (9 Suppl): S63-7.
21. Myung SJ, Kang SH, Kim YS, Lee EB, Shin JS, Shin HY, et al. The use of standardized patients to teach medical students clinical skills in ambulatory care settings. *Med Teach* 2010; 32: e467-e470.
22. Nicolai J, Demmelb R, Farsch K. Effects of mode of presentation on ratings of empathic communication in medical interviews. *Patient Educ Couns.* 2010; 80:76–79.
23. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med.* 2001; 76:390-393.
24. Ruiz R. Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: SemFYC-Ediciones, 2004.

25. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The Objective Structured Clinical Examination (OSCE): AMEE Guide No.81. Part I: An historical and theoretical perspective, *Medical Teacher*.2013;35:9, e1437-e1446, doi: 10.3109/0142159X.2013.818634.
26. Beigzadeh A, Bahmanbijri B, Sharifpoor E, Rahimi M. Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different. *J Emerg Pract Trauma*. 2016 Jan 1;2(1):25–8.
27. Jones F. Simulation in Medical Education: Brief history and methodology. *Princ Pract Clin Res* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jun 29];1(2). Available from: <http://ppcr.org/journal/index.php/ppcrjournal/article/view/12>
28. Gavilán E, Ruiz R, Pérula de Torres LA, et al. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010;42(3):162–168.
29. Baribeau DA, Mukovozov I, Sabljic T, et al. Using an objective structured video exam to identify differential understanding of aspects of communication skills. *Med Teacher* 2012; 34:4, e242-e250, DOI:10.3109/0142159X.2012.660213.
30. Tristán-López A. Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Av En Medición*. 2008;6:37–48.
31. Pinzón F. Validez aparente, de contenido y confiabilidad Inicial del Instrumento CICAA para medir la comunicación entre el profesional de salud y el paciente. [Tesis para obtener grado de Maestro]. Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá; 2018.
32. O’Neill P, Evans A, Pattinson T, Tolhurst-Cleaver M, Tolhurst-Cleaver S (2016) Macleod’s Clinical OSCEs. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp 199–255.
33. Ticse R, Cuba S, Nestares J, Aguilera L. Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. *Rev Med Hered*. 2019; 30:148-156.
34. Ghaffarifar S et al. Residents’ Communication Skills Evaluation by OSCE: What Changes Should be done in Educational System? *Shiraz E-Med J*. 2013;14(4):e16658.
35. Zamora-Niño CF, Guibert-Patiño AL, De La Cruz Saldaña T, Ticse-Aguirre R, Málaga G. Evaluación de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes tipo 2 de un hospital de Lima, Perú y su asociación con la adherencia al tratamiento. *Acta Med Peru*. 2019;36(2):96-103.

36. Myerholtz L, Simons L, Felix S, et al. In Using the Communication Assessment Tool in Family Medicine Residency Programs. *Fam Med* 2010; 42(8):567-73.
37. Goldhamer MEJ, et al. Use of an Objective Structured Clinical Exam (OSCE) for Early Identification of Communication Skills Deficits in Interns. *Med Teach.* 2018; 40(1): 40–44. doi:10.1080/0142159X.2017.1387646.
38. Dwyer T, Takahashi SG, Hynes MK et al. How to assess communication, professionalism, collaboration and the other intrinsic CanMEDS roles in orthopedic residents: use of an objective structured clinical examination (OSCE). *Can J Surg* 2014; 57(4):230-6.
39. Jameel A, Noor SM, Ayub S, Ali SS, Park YS, Tekian A. Feasibility, relevance and effectiveness of teaching and assessment of ethical status and communication skills as attributes of professionalism. *JPMA*65:721;2015.
40. Lozano EA, Tafur KB, Olascoaga AC. Implementación de un curso de comunicación para médicos residentes de primer año. En: Libro de resúmenes: V Congreso Internacional de Educación Médica - CIEM2019. Lima; Asociación Peruana de Facultades de Medicina; 2019. p.25.
41. Cömert M, ZillJM, Christalle E, Dirmaier J, Härter M, Scholl I. Assessing Communication Skills of Medical Students in Objective Structured Clinical Examinations (OSCE) - A Systematic Review of Rating Scales. *PLoS ONE.* 2016; 11(3):e0152717. doi: 10.1371/journal.pone.0152717.
42. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-273.
43. Hulsmana RL, Mollemab ED, Oorta FJ, et al. Using standardized video cases for assessment of medical communication skills Reliability of an objective structured video examination by computer. *Patient Education and Counseling* 2006;60: 24–31.
44. Brown SD, Rider EA, Jamieson K, et al. Development of a Standardized Kalamazoo Communication Skills Assessment Tool for Radiologists: Validation, Multisource Reliability, and Lessons Learned. *AJR* 2017; 209:351–357.
45. Rose S. Medical Student Education in the Time of COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 31]. *JAMA.* 2020;10.1001/jama.2020.5227. doi:10.1001/jama.2020.5227.
46. Zevallos-Palacios C, Quispe R, Mongilardi N, Montori VM, Málaga G. Patients' participation in clinical decision making as a strategy to protect their rights. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2013;30(2):363-4.

47. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Tesis Doctoral] Universidad de Cantabria; 2010.
48. Valverde F. Perfil comunicacional y enfoque Centrado en el paciente de los tutores y residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en consultas de Atención Primaria. [Tesis Doctoral].
49. Ruiz R, Rodriguez JJ, Perula de Torres L y Col. Effectiveness of a Clinical Interviewing Training Program for Family Practice Residents: A Randomized Controlled Trial. 2003; 35(7):489-495.
50. Salazar-Blanco O, Casasbuenas-Duarte L, Idárraga-Arenas C, Marcela-Vélezzy C. 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 CICAA. FEM 2014; 17 (4): 239-248.
51. Bisquerra, R. y Pérez-Escoda, N. (2015). ¿Pueden las escalas Likert aumentar en sensibilidad? REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 8 (2), 129-147. DOI: 10.1344/reire2015.8.2.828.
52. Mortsiefer A, Immecke J, Rotthoff T, Karger A, Schmelzer R, Raski B, et al. Summative assessment of undergraduates' communication competence in challenging doctor-patient encounters. Evaluation of the Düsseldorf CoMeD-OSCE. Patient Education and Counseling. 2014; 95: 348–355. pmid:24637164).
53. Schwartzman E, Hsu DI, Law AV, Chung EP. Assessment of patient communication skills during OSCE: Examining effectiveness of a training program in minimizing inter-grader variability. Patient Educ Couns. 2011;83:472–7.
54. Cazzell M, Howe C. Using objective structured clinical evaluation for simulation evaluation: Checklist considerations for interrater reliability. Clinical Simulation in Nursing. 2012;8(6):e219–e225. doi: 10.1016/j.ecns.2011.10.004.
55. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication Assessment Using the Common Ground Instruments: Psychometric Properties. Fam Med 2004; 36(3):189-98.
56. Mortsiefer A, Karger A, Rotthoff T, Raski B, Pentzek M. Examiner characteristics and interrater reliability in a communication OSCE. Patient Education and Counseling. 2017; 100(6), 1230–1234.
57. Lang F, McCord R, Harvill L, Anderson DS. Communication assessment using the Common Ground Instrument: psychometric properties. Fam Med 2004;36(3):189-98.

58. Makoul G. The SEGUE framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45:23–34.
59. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F et al. Assessing Communication Competence, A Review of Current Tools. *Fam Med* 2005;37(3):184-92.

Tabla 1

Índice de validez de la relevancia y claridad de contenido otorgado a la Escala CICAA por cada experto en comunicación clínica.

Experto	Puntaje	Índice de validez de contenido por Experto*
Médico de Familia	Relevancia: 24/29	0,83
	Claridad: 28/29	0,97
Médico de Familia	Relevancia: 28/29	0,97
	Claridad: 29/29	1,00
Médico de Familia	Relevancia: 25/29	0,86
	Claridad: 24/29	0,83
Médico Internista	Relevancia: 28/29	0,97
	Claridad: 24/29	0,83
Médico Internista	Relevancia: 29/29	1,00
	Claridad: 21/29	0,72
Médico General	Relevancia: 27/28	0,96
	Claridad: 21/29	0,72

*Los índices de validez de relevancia y claridad otorgado por cada miembro del comité de expertos fueron obtenidos de acuerdo al número de ítems con puntuaciones entre 3 y 4 sobre el número total de ítems.

Tabla 2

Índice de validez y razón de validez de contenido otorgado a cada uno de los 29 ítems de la Escala CICA.

Ítem	Exp.1	Exp.2	Exp.3	Exp.4	Exp.5	Exp.6	Índice de validez de contenido*	Razón de validez de contenido
1	3	4	4	4	3	3	1,00	1,00
2	4	4	3	4	4	3	1,00	1,00
3	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
4	4	4	3	4	4	3	1,00	1,00
5	4	4	4	4	4	3	1,00	1,00
6	3	4	4	4	4	3	1,00	1,00
7	3	4	4	4	3	2	0,66	0,83
8	4	4	1	4	4	3	0,66	0,83
9	2	4	4	4	4	3	0,66	0,83
10	4	4	4	4	4	2	0,66	0,83
11	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
12	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
13	2	4	4	4	4	4	1,00	1,00
14	4	4	3	4	4	4	1,00	1,00
15	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
16	2	4	1	4	4	4	0,33	0,66
17	3	4	3	4	4	4	1,00	1,00
18	2	4	1	4	4	4	0,33	0,66
19	4	4	4	2	4	4	0,66	0,83
20	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
21	3	4	4	4	4	4	1,00	1,00
22	3	4	4	4	4	4	1,00	1,00
23	4	1	4	4	4	4	0,66	0,83
24	3	4	1	4	4	3	0,66	0,83
25	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
26	2	4		4	4	4	0,60	0,80
27	4	4	4	4	4	4	1,00	1,00
28	3	4	4	4	4	4	1,00	1,00
29	4	4	4	4	4	3	1,00	1,00

Exp: Experto

*Los índices de validez de relevancia y claridad otorgado por cada miembro del comité de expertos fueron obtenidos de acuerdo al número de ítems con puntuaciones entre 3 y 4 sobre el total de ítems.

Tabla 3

Análisis de sensibilidad al cambio del ECOE: Comparación de las calificaciones obtenidas por médicos residentes en el curso de entrenamiento en habilidades de comunicación según cada ítem de la “Escala CICAA modificada”.

	Antes Media \pm DS	Después Media \pm DS	z	p
Ítem 1	1,56 \pm 0,51	1,84 \pm 0,37	2,14	0,032*
Ítem 2	1,58 \pm 0,5	1,96 \pm 0,2	3,13	0,002**
Ítem 3	1,96 \pm 0,2	2	1,0	0,317
Ítem 4	1,76 \pm 0,43	1,96 \pm 0,2	2,02	0,044*
Ítem 5	0,34 \pm 0,71	0,72 \pm 0,86	1,18	0,239
Ítem 6	1,36 \pm 0,81	1,8 \pm 0,5	2,67	0,008**
Ítem 7	1,52 \pm 0,65	1,72 \pm 0,45	1,04	0,297
Ítem 8	1,56 \pm 0,58	2	3,49	0,001**
Ítem 9	1,88 \pm 0,33	1,96 \pm 0,2	1,03	0,302
Ítem 10	2,0	1,96 \pm 0,2	-1,00	0,317
Ítem 11	1,56 \pm 0,58	1,96 \pm 0,2	3,05	0,002**
Ítem 12	0,44 \pm 0,82	1,08 \pm 0,99	2,35	0,02*
Ítem 13	0,36 \pm 0,75	0,8 \pm 0,95	1,79	0,073
Ítem 14	0,4 \pm 0,76	0,52 \pm 0,87	0,42	0,676
Ítem 15	0,28 \pm 0,67	0,48 \pm 0,71	1,39	0,165
Ítem 16	0,24 \pm 0,66	0,56 \pm 0,86	1,60	0,109
Ítem 17	0,24 \pm 0,59	0,6 \pm 0,86	1,66	0,098
Ítem 18	0,84 \pm 0,89	0,8 \pm 0,95	-0,23	0,822
Ítem 19	0,88 \pm 0,97	0,44 \pm 0,82	-1,73	0,084
Ítem 20	0,6 \pm 0,81	1,16 \pm 0,8	2,38	0,017*
Ítem 21	1,68 \pm 0,55	1,68 \pm 0,47	-0,21	0,836
Ítem 22	1,28 \pm 0,93	1,48 \pm 0,65	0,47	0,638
Ítem 23	1,36 \pm 0,7	1,84 \pm 0,47	2,91	0,004*
Ítem 24	1,76 \pm 0,52	2	2,33	0,02*
Ítem 25	0,48 \pm 0,71	1,4 \pm 0,64	4,01	<0,001**
Ítem 26	0,8 \pm 0,86	1,56 \pm 0,51	3,19	0,001**
Ítem 27	0,28 \pm 0,61	0,84 \pm 0,89	1,75	0,08
Ítem 28	0,2 \pm 0,5	1,2 \pm 0,76	4,47	<0,001**
Ítem 29	0,48 \pm 0,58	1,52 \pm 0,58	4,7	<0,001**

(*): $p < 0,05$ y (**): $p < 0,01$ según la prueba de signos *Wilcoxon signed-rank test*.

Tabla 4

Análisis de sensibilidad al cambio del ECOE: Comparación de las calificaciones obtenidas por médicos residentes en el curso de entrenamiento en habilidades de comunicación según cada Dominio y Factor de la “Escala CICAA modificada”.

	Antes del entrenamiento	Después del entrenamiento	Diferencia de medias	<i>z</i>	<i>p</i>
	Media ±DS	Media ±DS			
PUNTAJE TOTAL	29,84±1,44	40,84±1,32	10,64 (6,69- 14,58)	4,27	<0,001
Dominio 1	1,45±0,28	1,83±0,22	0,38 (0,24- 0,52)	4,1	<0,001
Dominio 2	0,91±0,36	1,14±0,36	0,23 (0,02- 0,44)	3,33	0,001
Dominio 3	0,92±0,36	1,49±0,29	0,57 (0,39- 0,76)	4,15	<0,001
Factor N°1	0,74±0,39	1,12±0,4	0,38 (0,15- 0,60)	4,02	<0,001
Factor N°2	1,26±0,42	1,64±0,24	0,38 (0,19- 0,58)	3,44	0,001
Factor N°3	1,49±0,32	1,79±0,18	0,3 (0,16-0,46)	3,62	<0,001
Factor N°4	0,77±0,47	1,57±0,35	0,8 (0,56-1,03)	4,25	<0,001
Factor N°5	0,28±0,61	0,84±0,18	0,56 (0,12- 0,99)	2,46	0,014
Factor N°6	1,56±0,51	1,76±0,52	0,2 (0,09-0,49)	1,77	0,08

Dominio 1: tarea conectar; Dominio 2: tareas identificar y comprender; Dominio 3: tareas acordar y ayudar.

Factor 1: Exploración de la esfera psicosocial; Factor 2: información; Factor 3: escucha activa; Factor 4: discusión sobre la toma de decisiones y compromisos finales; Factor 5: tratamiento del desacuerdo; Factor 6: recibimiento.

Tabla 5

Análisis de Regresión del Modelo Lineal Generalizado (GLM) de las calificaciones obtenidas por médicos residentes en el curso de entrenamiento en habilidades de comunicación según el ECOE.

Calificaciones en el ECOE*	Coef.	OIM std. Err.	z	P> z	Intervalo de confianza del 95%	
Curso de entrenamiento	12,12	3,45	3,51	0,000	5,34	18,9
Calificaciones en prueba de conocimientos	-0,35	0,39	-0,89	0,337	-1,13	0,42
Género femenino	1,58	2,06	0,77	0,443	-2,45	5,62
Constantes	31,22	3,69	8,44	0,000	24	38,5

*Se consideraron todas las calificaciones obtenidas en el ECOE y la prueba de conocimiento antes y después del curso de entrenamiento en habilidades de comunicación clínica.

Tabla 6

Análisis de confiabilidad de consistencia interna de las calificaciones de la
 “Escala CICAA modificada”

	signo	Correlación Ítem-test	Correlación Ítem-rest	Promedio de correlación inter ítems	Coefficiente alfa si el ítem es eliminado
Ítem 1	+	0,60	0,57	0,36	0,94
Ítem 2	+	0,42	0,37	0,37	0,94
Ítem 3	+	0,54	0,5	0,36	0,94
Ítem 4	+	0,65	0,61	0,36	0,94
Ítem 5	+	0,81	0,79	0,35	0,94
Ítem 6	+	0,71	0,68	0,36	0,94
Ítem 7	+	0,67	0,64	0,36	0,94
Ítem 8	+	0,69	0,66	0,36	0,94
Ítem 9	+	0,71	0,68	0,36	0,94
Ítem 10	+	0,9	0,89	0,35	0,94
Ítem 11	+	0,69	0,66	0,36	0,94
Ítem 12	+	0,71	0,68	0,36	0,94
Ítem 13	+	0,86	0,85	0,35	0,93
Ítem 14	+	0,59	0,55	0,36	0,94
Ítem 15	+	0,80	0,77	0,35	0,94
Ítem 16	+	0,73	0,70	0,35	0,94
Ítem 17	+	0,22	0,16	0,38	0,94
Ítem 18	-	0,13	0,08	0,38	0,95
Ítem 19	+	0,10	0,04	0,38	0,95
Ítem 20	+	0,54	0,50	0,36	0,94
ítem 21	+	0,64	0,60	0,36	0,94
Ítem 22	+	0,57	0,53	0,36	0,94
Ítem 23	+	0,78	0,75	0,35	0,94
Ítem 24	+	0,77	0,75	0,35	0,94
Ítem 25	+	0,71	0,68	0,36	0,94
Ítem 26	+	0,77	0,75	0,35	0,94
Ítem 27	+	0,10	0,04	0,38	0,95
Ítem 28	+	0,81	0,79	0,35	0,94
Ítem 29	+	0,71	0,68	0,36	0,94
				0,36	0,94

Se consideraron los resultados de las calificaciones respecto a las habilidades de comunicación del médico residente mostradas en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Tabla 7

Análisis de confiabilidad inter evaluador de las calificaciones de la “Escala CICA A modificada”.

	Porcentaje de acuerdo	Free-Marginal Kappa	95% de intervalo de confianza		Nivel de acuerdo
Ítem 1	59,7	0,46	-0,09	1,00	Bueno
Ítem 2	55,6	0,35	0,02	0,68	Pobre
Ítem 3	74,7	0,66	0,01	1,00	Bueno
Ítem 4	48,4	0,31	0,01	0,63	Pobre
Ítem 5	51,3	0,35	0,30	0,40	Pobre
Ítem 6	57,1	0,43	0,39	0,46	Bueno
Ítem 7	44,7	0,26	0,07	0,46	Pobre
Ítem 8	49,5	0,33	0,26	0,40	Pobre
Ítem 9	63,4	0,51	0,05	0,97	Bueno
Ítem 10	55,0	0,40	0,26	0,54	Bueno
Ítem 11	49,7	0,33	-0,10	0,76	Pobre
Ítem 12	43,7	0,25	0,03	0,47	Pobre
Ítem 13	67,1	0,56	0,20	0,92	Bueno
Ítem 14	62,4	0,50	-0,22	1,00	Bueno
Ítem 15	62,4	0,50	0,22	0,78	Bueno
Ítem 16	68,7	0,58	-0,24	1,00	Bueno
Ítem 17	65,3	0,54	-0,11	1,00	Bueno
Ítem 18	85,5	0,81	0,69	0,92	Excelente
Ítem 19	39,2	0,19	0,09	0,29	Pobre
Ítem 20	48,7	0,32	-0,10	0,74	Pobre
Ítem 21	42,1	0,23	0,08	0,38	Pobre
Ítem 22	45,8	0,28	0,28	0,28	Pobre
Ítem 23	45,8	0,28	0,28	0,28	Pobre
Ítem 24	56,6	0,42	0,17	0,68	Bueno
Ítem 25	54,2	0,39	0,11	0,66	Pobre
Ítem 26	48,7	0,32	0,30	0,34	Pobre
Ítem 27	53,2	0,38	0,27	0,49	Pobre
Ítem 28	59,7	0,46	0,29	0,64	Bueno
Ítem 29	45,3	0,27	0,20	0,34	Pobre

Se consideraron los resultados de las calificaciones respecto a las habilidades de comunicación del médico residente mostradas en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Tabla 8

Análisis de confiabilidad inter evaluador cuando la “Escala CICAA modificada” es aplicada sólo por evaluadores especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

	Porcentaje de acuerdo	Índice de Kappa	95% de intervalo de confianza		Nivel de acuerdo
Ítem 1	56,2	0,34	-0,08	0,77	Pobre
Ítem 2	67,5	0,51	-0,08	1,00	Bueno
Ítem 3	78,8	0,68	0,06	1,00	Bueno
Ítem 4	61,1	0,42	-0,11	0,95	Bueno
Ítem 5	49,7	0,25	0,25	0,25	Pobre
Ítem 6	51,3	0,27	0,22	0,32	Pobre
Ítem 7	50,3	0,25	-0,13	0,64	Pobre
Ítem 8	51,3	0,27	0,16	0,38	Pobre
Ítem 9	60,5	0,41	-0,14	0,95	Bueno
Ítem 10	53,6	0,30	0,19	0,42	Pobre
Ítem 11	47,7	0,22	-0,25	0,68	Pobre
Ítem 12	43,5	0,15	-0,13	0,43	Pobre
Ítem 13	60,1	0,40	0,09	0,71	Bueno
Ítem 14	61,4	0,42	-0,39	1,00	Bueno
Ítem 15	56,9	0,35	-0,05	0,76	Pobre
Ítem 16	67,0	0,50	-0,47	1,00	Bueno
Ítem 17	69,2	0,54	-0,00	1,00	Bueno
Ítem 18	89,0	0,83	0,51	1,00	Excelente
Ítem 19	39,9	0,10	0,10	0,10	Pobre
Ítem 20	51,3	0,27	-0,30	0,84	Pobre
Ítem 21	43,8	0,16	-0,02	0,33	Pobre
Ítem 22	48,4	0,23	0,19	0,26	Pobre
Ítem 23	45,4	0,18	0,11	0,25	Pobre
Ítem 24	53,3	0,30	0,00	0,60	Pobre
Ítem 25	58,2	0,37	0,01	0,74	Pobre
Ítem 26	48,7	0,23	0,20	0,26	Pobre
Ítem 27	50,7	0,34	0,06	0,62	Pobre
Ítem 28	59,2	0,39	0,26	0,51	Pobre
Ítem 29	45,4	0,18	0,11	0,25	Pobre

Se consideraron los resultados de las calificaciones respecto a las habilidades de comunicación del médico residente mostradas en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Tabla 9

Análisis de confiabilidad inter evaluador mediante el uso de “lista de verificación” en la “Escala CICAAM modificada”.

	Porcentaje de acuerdo	Índice de Kappa	95% de intervalo de confianza		Nivel de acuerdo
Ítem 1	90,5	0,81	0,44	1,00	Excelente
Ítem 2	81,5	0,72	0,72	0,72	Bueno
Ítem 3	100,0	1,00	1,00	1,00	Excelente
Ítem 4	86,6	0,80	0,4	1,00	Excelente
Ítem 5	77,9	0,67	0,02	1,00	Bueno
Ítem 6	83,2	0,75	0,25	1,00	Bueno
Ítem 7	80,3	0,70	0,12	1,00	Bueno
Ítem 8	90,5	0,86	0,58	1,00	Excelente
Ítem 9	95,0	0,92	0,78	1,00	Excelente
Ítem 10	80,3	0,70	0,12	1,00	Bueno
Ítem 11	83,2	0,75	0,25	1,00	Bueno
Ítem 12	74,0	0,61	-0,16	1,00	Bueno
Ítem 13	85,5	0,78	0,65	0,91	Bueno
Ítem 14	68,7	0,53	-0,10	1,00	Bueno
Ítem 15	77,9	0,67	0,02	1,00	Bueno
Ítem 16	83,2	0,75	0,25	1,00	Bueno
Ítem 17	67,9	0,52	-0,13	1,00	Bueno
Ítem 18	85,5	0,78	0,65	0,91	Excelente
Ítem 19	46,1	0,19	0,09	0,29	Pobre
Ítem 20	66,3	0,49	0,49	0,49	Bueno
Ítem 21	76,1	0,64	-0,06	1,00	Bueno
Ítem 22	78,2	0,67	0,32	1,00	Bueno
Ítem 23	69,8	0,55	-0,05	1,00	Bueno
Ítem 24	90,5	0,86	0,58	1,00	Excelente
Ítem 25	78,2	0,37	0,01	0,74	Pobre
Ítem 26	74,7	0,62	-0,12	1,00	Bueno
Ítem 27	51,5	0,27	0,15	0,39	Pobre
(**)					
Ítem 28	77,9	0,67	0,02	1,00	Bueno
Ítem 29	69,0	0,53	-0,08	1,00	Bueno

Se consideró sólo dos alternativas de respuesta en cada ítem: 0 (si había fue calificado como 0) y 1 (si fue calificado como 1 o 2).

* Se consideró dos alternativas: 0 (si califico como No Procede) y 1 (otra respuesta).

Tabla 10

Análisis de confiabilidad intra evaluador con el uso de la “Escala CICAA modificada”.

	Acuerdo	Acuerdo esperado	Índice de kappa	Error estándar	z	p	Nivel de acuerdo
Ítem 1	86,1	75,3	0,44	0,144	3,04	0,001	Bueno
Ítem 2	79,2	72,2	0,25	0,144	1,73	0,041	Pobre
Ítem 3	87,1	78,2	0,43	0,150	2,83	0,002	Bueno
Ítem 4	75,0	66,1	0,26	0,134	1,97	0,024	Pobre
Ítem 5	83,3	53,2	0,64	0,137	4,69	<0,001	Bueno
Ítem 6	73,6	63,7	0,27	0,126	2,18	0,015	Pobre
Ítem 7	78,7	72,0	0,24	0,118	2,02	0,022	Pobre
Ítem 8	77,8	67,5	0,32	0,134	2,36	0,009	Pobre
Ítem 9	80,6	67,7	0,40	0,131	3,04	0,001	Bueno
Ítem 10	83,3	54,8	0,63	0,133	4,74	<0,001	Bueno
Ítem 11	68,1	64,6	0,10	0,118	0,83	0,202	Pobre
Ítem 12	76,4	62,0	0,38	0,127	2,99	0,001	Pobre
Ítem 13	80,6	52,8	0,59	0,139	4,22	<0,001	Bueno
Ítem 14	80,6	67,1	0,41	0,136	3,00	0,001	Bueno
Ítem 15	84,7	51,9	0,68	0,142	4,82	<0,001	Bueno
Ítem 16	80,6	63,0	0,48	0,136	3,50	<0,001	Bueno
Ítem 17	77,9	73,6	0,16	0,132	1,19	0,116	Pobre
Ítem 18	83,3	81,3	0,11	0,066	1,64	0,051	Pobre
Ítem 19	69,4	67,9	0,05	0,136	0,35	0,361	Pobre
Ítem 20	75,0	56,9	0,42	0,120	3,48	<0,001	Bueno
Ítem 21	79,2	59,6	0,48	0,128	3,78	<0,001	Bueno
Ítem 22	77,8	64,0	0,38	0,127	3,01	0,001	Pobre
Ítem 23	76,4	56,2	0,46	0,130	3,54	<0,001	Bueno
Ítem 24	81,9	70,8	0,38	0,143	2,68	0,004	Pobre
Ítem 25	72,2	53,7	0,40	0,134	2,98	0,002	Bueno
Ítem 26	69,4	58,0	0,27	0,121	2,25	0,012	Pobre
Ítem 27	68,5	55,3	0,30	0,118	2,51	0,006	Pobre
Ítem 28	79,2	51,8	0,57	0,138	4,13	<0,001	Bueno
Ítem 29	80,6	54,9	0,57	0,125	4,55	<0,001	Bueno

Se consideraron los resultados de las calificaciones respecto a las habilidades de comunicación del médico residente mostradas en los videos “Comunicación efectiva” y “Comunicación no efectiva”.

Figura 1

Estrategias utilizadas en el Curso sobre habilidades en comunicación y evaluación posterior mediante el ECOE: Clases interactivas, trabajos en grupos pequeños, “role-play” y “feedback”.



Se realizaron clases interactivas (A); los alumnos, en grupos de dos o tres integrantes, elaboraron escenarios de comunicación clínica para ser aplicados por otros grupos mediante “role-play” (B); El profesor brindó “feedback” a los participantes luego de ser aplicado un escenario. (C); Posterior al entrenamiento, los alumnos fueron evaluados mediante una estación de ECOE (D).

Figura 2

Elaboración de los videos del EVOE (Evaluación Video Objetivo Estructurado): médicos residentes ensayando con una paciente simulada en el Centro de Simulación de la Facultad de Medicina de la UPCH.



Los ensayos fueron realizados en el Centro de Simulación de la UPCH, primero para la grabación del video 1 (“Comunicación no efectiva”) (A y B); los médicos residentes después de la participar en el curso sobre habilidades en comunicación ensayaron para la grabación del video 2 (“Comunicación efectiva”) (C y D).

Figura 3

Capturas de pantalla del material que fue enviado mediante archivos en “Google Drive” a los evaluadores: videos y escala de calificación.

COMUNICACIÓN EN LA ENTREVISTA CLÍNICA
VIDEO 1



VÍDEO 1 sobre comunicación médico paciente



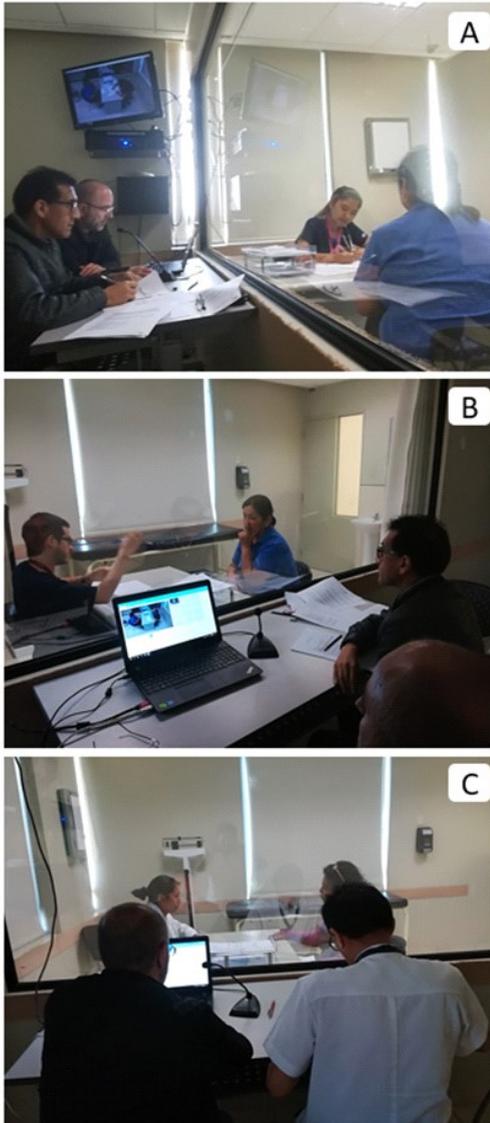
1. ¿El profesional recibe al paciente de manera amable y cordial? Se presenta, saluda, establece contacto visual. *

- No procede
- Muy escasamente o Escasamente
- Aceptablemente
- Casi totalmente o Totalmente

2. ¿El profesional hace un uso la historia clínica o de la computadora de forma que no

Figura 4

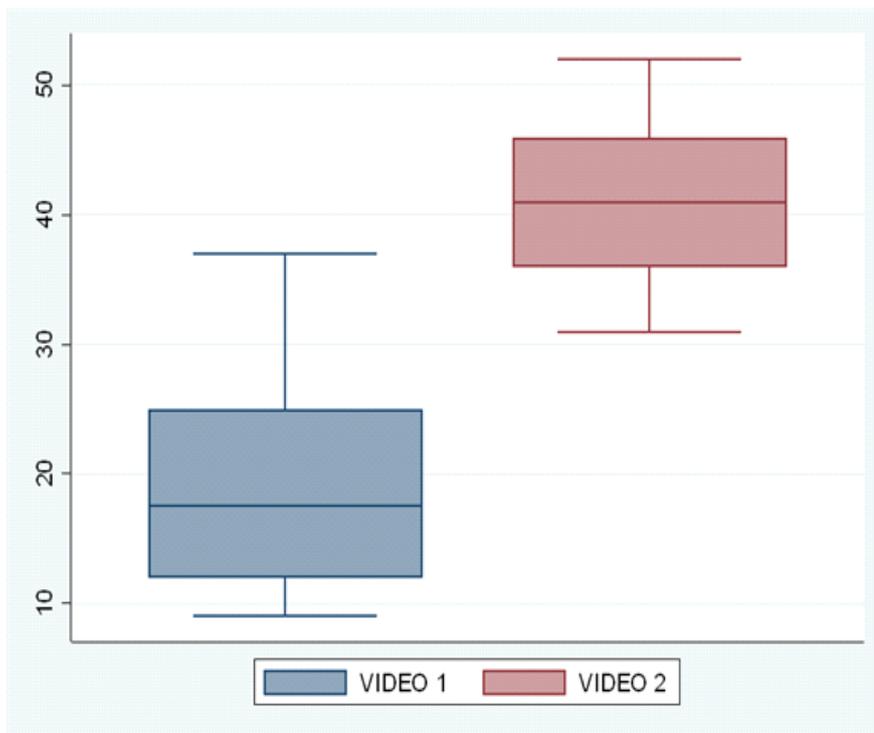
ECOE de las habilidades de comunicación aplicado a Médicos Residentes de primer año previo a la participación en el Curso de Entrenamiento en Habilidades de Comunicación.



La observación del desempeño en el ECOE fue realizada mediante una luna unidireccional (A); las sesiones fueron grabadas para luego enviarlas a los médicos residentes y observen su desempeño (B); la calificación fue realizada por dos profesores con el uso de la “Escala CICAA modificada” (C).

Figura 5

Distribución de las calificaciones otorgadas por todos los evaluadores respecto a las habilidades de comunicación en el encuentro clínico entre un médico residente y una paciente simulada.



- Video 1: “Comunicación no efectiva”); video 2: “Comunicación efectiva”.
- Las calificaciones de las habilidades en comunicación según la escala CICAA modificada pueden variar entre 0 a 58 puntos, lo mismo que la escala original.

Anexo 1

Escala CICAA original (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar) utilizada para la evaluación del encuentro clínico entre profesionales de salud y pacientes.

I. ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR

DATOS GLOBALES:

PROYECTO:	CLAVE:	OBSERVADOR:
Tiempo total de consulta (s y min): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Hasta explorar (S): <input type="text"/> <input type="text"/>	Exploración (s): <input type="text"/> <input type="text"/>
Profesional: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Tipo: Med. <input type="checkbox"/> Resi. <input type="checkbox"/> Enfer. <input type="checkbox"/> Est. <input type="checkbox"/>	
Motivo de consulta: Pral.: _____	2) _____	3) _____
Especialidad / Año / Curso	Docente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Proceso: Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/>
Paciente: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> / Re. <input type="checkbox"/> Es. <input type="checkbox"/>	Acompaña: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Visita: Inicial <input type="checkbox"/> Revisión <input type="checkbox"/>

TAREA 1.ª CONECTAR

Np 0 1 2

1.-¿En qué medida el profesional 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?				

TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

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?				
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 y/o la causa de su síntoma o proceso?				
13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los 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?				
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				

TAREAS 3.º y 4.º 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 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 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?				

NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente

He revisado la cumplimentación de todos los ítems _____

PUNTUACION TOTAL / n.º ítems con NP

Tomado de “Escala CICAA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial” (16)

Anexo 2

Silabo del curso de entrenamiento en habilidades en comunicación:

“Comunicación Asistencial y Entrevista Clínica”.

 UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA		
FACULTAD DE MEDICINA ALBERTO HURTADO		
DIRECCIÓN POSGRADO Y SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN		
EDUCACIÓN CONTÍNUA		
I. DATOS GENERALES		
1.1	Nombre del curso	COMUNICACIÓN ASISTENCIAL Y ENTREVISTA CLÍNICA
1.2	Dirigido a	RESIDENTES Y ESPECIALISTAS, DE MEDICINA Y ENFERMERIA
1.3	Organizado por	UNIDAD DE POSGRADO Y ESPECIALIZACION
1.4	Horas y/o créditos	24 HORAS, 1.5 CRÉDITOS
1.5	Modalidad	PRESENCIAL
1.6	Profesor coordinador	MAGISTER MARIA SOFIA CUBA FUENTES

• RESULTADO DE APRENDIZAJE
Adquirir habilidades y técnicas que permitan un adecuado manejo de la comunicación en el ámbito sanitario.

• CONTENIDOS
UNIDAD I Bases conceptuales de la comunicación <ul style="list-style-type: none">• La comunicación en la relación clínica• Axiomas y leyes de la comunicación• Elementos de la comunicación
UNIDAD II Habilidades básicas de la comunicación en el contexto clínico <ul style="list-style-type: none">• Comunicación no verbal• Técnicas de comunicación verbal• Habilidades del entrevistador
UNIDAD III Entrevista clínica <ul style="list-style-type: none">• Tipos y fases de una entrevista• Modelos de relación profesional-paciente• Comunicación centrada en el paciente

- Toma compartida de decisiones y confidencialidad
- Objetivos y tareas en el encuentro clínico
- Habilidades estratégicas en el encuentro clínico
- Elementos de comunicación básicos en el encuentro clínico

UNIDAD IV

Retos comunicacionales en situaciones especiales

- Comunicar una mala noticia
- Manejo de situaciones difíciles
- Abordaje de la comunicación al final de la vida
- La entrevista motivacional

• ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS

- Exposición oral participativa:
Se realizará a cargo de docentes expertos en el tema, se estimula la participación activa del estudiante mediante preguntas relacionadas al tema. Se utilizará recursos multimedia que faciliten la comprensión del tema desarrollado e incluirá presentaciones en power point y conferencias de discusión para toda la clase en conjunto.
- Taller:
Oportunidad de amalgamar la experiencia previa de los participantes con los contenidos adquiridos durante los cursos de la maestría. Prioriza la capacidad de síntesis y consolidación de los diversos contenidos recibidos para aplicarlos a realidades concretas, favoreciendo la participación del alumnado y la idea de “aprender haciendo”; vinculando así la actividad directa y la construcción de los nuevos conocimientos.

• EVALUACIÓN

Los criterios de evaluación se centrarán sobre todo en la participación del alumno en las sesiones de trabajo a lo largo del curso, la calidad de los productos solicitados (presentación de trabajo final) y su avance en la comprensión integral del curso.

Instrumentos de Evaluación	Peso relativo
Participación en Clases	50%
Examen	50%

El sistema de calificación es de 0 a 20, siendo 11 la nota para aprobar el curso.

• CERTIFICACIÓN

Se les otorgará:

Certificado: A los estudiantes que aprueben satisfactoriamente el curso.

Constancia de participación: A los estudiantes que no aprueben el curso pero que acumulen como mínimo un 80% de asistencias a las actividades programadas.

BIBLIOGRAFÍA
<ul style="list-style-type: none"> • Ruiz Moral R. Relación clínica, Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
<ul style="list-style-type: none"> • Borrell y Carrió F. Entrevista clínica: Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. • Borrell y Carrió F. Manual de Entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: ed Doyma; 1989. • Rodríguez Salvador JJ, Ruiz Moral R, Sobrino López A. La comunicación asistencial. En: Casado V ed. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: semFYC ediciones y ed Panamericana; 2012, p. 63-110 • Neighbour R. La consulta interior: cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e intuitivo. Barcelona: J&C; 1998. • Miller W, Rollnick S. La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas. Ediciones Paidós Ibérica 2012. • Ruiz Moral R. Comunicación clínica, principios y habilidades para la práctica. Editorial Panamericana; 2014.
Enlaces internet
http://www.comunicacionysalud.es http://webcampus.drexelmed.edu/doccom/user

PROFESORES PARTICIPANTES

Grado ó Título	Nombre	Apellidos	Departamento Académico
Mag	María Sofia	Cuba Fuentes	Medicina

EXPOSITORES INVITADOS

Grado o Título	Nombre	Apellidos	Institución

Médico especialista en Medicina familiar	Luis	Aguilera García	Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid España
--	------	-----------------	---

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Fecha y Hora	Contenidos	Actividades	Profesor Responsable
1/12 9:00 a 9:45hrs	La comunicación en la relación clínica	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 9:45 a 10:30	Axiomas y leyes de la comunicación	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 10:30 a 11:15	Elementos de la comunicación	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 11:30 a 12:15	Comunicación no verbal	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 12:15 a 13:00	Técnicas de comunicación verbal	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 14:00 a 14:45	Habilidades del entrevistador	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 14:45 a 16:15	Tipos y Fases de una entrevista	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 16:15 a 17:45	Modelos de relación profesional-paciente	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 18:00 a 19:30	Comunicación centrada en el paciente	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
1/12 19:15 a 20:45	Toma compartida de decisiones y confidencialidad	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
2/12 9:00 a 10:30	Objetivos y tareas en el encuentro clínico	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
2/12 10:45 a 12:15	Habilidades estratégicas en el encuentro clínico	TALLER (PRÁCTICA)	Luis Aguilera

2/12 12:15 a 13:45	Elementos de comunicación básicos en el encuentro clínico	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
2/12 14:45 a 16:15	Situaciones difíciles. Comunicar una mala noticia	TALLER (PRÁCTICA)	Luis Aguilera
2/12 16:15 a 17:45	Abordaje de la comunicación al final de la vida	EXPOSICIÓN ORAL PARTICIPATIVA (TEORÍA)	Luis Aguilera
2/12 18:00 a 19:30	Entrevista motivacional	TALLER (PRÁCTICA)	Luis Aguilera

Anexo 3

Cuestionario sobre la relevancia y claridad, así como la congruencia ítem- dominio de la escala de calificación

ESCALA CICCA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar)

Nombre del Experto:

Cargo e Institución donde labora:

Se le invita a participar en la validación cultural del instrumento de calificación “CICCA” (Conectar, Identificar y Comprender los problemas, Acordar y Conectar), el cual se utiliza para evaluar la comunicación que se produce en el encuentro entre el personal de salud y los pacientes.

Este instrumento fue elaborado inicialmente en idioma Castellano, consta de 29 ítems (preguntas) agrupadas en 03 tareas o dominios. Se desea validar la claridad (equivalencia conceptual) y la relevancia (validez de contenido) de cada uno de los ítems. El público usuario serán los docentes que evalúan la comunicación entre el personal de salud en entrenamiento y los pacientes.

Su validación ayudará a mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje en la facultad de medicina sobre comunicación, competencia que es imprescindible en la relación del personal de salud con los pacientes.

A usted se le realizará 02 preguntas,

- La primera está referida a la “Claridad” de los ítems y tiene como respuestas sólo dos alternativas (Clara / No clara).
- En la segunda pregunta se le solicita que califique la relevancia de los ítems, para lo cual usted utilizará las siguientes alternativas:
 - No es relevante (1)
 - No se puede evaluar su relevancia (2)
 - Relevante pero necesita una modificación menor (3)
 - Muy relevante y preciso (4)

En cada una de las preguntas usted cuenta espacios en blanco para marcar con “X” sus respuestas, así como espacios en blanco para escribir sus observaciones o comentarios.

	Escala CICCA NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente				¿Qué le parece la CLARIDAD de la pregunta?		Si respondió ó “no clara”, por favor explique porque le parece no clara	Si respondió ó “No clara”, por favor reescriba la pregunta	¿Cómo califica la RELEVANCIA del ítem?			
	NP	0	1	2	Clara	No clara			1	2	3	4
TAREA 1: “CONECTAR”												
1.-¿En qué medida el profesional 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?												
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en ésta tarea: “CONECTAR”?												
En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.												
TAREA 2: “IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS ”												
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?												
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 y/o la causa de su síntoma o proceso?												
13.-¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y los 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?												
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?												
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en ésta tarea: “IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS”?												
En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.												
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 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?													
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en ésta tarea: “ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR”?													
En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.													

Anexo 4

Guía utilizada para verificar si las estaciones de ECOE tienen información suficiente para su aplicación.

Escenario	Situación docente	
	Objetivos de la sesión	
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuántos estudiantes van a entrevistarle en cada entrevista • Cuántas entrevistas en una sesión • La duración de las entrevistas/ sesión docente 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Quién va a interrumpir la entrevista y cuando • Si el docente va a pedir feedback del paciente • Cuando el paciente debe salir de su rol 	
	Pautas requeridas	
Antecedentes generales	Nombre completo del paciente; Edad/Fecha de nacimiento Estado civil; Previsión; Escolaridad; Profesión/Ocupación; Dirección; Núcleo familiar en el que vive. Características físicas; Características psicológicas Antecedentes socioeconómicos	
Motivo de la consulta		
Anamnesis próxima		
Anamnesis remota		
Anamnesis desde la perspectiva del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Creencias (Qué significados le da a su enfermedad. Qué ideas tienes para explicar el problema) • Reacciones emocionales frente a la situación (Qué miedos tiene) • Preocupaciones (Qué aspecto del problema es su principal preocupación) • Expectativas (Qué espera del profesional de salud) • Efectos (Qué efectos son previstos por el paciente) 	
Escena	Circunstancia actual del paciente	
	Actitud del paciente frente a la entrevista	
	Expresión no verbal (gestualidad)	

La estación “Diagnóstico de diabetes mellitus” cumplía con todos estos requerimientos

Anexo 5

Ficha utilizada por cada miembro del “Comité revisor del ECOE” para evaluación de la estación ECOE (*).

Pregunta sobre factibilidad			
¿Qué tan fácil será encontrar un Paciente Simulado para este escenario?	Muy fácil	Relativamente fácil	Difícil
Preguntas sobre validez			
¿Se puede resolver la estación 10 minutos?	Si	No	
¿Este tema se enseña en el currículo?	Si	No	
¿En qué parte del currículum se enseña?	Si	No	
¿Los atributos que se prueban se esperan de un R1?	Si	No	
¿Este escenario discriminarían entre buena y mala comunicación médico paciente?	Si	No	
¿Esta estación podría recrear una atmósfera cercana al encuentro real con el paciente?	Si	No	
Si un alumno aprueba esta estación, ¿Sería capaz de extrapolar a la competencia en el lugar de trabajo?	Si	No	
¿Esta estación evalúa lo que se supone que debe evaluar, como se describe en las competencias de comunicación?	Si	No	
Preguntas complementarias			
¿Este escenario se beneficiaría de una prueba piloto si no está seguro acerca de cualquiera de los anteriores?	Si	No	
¿También se puede usar esta prueba en otros años académicos?	Si	No	
Si su respuesta es “SI”, indique en qué año			

(*) Adaptada de la recomendada por el AMEE (*An International Association For Medical Education*) (12).

Anexo 6

ECOE “Diagnóstico de diabetes mellitus”: Escenario diseñado de acuerdo a la plantilla utilizada en el Centro de Simulación de la FAMED

OBJETIVO EDUCACIONAL:

¿Qué se espera que aprenda el alumno con este paciente?: Habilidades de comunicación.

¿Qué se espera evaluar en los alumnos usando este paciente?: Habilidades de comunicación.

METODOLOGÍA DOCENTE

- **Cuántos estudiantes van a entrevistarlo en cada sesión:** uno
- **Cuántas entrevistas en una sesión:** 05
- **La duración de las entrevistas/sesión docente:** El alumno dispondrá de 10 minutos para la entrevista. Se recomienda disponer de 20 a 30 minutos para el *debriefing*. En este estudio no se realizó esta sesión.
- **Si el docente va a interrumpir la entrevista:** No
- **Si el docente va a pedir *feedback* del paciente:** No
- **Cuándo el paciente debe salir de su rol:** Si es que el alumno solicita realizar examen físico.

Adjuntar

- **Pauta de evaluación al paciente:** Se utilizará la escala CICAA
- **Pauta de *feedback*:** No se realizará

HISTORIA CLINICA

Antecedentes generales

Nombre completo del paciente: Olga Cornejo Condor

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento y Edad: 04 de febrero de 1962

Estado civil: Casada

Dirección: [REDACTED]

DNI: [REDACTED]

Seguro de salud: Está afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS)

Escolaridad: Secundaria completa

Profesión: Técnica en administración

Ocupación: Asistente de oficina

Características físicas: Persona con obesidad tipo I.

Características psicológicas: Estable, muestra un poco de preocupación por la posibilidad de tener diabetes mellitus y usar insulina.

Antecedentes socioeconómicos: Reside en un departamento alquilado, pequeño, de material noble, con servicios de agua, luz, desagüe y teléfono.

Núcleo familiar en el que vive: Vive con su hijo menor, el cual tiene 20 años. Su hijo mayor ya tiene su familia y la visita una vez a la semana.

Motivo de la consulta:

Anamnesis próxima:

- **Tiempo de evolución con fecha de aparición, Localización, Irradiación y migración:** Desde hace dos meses presenta leve aumento de la sed, incremento de la frecuencia de orina, disminución no cuantificada de peso.
- **Forma de aparición, Intensidad, Ritmo, Periodicidad, Frecuencia.** El cuadro clínico se presentó de manera insidiosa, de leve intensidad, no varió en la periodicidad ni frecuencia.
- **Factores desencadenantes, Factores atenuantes, Factores agravantes:** No existen factores desencadenantes. Los factores de riesgo son la inactividad física, obesidad, y consumo de tabaco.
- **Síntomas y signos concomitantes y su evolución:** No tiene otros síntomas.
- **Otros síntomas:** Aumento de volumen de MMII desde hace tres años, remite con el reposo.
- **Revisión por sistemas:** No se realizará.
- **Exposición a contactos:** No tiene contacto con persona con tuberculosis, ni otra enfermedad con riesgo de contagio.

Anamnesis remota:

Antecedentes mórbidos personales:

- **Enfermedades previas y tratamientos:** Tiene diagnóstico de Hipertensión arterial desde hace 06 años, sigue su tratamiento en un Puesto de Salud.
- **Hospitalizaciones y cirugías:** No tiene.
- **Antecedentes gineco obstétricos:** Tuvo dos embarazos, su hijo menor peso al nacer 4200 gramos.
- **Hábitos:** tabaco, alcohol y drogas. Consume de 8 a 10 cigarrillos desde hace 09 años.
- **Factores de riesgo:** Obesidad.
- **Accidentes:** No tuvo.
- **Uso de medicamentos:** Amlodipino de 5 mg, una vez al día.
- **Alergias:** No tiene
- **Antecedentes mórbidos familiares:** No hay antecedentes patológicos relevantes.

Anamnesis desde la perspectiva del paciente:

- **Creencias (Qué significados le da a su enfermedad. Qué ideas tiene para explicar el problema):** Ha escuchado que las personas “gorditas” pueden tener diabetes.
- **Reacciones emocionales frente a la situación (Qué miedos tiene):** Un poco de tristeza por la posibilidad de requerir el uso de insulina, si se confirma el diagnóstico de diabetes.
- **Preocupaciones (Qué aspecto del problema es su principal preocupación):** Le preocupa la posibilidad de usar insulina.
- **Expectativas (Qué espera del profesional de salud):** La paciente espera que le resuelvan sus dudas, por ejemplo, ¿Qué es la diabetes?, ¿Usará insulina?, ¿Qué debe hacer en adelante?
- **Efectos (Qué efectos son previstos por el paciente):** De confirmarse el diagnóstico de diabetes, el efecto probable es la necesidad de realizar ejercicio, dieta saludable y necesidad de usar fármacos.

ESCENA

Circunstancia actual del paciente: La señora Olga Cornejo Condor, es una mujer de 55 años, refiere que desde hace dos meses tiene incremento de la sed y frecuencia urinaria. Tiene obesidad, y diagnóstico previo de hipertensión arterial. Acude a la consulta de medicina general, por recomendación del personal de un Puesto de Salud, luego de obtener un valor elevado de glucosa sérica en una campaña de salud (130 mg/dl). Le preocupa que se realice el descarte el diagnóstico de diabetes mellitus, así como la posibilidad de necesitar insulina.

Actitud del paciente frente a la entrevista: La paciente se muestra proactiva, colaboradora con la entrevista, pregunta las dudas que tiene, responde las preguntas del médico. A pesar de estar preocupada realiza la entrevista con tranquilidad.

Expresión no verbal (gestualidad): Tiene contacto visual con el médico, sólo cuando se le mencione que es probable que tenga diabetes mostrara un gesto de sorpresa y preocupación. Al omento de señalar el motivo de consulta debe entregar el resultado del examen de glucosa de la campaña de salud.

Precisión en cómo se debe comunicar el paciente con su médico: Debe mostrar interés en la consulta, si el médico le realiza alguna pregunta que esta fuera de la pauta, puede responder de acuerdo a su experiencia e historia personal, por ejemplo, cuantas horas al día ve televisión? Tipo de alimentos que concina o consume, etc.

Preguntas claves: ¿Esta seguro que tengo diabetes?, ¿Qué es la diabetes?, ¿Debo usar insulina?

Anexo 7

Guion para la Paciente Simulada utilizada en la estación de ECOE “Diagnóstico de diabetes mellitus”.

HISTORIA RECIENTE Y MOTIVO DE CONSULTA

La señora Olga Cornejo Condor, es una mujer de 55 años, refiere que desde hace dos meses tiene episodios de incremento de la sed y frecuencia urinaria. Tiene obesidad, y diagnóstico previo de hipertensión arterial. Acude a la consulta de medicina general, por recomendación del personal de un Puesto de Salud, luego de obtener un valor elevado de glucosa sérica en una campaña de salud (130 mg/dl). Le preocupa que se realice el descarte el diagnóstico de diabetes mellitus, así como la posibilidad de necesitar insulina.

PRESENTACION DEL CASO PARA LA PACIENTE SIMULADA:

Olga Cornejo Condor eres una mujer de 55 años, ama de casa, madres de dos hijos de 20 y 25 años, trabajas como asistente de oficina de medio tiempo.

Acudes a la consulta de medicina general por recomendación de una técnica de enfermería de una Posta de Salud debido a que en una campaña de salud tuviste elevado el valor del azúcar en la sangre (glucosa: 130 mg/dl). En los últimos dos meses has estado tenido aumento de la sed, aumento de la frecuencia urinaria. Hay semanas que has estado normal Sabes que tienes un poco de sobrepeso en este momento y tiene sentido para ponerte a dieta. En el trabajo, estas principalmente en un escritorio y, a menudo, hay chocolates y galletas en la oficina.

Tienes hipertensión arterial desde hace 06 años, tomas amlodipino de 5mg una vez al día, pero no tiene otros problemas médicos. El personal del Puesto de Salud le explicó que siga una dieta y realice ejercicios tres veces por semana, y que sea evaluada por su médico de cabecera.

Sólo si le preguntan dirá que ha intentado hacer dieta varias veces, pero le ha resultado difícil seguirla porque se aburre de comer todo sancochado y rompe la dieta.

Sólo si le preguntan dirá que también intentó hacer ejercicio, pero se cansa rápido, no le llama la atención correr.

Ha oído hablar de diabetes. Sabe que las personas con sobrepeso la contraen y que es posible que deba inyectarse insulina todos los días, esta probabilidad la tiene preocupada. Ha escuchado que es doloroso. Además, ha escuchado que las personas con diabetes pueden quedarse ciegos o sufrir amputaciones del pie.

Sólo si le preguntan: No tiene mareos, dolor de cabeza, náusea, tiene incremento de sed, aumento del volumen de orina, ha bajado ligeramente de peso. Usted siempre ha sido un poco “gordita” pero desde que nació su hijo que nota que ya no puede bajar de peso.

Su sueño, deposiciones son normales.

Su fecha de última regla fue hace 08 años. Tiene dos hijos de 15 y 20 años, sus embarazos y parto fueron normales. Sólo si le preguntan, cuando nacieron sus hijos pesaron 3,5 kg y 4,2 kg aproximadamente.

Cuando la doctora le indique que es probable que tenga diabetes, usted dirá “Diabetes doctora” con expresión de sorpresa y preocupación. Si le preguntan ¿Qué puedo hacer hoy por usted? Usted responderá “Que despeje las dudas”.

Puedes hacer preguntas, si es que no han sido resueltas por el médico, como: “¿qué tratamiento debo tener doctora?”: ¿Esta seguro que tengo diabetes?, ¿Qué es la diabetes?, ¿Debo usar insulina?

Anexo 8

Indicaciones que recibieron los alumnos antes de ingresar a la estación del ECOE “Diagnóstico de diabetes mellitus”.

Usted es un médico general, realizará una atención ambulatoria en un consultorio de medicina general de un Centro de Salud del primer nivel de atención.

- Ingrese al consultorio, cuando se encuentre listo, llamará a la paciente “Olga Cornejo” que se encuentra esperando su turno en la sala de espera.
- Dispone de 10 minutos para realizar la entrevista clínica.
- No realizará examen físico ni evaluación de signos vitales.
- La entrevista culmina cuando usted lo considere pertinente, o cuando hayan transcurrido los 10 minutos.

Anexo 9

Consolidado de las observaciones realizadas por el comité de expertos en comunicación clínica en la validación de contenido de la escala CICAA.

	Si respondió “no clara”, por favor explique porque le parece no clara	Si respondió “No clara”, por favor reescriba la pregunta
TAREA 1: “CONECTAR”		
1.-¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?	Falta explicar a qué se refiere con “recibe” y con “adecuadamente”	
	¿Qué es adecuadamente?	El profesional recibe al paciente de manera amable y cordial? Se presenta y conoce al paciente.
2.-¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?	En el Perú aún se usa la historia clínica escrita y no se usa mucho la computadora	¿En qué medida el profesional hace un uso de la computadora o la historia clínica de forma que no altera la comunicación?
	-traducir ordenador -quizás induce a decir que no altera?	
4.-¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?	explicar lenguaje no verbal explicar adecuado?	
5.-¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?	explicar empatía	
6.-¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?		¿En qué medida el profesional termina adecuadamente la entrevista con el paciente?
	explicar adecuadamente o preguntar por	

	evaluación global de satisfacción	
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en esta tarea: “CONECTAR”?	No,	
En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.	Ninguno 3 y 4 debe ocurrir simultáneamente. ¿Cómo evaluó empatía 1 de empatía 2?	

TAREA 2: “IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS”		
7.-¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?	En que consiste “adecuada”	¿En qué medida el profesional ha mostrado un ritmo pausado con silencios funcionales ?
	La palabra “reactividad” puede no ser entendida por igual por diferentes personas	¿En qué medida el profesional ha reaccionado de forma adecuada?
	No se entiende reactividad	
	¿Qué se entiende por adecuada?	¿El profesional responde con empatía de manera verbal o no verbal a los problemas del paciente?
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?		¿En qué medida el profesional facilita el relato del paciente?
	traducir discurso, quizás intervención o: lo que el paciente quiere decir	
	No usamos mucho estos términos.	¿El profesional invita/permite/ anima al paciente a manifestar sus inquietudes?
9.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un	no se entiende visual – facial para el px.	

contacto visual-facial adecuado?		
10.-¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?		¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas o señales ofrecidas por el paciente?
	pistas?	
	USUALMENTE NO UTILIZAMOS LA PALABRA PISTA, NO REFLEJA EL MENSAJE CON CLARIDAD.	¿En qué medida el profesional capta y responde a las EXPRESIONES ofrecidas por el paciente?
	Se parece a la pregunta 7. Es difícil evaluar este punto con objetividad. ¿Qué tipo de respuesta esperamos?	¿El profesional identifica lo que el paciente manifiesta con su lenguaje no verbal?
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	Importante, quizás evaluar si lo hace antes, o al inicio.	
16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?	No logro diferenciar 13 y 16.	
	Esto es funciones biológicas	
17.- ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?	¿AVE frecuentemente se da entorno familiar?	¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales, estresantes en el entorno familiar?
	quizás resumir: en que medida ha preguntado por problemas actuales personales en el paciente.	
18.-¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?	Parte de la anamnesis	
19.-¿En qué medida el profesional ha explorado	“demanda” de qué?	¿En qué medida el profesional ha explorado

factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con la demanda?		factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con el motivo de consulta del paciente?
	Hay dos ítems en una pregunta: factores de riesgo y prevención. No se entiende “actividades preventivas no relacionadas con la demanda	
	No es claro qué factores de riesgo no relacionadas con la demanda. Incluso en una consulta normal de cualquier especialidad me parece que no podemos exigir este punto por el corto tiempo disponible.	
20.-¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?	agregar: periódicamente	
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en las tareas: “IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS”?	No Ítem 9 debe ir en tarea 1 debajo del ítem 2	
En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.	10, 16 y 18. 7 y 8 ocurren simultáneamente, podríamos eliminar el 8. Como puedo diferenciar 13 de 16, si no consideramos el 16 el dato del ánimo está considerado en 13. 18 lo eliminaría Eliminar el 19. 7	

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?	agregar explicar etiología? fisiopatología? (traducido)	
23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	Redacción. Es importante establecer que sea a TODOS los problemas de salud del motivo de consulta del paciente.	23.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información relacionada a todos los problemas y necesidades que tiene el paciente?
	quizás añadir: evita dar información de más	
24.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	definir claro	
25.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	Redacción	25.- ¿En qué medida el profesional anima al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta?
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	con una vez al final basta? detallar criterios	
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)?	Sobra el paréntesis.	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?
Aspectos generales: ¿Considera que falta alguna pregunta o tema a explorar en éstas tareas:	No	

<p>“ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR”?</p>	
<p>En base a la RELEVANCIA, por favor indique que ítem debe modificar o eliminar.</p>	<p>26: LA PREGUNTA ESTA BIEN PLANTEADA PERO LA RESPUESTA YA ESTA EXPLICITA EN OTRAS PREGUNTAS EL CONTENIDO DE LA PREGUNTA 23 Y 24 SON SIMILARES, ELIMINE UNA DE ELLAS. Para que ocurra 25 toma de decisiones compartidas, es necesario filtro del 24 y 26. Eliminaría 24 y 26, TDC 25 involucra las 5 As 23 y 25</p>

COMENTARIOS GENERALES:

- *Sólo recalcar el uso de termino de " en q medida" mi sugerencia es hacer la pregunta de frente sin ese texto previo. Y el otro termino q no conocen muchos médicos de AP es la reactividad. Pueden confundirlo.*
- *Es un instrumento largo, que toma tiempo en aplicarse, ver si es viable. Pienso que en parte esto es porque evalúa no solo comunicación sino algunos puntos de la anamnesis en sí y también puntos relativos a decisiones médicas compartidas, que trascienden a la aplicación de habilidades en sí.*

Anexo 10

Escala CICAA modificada de acuerdo a las observaciones planteadas por el comité de expertos en comunicación clínica.

		Escala CICCA NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente			
		Np	0	1	2
TAREA 1: “CONECTAR”					
Ítem 1	¿El profesional recibe al paciente de manera amable y cordial? Se presenta, saluda, establece contacto visual.				
Ítem 2	¿El profesional hace un uso la historia clínica o de la computadora de forma que no altere la comunicación?				
Ítem 3	¿El profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
Ítem 4	¿El lenguaje no verbal del profesional es el adecuado? Gestualidad, movimientos, postura.				
Ítem 5	¿El profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
Ítem 6	¿El profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
TAREA 2: “IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS”					
Ítem 7	¿El profesional ha mostrado una reactividad adecuada? Ejm. ha tenido un ritmo pausado con silencios funcionales				
Ítem 8	¿El profesional facilita el relato del paciente?				
Ítem 9	¿El profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
Ítem 10	¿El profesional capta y responde a las pistas o señales ofrecidas por el paciente?				

Ítem 11	¿El profesional emplea preguntas abiertas?				
Ítem 12	¿El profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o la causa de su síntoma o proceso?				
Ítem 13	¿El profesional ha explorado las emociones y los sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
Ítem 14	¿El profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
Ítem 15	¿El profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
Ítem 16	¿El profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
Ítem 17	¿El profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
Ítem 18	¿El profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
Ítem 19	¿El profesional ha explorado factores de riesgo o realizado actividades preventivas no relacionadas con el motivo de consulta del paciente?				
Ítem 20	¿El profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
	TAREAS 3 Y 4: “ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR”				
Ítem 21	¿El profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
Ítem 22	¿El profesional trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
Ítem 23	¿El profesional ofrece una información relacionada a todos los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
Ítem 24	¿El profesional ofrece la información de forma clara?				
Ítem 25	¿El profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
Ítem 26	¿El profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
Ítem 27	Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿El profesional busca el acuerdo, entra en discusión y considera las opiniones del paciente?				

Ítem 28	¿El profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
Ítem 29	¿El profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

Anexo 11

Calificaciones brindadas por el experto externo a las habilidades de comunicación mostradas por el médico residente en los videos 1 y 2.

	Calificación realizada por Luis Aguilera García, 9 de diciembre de 2018	Escala CICCA NP: No procede. (0): Muy escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi totalmente o Totalmente	
		Calificación Video 1*	Calificación Video 2**
Ítem 1		1	2
Ítem 2		1	2
Ítem 3		2	2
Ítem 4		2	2
Ítem 5		0	1
Ítem 6		1	2
	Calificación del dominio 1	7	11
Ítem 7		2	2
Ítem 8		1	2
Ítem 9		1	2
Ítem 10		0	1
Ítem 11		1	2
Ítem 12		1	1
Ítem 13		0	1
Ítem 14		0	0
Ítem 15		0	2
Ítem 16		0	1
Ítem 17		0	0
Ítem 18		0	0
Ítem 19		1	0
Ítem 20		0	0
	Calificación del dominio 2	7	14
Ítem 21		1	2
Ítem 22		1	2
Ítem 23		0	1
Ítem 24		1	2
Ítem 25		0	1
Ítem 26		0	1
Ítem 27		NP	NP
Ítem 28		0	2
Ítem 29		0	1
	Calificación del dominio 3	3	12

	CALIFICACIÓN TOTAL	17/56	37/56
--	---------------------------	--------------	--------------

*Calificación del video de alumno “No efectiva”

**Calificación del video de alumnos “Efectiva”