

García, Oscar Alberto

Análisis de la comunicación utilizando la versión adaptada del cuestionario CICAA en médicos residentes de pediatría: consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires 2022

Maestría en Educación para Profesionales de la Salud

Tesis 2022

Cita sugerida: García OA. Análisis de la comunicación utilizando la versión adaptada del cuestionario CICAA en médicos residentes de pediatría: consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires 2022 [tesis de maestría] [internet]. [Buenos Aires]. Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022 [citado AAAA MM DD]. 41 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisytr/20230621102150/tesis-garcia-oscar.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente. Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>



Análisis de la comunicación utilizando la versión adaptada del cuestionario CICAA en médicos residentes de pediatría (Consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires 2022).

por

Oscar Alberto García

Dirigida por Horacio Yulitta

Presentado en cumplimiento de los requisitos para la obtención del título de Maestría en educación para profesionales de la salud

ante el

Instituto Universitario Escuela de Medicina Hospital Italiano de Buenos Aires

Buenos Aires
[Noviembre de 2022]

© Copyright Oscar Alberto García, 2022

Dedicatoria y agradecimientos

- Al Dr. Horacio Yulitta, mi tutor de tesis, por guiarme en todas las etapas de mi trabajo, brindándome herramientas y acompañándome en cada paso del trabajo.
- Al Prof. Dr. Eduardo Durante, subjefe del Servicio de Medicina Familiar HIBA y director de la maestría en Educación para Profesionales de la Salud del Instituto Universitario Escuela de Medicina del HIBA, por orientarme y motivarme a investigar este tema.
- Al Dr. Fernando Ramón Vázquez, médico del servicio de Medicina Familiar HIBA, por ayudarme en la interpretación estadística de los datos y en el análisis de los resultados.
- A los Dres Sergio Terraza, Celeste Puga y Fredy Eymann, que incondicionalmente me brindaron orientación en los comienzos del procesado de datos y armado de la tesis.
- A todos los médicos docentes y residentes de Medicina Familiar, que fueron fundamentales para llevar adelante la adaptación transcultural.
- A los docentes de la MEPS IUHIBA, que gracias a sus excelentes cualidades profesionales generaron un clima de aprendizaje propicio para discutir y reflexionar sobre los aspectos relevantes de la educación superior.
- A mis hijos y a mi señora, por todo el apoyo que me brindaron para completar la maestría y esta tesis.

Resumen

Introducción:

En los últimos años, se ha fomentado el interés en los atributos humanísticos de los médicos en formación; por lo tanto, las habilidades de comunicación se han constituido en un elemento fundamental en el desempeño clínico del médico.

Objetivo: El objetivo general de este trabajo fue describir la comunicación en la entrevista médico-paciente de médicos residentes de Pediatría en consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Métodos: Estudio de corte transversal.

Resultados: Se realizó la adaptación idiomática y de estilo de la escala CICAA a población rioplatense. La muestra estuvo compuesta por la primera observación realizada a 42 médicos residentes de Pediatría del Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires y del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca. La confiabilidad resultó buena y la validez del constructo fue adecuada. Por su parte, los residentes evaluados obtuvieron un puntaje aceptable considerando otros estudios; se observó que las puntuaciones de los residentes de tercero y cuarto año fueron ligeramente mayores (aunque no estadísticamente significativas) a las de los residentes de primero y segundo año.

Conclusiones: Los resultados de los residentes fueron aceptables, y la escala CICAA resultó válida y confiable para la población rioplatense.

Palabras clave: relación médico-paciente, comunicación en salud, atención ambulatoria, pediatría.

Palavras-chave: relação médico-paciente, comunicação em saúde, cuidado ambulatorio, pediatría.

Key words: doctor-patient relationship, communication in health, ambulatory care, Pediatrics.

Índice

Dedicatoria y agradecimientos	v
Resumen	vi
Índice	vii
Introducción	1
Objetivos	8
Materiales y Métodos	9
<i>Variables a considerar y su operativización</i>	10
<i>Análisis estadísticos realizados</i>	11
<i>Consentimiento informado</i>	12
<i>Escala CICAA</i>	12
<i>Adaptación de expresiones idiomáticas y de estilo</i>	13
<i>Observaciones</i>	14
Resultados	15
<i>Comparación de medias</i>	17
<i>Consistencia interna</i>	18
<i>Confiabilidad</i>	19
<i>Validez de criterio externo</i>	19
Discusión	21
Conclusiones	25
Anexo I – ESCALA CICAA	i
ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR	i
Estructura del cuestionario CICAA	iii
El sistema de codificación del CICAA	iv
ANEXO II - Lista de tablas y figuras	v
Tabla 1. Características de residentes, pacientes y consultas que conforman la muestra	v
Tabla 2. Características de los Ítems y relación entre ellos	vi
Tabla 3. Estadísticas y media de cada grupo de residentes	vii
Tabla 4. Valor de p para prueba de muestras independientes.	vii
Tabla 5. Validez de criterio externo. Correlación Pearson	vii
Tabla 6. Validez de criterio externo. Correlación Spearman	viii
Bibliografía	ix
	7

Introducción

Las habilidades de comunicación se han convertido en un elemento de suma importancia en el desempeño clínico del profesional de la salud. Gracias al fortalecimiento del humanismo y el profesionalismo en la educación médica, se ha fomentado el interés en los atributos humanísticos de los médicos en formación. La importancia de incorporar habilidades de comunicación en la competencia de las profesiones sanitarias queda justificada por diversos factores, tales como el progreso de la sociedad; la toma de conciencia por parte del ciudadano de lo que quiere y de que puede tener una mayor implicación en la toma de decisiones; la percepción de pérdida de prestigio por parte de los profesionales sanitarios dados los déficits en la comunicación con los pacientes; y las tendencias anglosajonas que tienden a priorizar las necesidades del paciente (1). Por otro lado, el crecimiento exponencial de la evidencia sobre la eficacia de la comunicación en Medicina, y el apoyo que dichos resultados han otorgado en la práctica posibilitaron que, actualmente, la comunicación efectiva sea considerada como una de las competencias básicas de la educación médica (2).

En 1999, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina (AAME) provocó un cambio en los planes de enseñanza de ese entonces, al publicar un informe especial sobre comunicación médico-paciente en el que concluía que toda escuela de medicina debería realizar una evaluación formal de la calidad de la comunicación de sus estudiantes (3). Asimismo, los informes elaborados en el 2011 por el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de los Estados Unidos exigieron que las escuelas de medicina enseñaran las habilidades comunicacionales de manera formal y sujeta a evaluación, tanto en sus programas de pregrado como de posgrado (2, 4, 5).

El uso efectivo de habilidades comunicacionales por parte de los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto a los propios médicos como a sus pacientes, y aumenta el nivel de satisfacción de ambos. Una adecuada comunicación repercute en una mayor confianza en la relación médico-paciente; en una mayor adhesión terapéutica por parte del paciente; en una disminución de las prescripciones

terapéuticas; en mejores resultados clínicos en el curso de las enfermedades; y en una disminución de las demandas contra los profesionales (6, 7, 8, 9).

Existe evidencia sólida sobre los componentes y los logros de una comunicación efectiva en Medicina (9, 10, 11, 12, 13). Moore y colaboradores (2010) han realizado un resumen de esta evidencia y han descrito las habilidades comunicacionales básicas que permiten crear una efectiva comunicación médico paciente (9). A su vez, Kurtz (2002) destacó dos perspectivas o enfoques básicos: por un lado, el llamado «enfoque de lanzamiento de bala», en el que una comunicación efectiva está compuesta por contenido, entrega y persuasión; una comunicación que hace énfasis en el mensaje bien concebido y bien entregado, y en la cual la noción de *feedback* no está presente. Por otro lado, el enfoque «*fresbee*» cambia el foco hacia la comunicación interpersonal o bidireccional, incorpora nuevos elementos y cuenta con dos conceptos centrales. El primero es la confirmación, que consiste en reconocer, darse cuenta y apoyar a la otra persona; el segundo es el entendimiento mutuo en un terreno común, fundamental para la confianza y la precisión. Aunque el mensaje es importante, el foco está puesto en la interacción, en el *feedback*, la colaboración y la relación (6, 9).

Por otra parte, se han producido cambios en la manera de entender la atención médica. Se ha pasado de un enfoque que prioriza la «tarea» del médico a un enfoque centrado en el paciente; más recientemente, se ha pasado a un enfoque centrado en la relación (9).

En este contexto, Kurtz (2002) describió los cinco principios de la «comunicación efectiva»:

1. Asegura una interacción, y no sólo una transmisión directa. Es decir, existe un intercambio de información que permite establecer un terreno en común.
2. Reduce la incertidumbre innecesaria, puesto que ésta interfiere con la eficiencia y la precisión.
3. Requiere planificación fundada en los *outcomes* o resultados que se espera alcanzar. Sólo de este modo puede lograrse un tratamiento efectivo.

4. Posee dinamismo. A fin de que una relación sea dinámica, el médico debe contar con un repertorio de habilidades que le permitan adaptarse a la conducta de los distintos pacientes.

5. Presenta un modelo helicoidal más que lineal. El médico debe volver nuevamente sobre la información ya presentada, puesto que la reiteración es un elemento clave de la comunicación efectiva (6, 9).

Asimismo, algunas metas esperables de la comunicación efectiva son: a) promover un buen vínculo y la colaboración entre el médico y el paciente; b) aumentar la precisión en la definición de los problemas presentados por el paciente, como así también en sus diagnósticos; c) mejorar la eficiencia de la entrevista, a fin de arribar a un mejor diagnóstico y un plan de manejo aceptado por el paciente; d) brindar apoyo al paciente; e) aumentar la satisfacción del paciente y del médico; f) mejorar los *outcomes* de la atención (9).

Por su parte, Petra-Micu (2012) sostuvo que el entrenamiento en comunicación durante los años clínicos es de suma importancia: contribuye a la adquisición dinámica de nuevos conocimientos y habilidades, las cuales se integran a la experiencia existente. Por otra parte, la repetición del aprendizaje evita el decaimiento de las habilidades existentes, y ayuda a mejorar su desarrollo.

Sin embargo, el tiempo dedicado a la enseñanza de la comunicación en general es pobre en el ámbito clínico. Cabe destacar que el interés del alumno en aprender comunicación (el cual puede facilitar o inhibir la adquisición de estas habilidades) no suele ser tenido en cuenta en el proceso de enseñanza-aprendizaje, puesto que se priorizan otros aspectos, tales como los conocimientos asociados directamente con la clínica (14).

El mensaje que emita el médico no sólo debe ser claro y estar bien organizado, sino que además el profesional debe estar atento al mensaje que recibe del receptor (paciente), quien, de forma verbal o no verbal, suele enviar señales (no siempre evidentes) para solicitar que se le clarifique lo dicho y recibir apoyo emocional. El médico debe observar si el paciente levanta barreras que dificultan la relación y la comprensión de la enfermedad y su tratamiento (14, 15).

La comunicación es una habilidad aprendida, que se compone de conductas verbales y no verbales, y debiera desarrollarse desde el primer año de la carrera de Medicina hasta el posgrado, e incluir el manejo de la comunicación escrita, oral, paraverbal, no verbal y el dominio de una escucha activa. La enseñanza de todas estas habilidades enriquecería la formación del médico y favorecería el desarrollo de una comunicación efectiva. Como consecuencia, los médicos obtienen mayor satisfacción del paciente, mejoría del apego al tratamiento, disminución del riesgo de errores, y mayor satisfacción en su práctica profesional (14).

Por lo tanto, resulta fundamental que las principales habilidades comunicacionales estén presentes en la relación médico-paciente y sean aprendidas y desarrolladas por los estudiantes de Medicina durante su formación (2). Al respecto, se han creado diversos modelos estructurales para la enseñanza y la educación de las habilidades comunicacionales, entre los que cabe destacar el *SEGUE Framework for Teaching and Assesing Communication Skills* (16), y la guía de observación de *Calgary-Cambridge Observation Guide*; esta última resume la evidencia sobre las habilidades específicas que ayudan a una comunicación efectiva (2, 17).

Hace cuatro décadas, la mayoría de los médicos consideraban que la comunicación era una habilidad innata, que no se podía aprender y, por lo tanto, que no era necesario enseñar. (2) Sin embargo, actualmente se considera a la comunicación como una competencia propia de las disciplinas de la salud susceptible de enseñarse, aprenderse y evaluarse. Cuando los estudiantes reciben entrenamiento en el desarrollo de habilidades de comunicación, aspectos tales como su desempeño clínico general, la construcción de sus relaciones, la toma de decisiones, su organización y administración del tiempo se ven favorecidos (18).

Por lo tanto, la enseñanza de las habilidades comunicativas constituye un aspecto fundamental de los planes de estudios de grado, los programas formativos de residentes y en la educación médica continua.

Actualmente, la mayoría de las instituciones nacionales e internacionales dedicadas a la educación médica reafirman que la comunicación es uno de los aspectos nucleares de las competencias de las que dispone la profesión médica (19, 20). Sin embargo, aún persisten problemas respecto a la comunicación en todos los niveles.

Diversos obstáculos dificultan la enseñanza de la comunicación en los estudiantes de Medicina; se destacan aquéllos derivados de la ausencia de oportunidades para que los estudiantes revisen, afinen y construyan nuevas habilidades. Al respecto, la organización *Best Evidence Medical Education* (BEME) publicó, en 1999, una revisión sistemática sobre la capacitación de habilidades de comunicación; en la que señala que habilidades de comunicación pueden enseñarse y aprenderse en los cursos, pero se olvidan con facilidad si no se mantienen en práctica. También destaca que el momento más efectivo para aprenderlas sea probablemente durante las pasantías clínicas. Tras una breve formación, los médicos pueden ser tan eficaces como los maestros. El estudio concluye que el método de enseñanza debiera favorecer la experimentación, puesto los métodos de instrucción no alcanzan los resultados deseados (21).

En el mismo año, la *Association of American Medical Colleges* (AAMC) emitió un informe sobre la enseñanza de comunicación en Medicina, destinado a facilitar el proceso de mejora de la enseñanza y evaluación de las habilidades comunicativas mediante la definición del alcance de la comunicación y las habilidades de comunicación; en él se ofrece un plan de acción para mejorar la educación en habilidades de comunicación, basado en los señalamientos hechos en informes anteriores de la AAMC, y se proporciona una perspectiva internacional en forma de declaración de consenso (3).

Kurtz (2002) señaló que el mero conocimiento de dichas habilidades no deriva en una mejora en la práctica de las mismas. A fin de mejorar el aprendizaje de cualquier habilidad, 5 aspectos fundamentales deben ser tenidos en cuenta en su enseñanza (6).

1. Delineación y definición sistemática de las habilidades a aprender.
2. Observación de los estudiantes demostrando las habilidades (en vivo o grabadas mediante una videocámara).
3. Comentarios bien intencionados, detallados y descriptivos (preferiblemente con cinta de video).
4. Práctica y ensayo de destrezas.

5. Repetición del proceso; es decir, propone un modelo helicoidal y reiterativo en lugar de un modelo lineal (6).

En síntesis, dado que la comunicación clínica es considerada una competencia fundamental para cualquier médico, y las habilidades de comunicación pueden enseñarse y aprenderse efectivamente, los planes de estudio de Medicina deben hacer énfasis en la comunicación clínica (2, 22).

Cabe destacar que la formación en comunicación suele estar incluida en la mayoría de las unidades docentes. No obstante, habitualmente se encuentra poco sistematizada e irregular (23), a pesar de la necesidad del desarrollo de métodos adecuados para su puesta en práctica, tanto en necesidades docentes (formativas) como evaluativas (sumativas) (24). A su vez, existen pocos trabajos de investigación que aborden el modo en que se comunican los médicos en formación durante la entrevista médico-paciente en países de habla hispana.

Por lo tanto, resulta imprescindible disponer de herramientas válidas, fiables y fáciles de utilizar para evaluar esta competencia. Actualmente, existe una gran variedad de escalas desarrolladas en otros países para este fin, generalmente muy diferentes entre sí, y que cuentan con diverso grado de reconocimiento y validación (19, 25, 26). Los métodos disponibles para la evaluación de las habilidades de comunicación se encuentran escasamente desarrollados en Argentina, y no es frecuente que se incluyan en la enseñanza en las escuelas de Medicina y en los médicos en formación.

Para la realización de este trabajo se utilizará un instrumento validado para evaluar la comunicación clínica, la escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar; ver Anexos 1 y 2).

Esta escala resulta fiable para evaluar la comunicación clínica; se encuentra disponible y validada en idioma español; es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica entre un profesional de la salud y un paciente (27). Se fundamenta en una evaluación externa, gracias a la observación de la interacción; puede utilizarse para evaluar aspectos globales o parciales de la relación clínica, con fines investigativos o para la enseñanza. Su diseño permite la evaluación de la relación clínica en cualquier ámbito asistencial (27).

El modelo conceptual de la escala CICAA ha sido desarrollado en España (28, 29,30), y enfatiza el contenido del encuentro, es decir, los objetivos o tareas a conseguir en una entrevista.

Este modelo está delimitado por una serie de tareas comunicativas generales, habilidades comunicativas estratégicas y elementos comunicativos básicos. Se encuentra en línea de los modelos de organización por tareas enmarcados en el concepto genérico del enfoque centrado en el paciente (28). La escala CICAA cumple con los criterios que se necesitan para evaluar una buena comunicación (27).

Se trata de una escala que se deriva teóricamente de un modelo de entrevista bien definido y consensuado por expertos: el modelo por tareas CICAA. (30). La escala contiene y se enfoca sobre las conductas comunicativas no verbales, verbales y sobre la valoración afectiva (28). Fue aplicada en ámbitos sanitarios diferentes y con distintos problemas de salud, conservando propiedades psicométricas aceptables (27). Su validez aparente y de contenido fue evaluada en consulta con expertos. Su fiabilidad interna fue evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach, y obtuvo un buen resultado. Los coeficientes de correlación de todos los ítems con el total de la escala obtuvieron valores mayores de 0,35, excepto el del ítem 19; sin embargo, el alfa de Cronbach no mejoraba al eliminar dicho ítem. La fiabilidad intraobservador fue evaluada y presentó valores de Kappa aceptables (27). También fue utilizada para valoración en Perú (31) y en CABA (32), pero sus propiedades psicométricas no fueron estudiadas.

Objetivos

Objetivo general: Describir la comunicación en la entrevista médico-paciente de médicos residentes de Pediatría en consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Los objetivos específicos fueron:

- Adaptar transculturalmente la herramienta CICAA para aplicarla en población rioplatense.
- Evaluar las competencias en la comunicación de un grupo de residentes de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires durante sus consultas ambulatorias. .
- Explorar la relación entre las habilidades comunicacionales de los residentes de Pediatría y el año de su formación.

Materiales y Métodos

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de corte transversal

Ámbito de aplicación: El ámbito de aplicación de dicho estudio fue el departamento de Pediatría de un Hospital Universitario que incluye el Hospital Italiano de la Ciudad de Buenos Aires (Hospital Italiano de Buenos Aires) y el Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca.

La residencia de Pediatría es un programa de posgrado de 4 años de duración que incluye la competencia de comunicación en forma integrada durante el proceso formativo.

Muestra: Concretamente estuvo conformada por 42 médicos residentes. La muestra de los pacientes fue obtenida por conveniencia. Se considero inicialmente una muestra mínima de 150 ya que se quería realizar análisis factorial. Dado que este estudio fue interrumpido por la pandemia Covid 19, se buscaron alternativas para evaluar la validez de constructo del instrumento. En este sentido se consideró aceptable una muestra mínima de 40, dado que trabajamos con correlaciones. Dado el teorema central del límite, aunque las variables no presentan distribución regular, al contar con un n° mayor de 30, se comportan como tales (33). Por lo tanto, se estableció un n° mínimo necesario de 40 observaciones realizadas a diferentes residentes. Al respecto, cabe destacar que el autor de la escala original trabajó con un n° de 31 observaciones.

Como criterios de inclusión, se consideraron aquellos pacientes que tuvieran entre 1 mes y 4 años y 11 meses de edad, que fueran atendidos por un médico residente de Pediatría, y que poseyeran una citación programada ambulatoria para control en salud o algún otro motivo de consulta que preocupara a los padres. Se consideró como criterio de exclusión que los cuidadores no hablaran el español como lengua materna, o que presentaran algún déficit sensorial como sordera o ceguera.

Variables a considerar y su operativización

Sexo del residente: variable nominal, dicotómica. Surge a partir de respuesta por escrito previo al trabajo

Edad del residente: variable continúa en años Surge a partir de respuesta por escrito previa al trabajo

Año de residencia; variable categórica de 4 categorías (1 a 4). Surge a partir de respuesta por escrito previa al trabajo

Formación previa del residente en el área de comunicación: Variable dicotómica (si-no). Surge a partir de respuesta por escrito previa al trabajo, donde se le pregunta si en la universidad o en la residencia, ha tenido algún tipo de formación en la comunicación médico-paciente.

Sexo del paciente: variable nominal dicotómica. Surge a partir de datos administrativos previos

Edad del paciente: variable continua en meses. Surge a partir de datos administrativos previos

Relación del familiar acompañante: variable nominal de 4 categorías (madre, padre, madre y padres, abuelo o abuelos, otra relación). Surge a partir de interrogatorio previo al estudio

Visita inicial: variable dicotómica (SI-NO). Surge de interrogatorio previo al estudio.

Duración de la consulta: Variable continua en minutos. Surge de lo cronometrado por el observador.

Motivo de consulta: variable nominal dicotómica (Control en salud/ otras consultas). Surge a partir de interrogatorio previo al estudio

Valor medio de cada ítem: variable continua, surgida a partir del Promedio de las 42 respuestas a cada ítem.

Valoración total de la escala: variable continua que surge de la suma de los promedios de todos los ítems

Análisis estadísticos realizados

Con respecto a todas las variables enunciadas en el apartado anterior, se realizó un análisis descriptivo. Teniendo en cuenta la medias sumatorias o proporciones.

En segundo lugar se hará un estudio de diferencia de medias, realizada con el programa SPSS(prueba T para la igualdad de medias) para evaluar si son iguales o no los resultados globales de los residentes de primero y segundo año con respecto a los resultados globales de los residentes de tercero y cuarto año, utilizando la escala CICAA.

En tercera instancia se evaluó la consistencia interna de la escala.

Se realizó correlación Ítem-total corregido para evaluar la correlación de todos los ítem con la escala completa y con cada dominio en particular, sin tener en cuenta el Ítem que se correlaciona(por eso se llama corregido).

Además se realizó Alfa de Cronbach del total del cuestionario y de cada uno de los tres dominios.

Por último se realizara una correlación Pearson o Spearman para evaluar la validez concurrente entre el total del cuestionario (sumatoria de los promedios de cada ítem) y una pregunta general.

Esta pregunta general fue diseñada para esta investigación y consensuada con el grupo de expertos en el sentido que fuera una pregunta de sentido común que resumiera el constructo general del cuestionario. La pregunta cuenta con las mismas opciones de respuestas, y es la siguiente: ¿en qué medida logra el residente una adecuada comunicación con el paciente y familiar acompañante a lo largo de toda la entrevista?

Cuestiones éticas:

A fin de garantizar que quienes participaron de la investigación lo hicieran en concordancia con sus valores, intereses y preferencias, se solicitó el consentimiento informado escrito y firmado a médicos y pacientes.

Consentimiento informado

Se solicitó el consentimiento a los familiares para utilizar las entrevistas observadas luego de comunicarles:

- 1) que dicha observación se realiza en el contexto de una investigación cuyo propósito es describir cómo se comunica el profesional médico con el paciente y su familia;
- 2) que la observación abarca la totalidad de la consulta;
- 3) su participación será voluntaria y no recibirán retribución por participar ni represalias por no participar, ni pérdida alguna de beneficio;
- 4) la información obtenida de cada observación se mantendrá en secreto y no contendrá datos que permitan identificar a cada participante.

Asimismo, el consentimiento a los médicos cuyas entrevistas fueron observadas también fue solicitado, tras comunicarles los aspectos ya detallados. También se informó que la observación resulta de utilidad para realizar una evaluación de la residencia a nivel global y no constituye un instrumento de evaluación personal de cada médico en particular.

Escala CICAA

A fin de evaluar la comunicación entre los médicos residentes y los pacientes, se utilizó la escala multidisciplinar CICAA. Como fuera mencionado, este instrumento fue diseñado por Ruiz Moral y Perula de Torres (27) para valorar la relación clínica entre un profesional de la salud y un paciente. Presenta carácter multidisciplinar, es decir, incluye esquemas de más de una meta clase o categoría que se implementan de manera independiente, lo cual otorga una visión multidimensional de la interacción. Consiste en una valoración a partir de una escala tipo Likert de 3 categorías (a pesar que el cuestionario presenta 4 categorías, pero una es “no

procede”), que evalúa las funciones comunicativas agrupadas en cuatro tareas con 29 ítems:

Tarea 1: conectar con el paciente.

Tarea 2: identificar y comprender los problemas de salud del paciente.

Tarea 3: acordar con el paciente sobre los problemas, las decisiones y las acciones.

Tarea 4: ayudar al paciente a entender, elegir y actuar.

Cada ítem se evalúa de acuerdo a 4 categorías: 0, 1, 2 y no procede. Un puntaje de 0 indica que no se cumple con la actividad evaluada; de 1, que se cumple de forma aceptable; de 2, que se cumple adecuadamente. De esta manera, la puntuación máxima total posible de la escala CICAA es de 58 puntos, la puntuación mínima es de 0 y el puntaje medio del cuestionario es de 29 (28).

En esta investigación se unificaron las tareas de acordar y ayudar al paciente a actuar, tal como hicieran los autores en su trabajo de validación. Por lo tanto, la escala resultante estuvo compuesta por 3 tareas y 29 ítems: conectar (6 ítems); identificar y comprender los problemas (14 ítems); y acordar y ayudar a actuar (9 ítems).

Adaptación de expresiones idiomáticas y de estilo

La adaptación de la escala fue realizada a través del análisis hecho por un grupo de tres médicos especialistas en Pediatría, que trabajan en educación para la salud, y una licenciada en Psicopedagogía del Departamento de Educación del Área de Autoevaluación, que posee experiencia en narrativa en medicina y comunicación. Se llevaron adelante una serie de reuniones en las que se evaluaron las discrepancias en la formulación de las preguntas, las equivalencias conceptuales, semánticas y de contenido del instrumento. La concordancia semántica se obtuvo por acuerdo de más de un 70%. Los cambios acordados fueron los siguientes:

- a) la palabra «ordenador» fue reemplazada por «computadora» en la pregunta 2;
- b) se agregó «y familiar acompañante» en las preguntas que mencionan la palabra «paciente» (preguntas 1, 6, 8, 10, 13) y «o familiar acompañante» cuando el foco de observación está en esta persona (preguntas 12, 15, 27, 28, 29); dada la edad del

paciente (menor a 4 años y 11 meses), el familiar acompañante lleva adelante la comunicación con el médico.

Posteriormente, se realizó un proceso de *face validity* (validación aparente) con 10 residentes de la especialidad de Medicina Familiar. Se les entregó la escala, a fin de que la completaran y compartieran su opinión.

De forma unánime se consideraron que el aspecto del cuestionario era apropiado y amigable. Por último, la versión final fue remitida al autor de la escala original, quién aprobó su uso.

Observaciones

La escala fue aplicada en los consultorios externos de Pediatría mediante observaciones de entrevistas médico-paciente. Se consideró que la observación comienza cuando el paciente ingresa al consultorio y termina cuando éste se retira. Las observaciones de las consultas fueron realizadas por el investigador principal y dos investigadores que se incorporaron posteriormente, en calidad de participantes colaboradores. Dichos investigadores fueron entrenados en la observación y utilización de la escala CICCA para la estandarización de la evaluación. Dicho entrenamiento consistió en dos talleres de dos horas cada uno en los cuales se discutió y consensuó la metodología de implementación.

La información obtenida fue organizada mediante el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Resultados

La muestra estuvo conformada por un total de 42 médicos residentes de Clínica Pediátrica del servicio de pediatría del hospital Italiano, de los cuales 32 pertenecían al servicio de Pediatría del Hospital Italiano Central, y 10 al Hospital Italiano de San Justo. Once médicos eran residentes de primer año, 15 de segundo año, 8 de tercer año y 8 de cuarto año. La edad de los residentes osciló entre los 25 y los 32 años; el promedio de edad fue de 27,71 años. Se realizaron 95 observaciones a los 42 residentes; a varios de ellos se observó más de una vez. Por cuestiones metodológicas relacionadas a disminuir sesgos se consideró, para todos los análisis de este trabajo, la primera observación realizada a cada residente. Es decir la muestra estuvo constituida por 42 observaciones.

Los residentes de primer año fueron incluidos luego de aprobada la rotación por pediatría ambulatoria.

En una primera etapa, se realizó una descripción de las principales variables en la población de pacientes y profesionales de la salud. Las siguientes variables fueron evaluadas: sexo, edad, año de residencia y formación previa del residente en el área de comunicación del profesional; sexo y edad del paciente y relación con el familiar acompañante. Se registró si la consulta constituía o no una visita inicial, su duración y el motivo que llevó a ella. Para ver las características de residentes, pacientes y consultas que conformaron la muestra, véase Tabla 1.

Características de residentes	Características de pacientes	Características de la consulta
<i>Promedio de edad de los residentes (en años)</i> 27,71	<i>Promedio de edad de los pacientes (en meses)</i> 12,7	<i>Motivo de consulta</i> CES+ 93,7 % Otras consultas 6,3%
<i>Sexo</i> Hombre 21,1 % Mujer 78,9%	<i>Sexo</i> Hombre 52,6 % Mujer 47,4 %	<i>Visita inicial</i> Sí 44,2 % No 55,8%
<i>Año de residencia</i> 1° 21% 2° 33,7% 3° 22,1% 4° 23,2%	<i>Familiar acompañante</i> Madre 50,5% Padre 8,4% Ambos 40% Abuelos 1,1 %	<i>Promedio de duración de la consulta (en minutos)</i> 30,14
<i>Formación previa en área de comunicación</i> Sí 13,7% No 86,3%		

Tabla 1. Características de residentes, pacientes y consultas que conforman la muestra.

En una segunda etapa, se describieron los resultados del cuestionario en forma global. Se realizó un análisis descriptivo de los resultados de cada uno de los ítems del cuestionario, los mismos fueron agrupados de acuerdo a su dominio (véase Tabla 2).

Dominio	Valor medio de cada ítem(a la izquierda número de ítem, a la derecha promedio)	Correlación entre ítem y dominio (no considerando el propio ítem)	Alfa de Cronbach por dominio	Correlación entre ítem y total del cuestionario (no considerando el propio ítem)
Conectar	1) 1,25	0,74	0,772	0,55
	2) 1,15	0,36		0,36
	3) 1,30	0,64		0,43
	4) 1,45	0,59		0,33
	5) 1,15	0,34		0,52
	6) 1,28	0,45		0,56
Identificar y comprender los problemas	7) 1,30	0,56	0,774	0,60
	8) 1,20	0,48		0,54
	9) 1,50	0,28		0,41
	10) 1,18	0,51		0,58
	11) 1,33	0,43		0,43
	12) 0,33	0,47		0,54
	13) 0,33	0,42		0,43
	14) 0,40	0,30		0,36
	15) 0,43	0,42		0,45
	16) 0,73	0,46		0,54
	17) 1,20	0,40		0,37
	18) 1	0,29		0,14
	19) 1,43	0,33		0,31
	20) 1	0,20		0,36
Acordar y ayudar a actuar	21) 1,63	0,62	0,75	0,59
	22) 1,23	0,60		0,50
	23) 1,55	0,63		0,54
	24) 1,65	0,57		0,45
	25) 0,25	0,46		0,54
	26) 1,75	0,19		0,10
	27) 0,55	0,60		0,67
	28) 0,93	0,23		0,19
	29) 1,20	0,45		0,27
Conectar		7,58		
Identificar y comprender los problemas		13,36		
Acordar y ayudar a actuar		10,74		
Suma total de los ítems		31,68		

Tabla 2. Características de los Ítems y relación entre ellos. Leer el texto de cada Ítem en la Tabla CICAA en el anexo 1.

Comparación de medias

Luego se exploraron las diferencias en las puntuaciones medias de acuerdo al avance en la formación durante la residencia de Pediatría, mediante una prueba del análisis de diferencias de medias realizado con el programa SPSS. Las puntuaciones de evaluación media fueron comparadas a través de una prueba T para muestras independientes.

Concretamente, se examinó el resultado global de los residentes de primer y segundo año (n 26), por un lado, y los residentes de tercer y cuarto año (n 16) por el otro lado (véase tabla 3). Al comparar el valor de la media total del cuestionario de cada grupo, se obtuvo que los residentes de tercer y cuarto año presentaron un valor de media mayor que los residentes de primer y segundo año (34,06 vs 30,15). No obstante, la diferencia no resulta significativa estadísticamente ($p < 0,05$). Concretamente el valor de p fue de 0,13 (véase tabla 4).

	N°	Pun Tot.	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Residentes de 1° y 2°	26	1,00	30,15	7,780	1,526
Residentes de 3° y 4°	16	2,00	34,06	7,979	1,995

Tabla 3. Estadísticas y media de cada grupo de residentes.

Diferencias de medias	Intervalo de confianza 95% inferior	Intervalo de confianza 95% superior	Valor de p
< 3,909	-9,029	1,212	0,13

Tabla 4. Prueba T para la igualdad de medias. Se considera la diferencia de medias, el intervalo de confianza de esa diferencia y el valor de p. Realizado con el programa SPSS.

Consistencia interna

Asimismo, se evaluó la consistencia interna a través de la correlación de todos los ítems con la escala y con cada dominio en particular, correlación ítem-total

corregido. (Tabla 2). La bibliografía indica que ante constructos similares se debe tener correlaciones entre 0,3 y 0,7 (36). En este caso, cada ítem del cuestionario se correlaciona adecuadamente con el resto (Pearson mayor de 0,3), a excepción de los ítems 18, 26 y 28 (véase Tabla 2).

Respecto a la correlación de ítems dominio por dominio, se halló que los ítems del dominio Conectar correlacionan apropiadamente ($> 0,3$). En el dominio Identificar y comprender los problemas, los ítems 9 y 20 no correlacionan apropiadamente, aunque que sí lo hacen con el total del cuestionario. En el dominio Acordar y Ayudar a actuar, los ítems 26 y 28 no correlacionan apropiadamente (véase Tabla 2).

Confiabilidad

Respecto a la confiabilidad, el alfa de Cronbach del total del cuestionario tuvo un valor alto (0,88) El alfa de Cronbach de los dominios Conectar, Identificar y comprender los problemas, y Actuar y ayudar a actuar obtuvieron valores elevados (0,77, 0,77 y 0,75 respectivamente).

Validez de criterio externo

Por otro lado, se evaluó la validez de criterio externo a través de la correlación de una única pregunta general diseñada para esta investigación: ¿en qué medida logra el residente una adecuada comunicación con el paciente y familiar acompañante a lo largo de toda la entrevista? La pregunta cuenta con las mismas opciones de respuesta que las demás. Se evaluó la correlación entre esta pregunta y el total del cuestionario. El valor de validez concurrente o validez de criterio externo fue óptimo; se obtuvo un valor de correlación Pearson 0,629 y un valor de correlación Spearman 0,625. Véase Tablas 5 y 6.

		Puntaje total	Pregunta general
Puntaje total	Correlación de Pearson	1	,629**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	42	42
Pregunta general	Correlación de Pearson	0,629**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	42	42

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 5. Validez de criterio externo. Correlación Pearson

		Puntaje total	Pregunta general
Puntaje Total	Coefficiente de correlación	1,000	,625**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	42	42
Pregunta general	Coefficiente de correlación	,625**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	42	42

Tabla 6. Validez de criterio externo. Correlación Spearman

Discusión

Este trabajo tuvo por objetivo describir la comunicación en la entrevista médico-paciente de médicos residentes de pediatría. Para tal fin, se realizaron 95 observaciones a 42 médicos residentes de Pediatría en consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires; se aplicó la escala CICA, adaptada a población rioplatense. A fin de evitar el riesgo de presentar evaluaciones sesgadas, se utilizó una sola observación por residente (la primera realizada a cada uno de ellos) para el análisis descriptivo de los resultados, la evaluación de las diferencias en la puntuación media de acuerdo al avance en la residencia y la evaluación de la consistencia interna, la confiabilidad y la validez de criterio externo.

Este instrumento fue utilizado en otras partes de Iberoamérica para evaluar la comunicación de profesionales de la salud. A fines académicos nos parece oportuno comparar los resultados. Originalmente este instrumento ha sido evaluado en cuanto a su validez y fiabilidad en España (27). En este estudio se realizaron 31 entrevistas; si bien se tomaron como base 42 entrevistas, ya que se aspiraba a obtener un tamaño muestral mayor, el estudio se vio interrumpido por la pandemia de covid-19. El valor de Alfa de Cronbach total del cuestionario fue de 0,957 (el valor nuestro fue 0,88, y en nuestro caso el valor de cada uno de los distintos dominios fue también elevado). El trabajo español no realiza la validez de criterio externo que a los fines de este estudio ofrece valores aceptables; sin embargo, el estudio español evalúa la fiabilidad intraobservador, aunque no mide las diferencias de los residentes según año. La consistencia interna evaluada por ambos estudios es aceptable. La sumatoria de los promedios de todos los ítems en este estudio de 42 observaciones fue de 31,68 y, en el caso del estudio español de 31 observaciones, fue de 25.955. En el 2019 se utilizó en Perú en un estudio antes-después, de un entrenamiento en comunicación con 25 médicos residentes (31). La valoración total del cuestionario (sumatoria de los promedios de todos los ítems) fue inicialmente de 29.84, y de cada dominio fue 8,7; 12,8 y 8,32 para los dominios 1, 2 y 3 respectivamente. Como se pueden observar, los resultados fueron similares a los del presente estudio. Luego del entrenamiento, los valores correspondientes fueron 40,84, y para los dominios 11, 16,04 y 13,44 respectivamente. Posteriormente, en la Ciudad autónoma de

Buenos Aires, se utilizó esta herramienta en un estudio que incluyó 23 médicos residentes (32). Este estudio también contó con un diseño antes –después, de una intervención educativa. Inicialmente, el resultado de la valoración total del cuestionario fue de 15,91. En este estudio, el ítem 27 fue señalado como «No procede» en todos los casos; por lo tanto, esta valoración podría variar positivamente hacia un 17,91. En el estudio posterior a la intervención educativa, la valoración total fue de 31,06, que, con lo señalado anteriormente, podría haber llegado a 33,06. Vemos aquí como los resultados en el presente estudio fueron aceptables.

El número de observaciones realizadas a diferentes residentes en este trabajo fue de 42. Al respecto, cabe destacar que el autor de la escala original trabajó con un número de 31 observaciones. Originalmente, se consideró trabajar con un tamaño de muestra mayor, el cual posibilitaría realizar análisis factorial. No obstante, dadas las dificultades suscitadas por la pandemia por covid-19, acaecida durante el transcurso de esta investigación, se debió optar por un tamaño de muestra menor. Aun así, la consistencia interna de la escala y la validez de constructo fueron abordadas gracias a las correlaciones inter ítems, el alfa de Cronbach y la pregunta general como criterio de validez externo.

Los ítems de la escala CICAA fueron analizados separadamente, según el dominio correspondiente desde el punto de vista conceptual. Se estudió, en primera instancia, la correlación de cada ítem con el resto del cuestionario. Esta fue superior a 0,3 en cada caso, tal como recomienda la literatura especializada. Las excepciones fueron los ítems 18, 26 y 28.

El ítem 18 evalúa en qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar. Se ha encontrado que este ítem tuvo una media baja (véase Tabla 2). Como posible explicación, puede considerarse que, dado que más de la mitad de las consultas observadas no constituían una visita inicial (véase Tabla 1), el residente hubiese explorado el entorno socio familiar de los pacientes en consultas anteriores. Por su parte, el ítem 26, que determina en qué medida el profesional permite que el paciente o familiar acompañante exprese dudas, presentó una media muy elevada

(1,75). Este punto resulta un tópico fundamental en la consulta pediátrica, lo cual pudo haber disminuido la correlación con el resto de las preguntas.

El ítem 28, que expresa en qué medida el profesional comprueba que el paciente o familiar acompañante ha comprendido la información suministrada, cuenta con una media relativamente baja (0,93). Esto puede indicar que los profesionales médicos no suelen corroborar que los familiares acompañantes los hayan entendido con claridad. Puesto que se considera una falta común, al tratarse de médicos residentes, muestra una baja correlación con el resto de los ítems. No obstante, la adecuada contrastación de la información suministrada por el médico profesional a sus pacientes resulta crucial para lograr una adecuada comunicación entre ambas partes, y los programas de formación en Medicina deben tenerla en cuenta.

También se analizó la correlación de cada ítem con los ítems de su mismo constructo, desde el punto de vista conceptual. Se halló que los ítems 9 y 20, ambos del dominio Identificar y comprender los problemas, no correlacionan suficientemente con su dominio, pero si lo hacen con el total del cuestionario. El ítem 9 evalúa en qué medida el profesional establece y mantiene un contacto visual-facial adecuado. Es posible que la escasa correlación de este ítem con el resto del dominio se deba a que los médicos residentes tiendan a volcar su atención en completar datos y actualizar historias clínicas en la computadora, en detrimento del contacto visual-facial con el paciente y su acompañante. A su vez, el ítem 20 indica en qué medida el profesional resume la información que ha obtenido del paciente, a fin de ratificar el motivo de consulta y evitar malentendidos. La escasa correlación puede deberse, en este caso, a que los residentes se enfoquen en responder las dudas y en formular preguntas dirigidas, antes que en considerar si interpretaron adecuadamente la información brindada. Posiblemente la correlación de estos ítems (9 y 20) con el total del dominio «Identificar y comprender los problemas» no fue buena, puesto que dicho dominio enfatiza ambas problemáticas.

La confiabilidad, tanto por dominio como la confiabilidad total, fue muy buena, y la validez de constructo medida a partir del criterio externo evidencia que el constructo expresa lo que se pretende que exprese.

La valoración total de la escala fue de 31,68. Esto indica que los residentes de Pediatría en consultorios externos del Hospital Italiano de Buenos Aires presentaron una puntuación superior al punto medio del cuestionario, cuyo valor es de 29. El resultado es favorable, si se considera además que el 86,3% de la muestra refirió no contar con formación específica en habilidades comunicacionales.

Por otro lado, se exploró la relación entre las habilidades comunicacionales de los residentes y su año de formación. Si bien no existe al momento una formación específica en comunicación, se podría suponer que los residentes de 3 y 4to año manejan mejor aspectos comunicacionales dada su experiencia. Fueron agrupados conforme a su año de residencia (1 y 2 o 3ro y 4to). Si bien se observó una puntuación mayor en los residentes de tercero y cuarto año que en aquellos de primero y segundo año (34,06 vs 30,15), la diferencia no resulta estadísticamente significativa ($p = 0,13$). No obstante, es posible que esto se deba a que el tamaño de muestra seleccionada fue pequeño. Se necesitan mayores investigaciones que aborden este fenómeno a fin de arribar a conclusiones estadísticamente significativas.

Los resultados globales de la escala (31,68) es aceptable comparándolo con estudios previos. Esto será informado a las autoridades educativas de la residencia y se intentara el establecimiento de un programa con evaluaciones sistemáticas.

Se considera que la utilización y valoración psicométrica que realizamos en este estudio de la escala CICAA es importante dada la poca bibliografía internacional acerca del uso (y particularmente de la evaluación psicométrica) de esta escala en el ámbito profesional, específicamente y luego de una búsqueda exhaustiva encontramos los trabajos que se citan en este apartado y se discuten comparativamente. A partir de ahora se cuenta con un instrumento para evaluar la comunicación de los profesionales sanitarios, en nuestra región.

Conclusiones

Los residentes del hospital estudiado tuvieron resultados aceptables, comparados con bibliografía previa.

La escala CICA fue adaptada apropiadamente y resulta válida y confiable para valorar la comunicación de los médicos residentes de Clínica Pediátrica en área ambulatoria. Futuros trabajos de investigación que aborden la comunicación entre profesionales médicos y pacientes en población rioplatense podrán valerse de este instrumento.

Anexo I – ESCALA CICAA

ESCALA CICAA: MODELO ESTÁNDAR

DATOS GLOBALES:

PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____

Profesional Edad:..... Sexo:M()F() Tipo: Med() Resi() Enfer() Est()				
Especialidad/Año:...../..... Formación Comunicación: Univ Resid.....				
Motivo de Consulta: Principal:.....2).....Tiempo total de Consulta (mn y seg).....				
Paciente: M() F() Edad:..... Familiar acompañante:..... Visita: Inicial () Revisión()				
TAREA 1º.- CONECTAR				
	N P	0	1	2
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente y familiar acompañante?				
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso de la Computadora 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 y familiar acompañante?				
TAREA 2º.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS				
	N P	0	1	2
7.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reacción adecuada?				
8.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente y familiar acompañante?				
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 y familiar acompañante?				

11.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente o familiar acompañante sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente y familiar acompañante?				
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?				
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente o familiar acompañante 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 socio familiar?				
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 3º y 4ª.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP	0	1	2
21.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la 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 o familiar acompañante de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente o familiar acompañante exprese sus dudas?				
27.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente o familiar acompañante, ¿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 o familiar acompañante ha comprendido la información suministrada?				

29.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente o familiar acompañante 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

--	--

PUNTUACIÓN TOTAL/nº ítems con NP:

--	--	--	--

Estructura del cuestionario CICAA

Las tareas son objetivos generales a alcanzar y representan los conceptos claves de la relación clínica (RC). Son las siguientes:

- Conectar con el paciente.
- Identificar y comprender los problemas de salud del paciente.
- Acordar con el paciente sobre el/los problemas, las decisiones y las acciones.
- Ayudar al paciente a entender, elegir y actuar.

Para desarrollar estas tareas, es necesario desarrollar una serie de habilidades estratégicas.

Respecto a las habilidades estratégicas, una habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente. No es, por tanto, una acción o un movimiento simple, sino una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. Por ejemplo, la escucha activa es una habilidad comunicativa que se alcanza al poner en juego una cadena de acciones o conductas comunicativas (lo que se ha llamado «elementos» o «técnicas») que es preciso integrar, tales como mantener una baja reactividad, facilitar el discurso del paciente, mantener un contacto visual-facial adecuado, etc.

Estas habilidades son por sí mismas conceptos comunicativos más generales, y a la vez objetivos intermedios cuya consecución facilita el cumplimiento de la tarea. En el modelo CICAA se definen 10 habilidades estratégicas: recibir; escuchar; empatizar; cerrar; preguntar; integrar; comprobar; negociar; informar; y motivar.

Por otra parte, los elementos comunicativos básicos, o técnicas comunicativas, son las conductas comunicativas más simples que conforman muchas de las habilidades estratégicas, y que es preciso «hacer». Didácticamente, se pueden encontrar

agrupados en función de las estrategias, pero en la realidad todos contribuyen en mayor o menor medida a desarrollar las habilidades y, por tanto, a conseguir las tareas. Por eso se utiliza la metáfora del «rizoma» para definir este modelo de RC; el «modelo rizomático de la RC» hace así énfasis en una concepción no jerárquica de la RC. Por ejemplo, la tarea «conectar» conlleva la capacidad de desarrollar principalmente las habilidades de recibir, empatizar, escuchar y cerrar, pero también «usar los registros adecuadamente» o «comportarse con amabilidad». Y cada una de estas habilidades, como se ha visto, se consigue poniendo en práctica algunos elementos o técnicas comunicativas. Por ejemplo, para «recibir», se ponen en práctica técnicas tales como saludar, llamar por su nombre, acomodar, asegurar intimidad, contactar físicamente, etc.

Dado que las tareas son muy amplias para ser valoradas por sí mismas, el cuestionario incluye las grandes habilidades (denominadas estratégicas) y ciertos elementos comunicativos muy importantes en la interacción comunicativa (por ejemplo, «contacto visual-facial» o «explorar expectativas»).

El sistema de codificación del CICAA

La escala es de carácter multidisciplinar. A continuación se enumeran algunas de las categorías que el CICAA utiliza en su redacción actual para caracterizar la interacción clínica (los nuevos ítems a proponer podrán pertenecer a cualquiera de las categorías comentadas):

1. De contenido: evalúan el contenido semántico denotativo o connotativo de lo que se dice (síntomas, ideas, sentimientos). Por ejemplo, la pregunta «¿en qué medida el profesional ha explorado el entorno socio familiar?»
2. De actos de habla (*speech acts*) o instrumentales: indagan lo que hace un individuo cuando dice algo. Por ejemplo, «¿en qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?»
3. De comunicación no verbal: exploran la comunicación fuera de los canales estrictamente lingüísticos. Por ejemplo, «¿en qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?»

4. De valoración afectiva: indagan el tono emocional de una interacción. Por ejemplo, «¿en qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?»

ANEXO II - Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Características de residentes, pacientes y consultas que conforman la muestra

Características de residentes	Características de pacientes	Características de la consulta
<i>Promedio de edad de los residentes (en años)</i> 27,71	<i>Promedio de edad de los pacientes (en meses)</i> 12,7	<i>Motivo de consulta</i> CES+ 93,7 % Otras consultas 6,3%
<i>Sexo</i> Hombre 21,1 % Mujer 78,9%	<i>Sexo</i> Hombre 52,6 % Mujer 47,4 %	<i>Visita inicial</i> Sí 44,2 % No 55,8%
<i>Año de residencia</i> 1° 21% 2° 33,7% 3° 22,1% 4° 23,2%	<i>Familiar acompañante</i> Madre 50,5% Padre 8,4% Ambos 40% Abuelos 1,1 %	<i>Promedio de duración de la consulta (en minutos)</i> 30,14
<i>Formación previa en área de comunicación</i> Sí 13,7% No 86,3%		

Tabla 2. Características de los Ítems y relación entre ellos

Dominio	Valor medio de cada ítem	Correlación entre ítem y dominio (no considerando el propio ítem)	Alfa de Cronbach por dominio	Correlación entre ítem y total del cuestionario (no considerando el propio ítem)
Conectar	1) 1,25	0,74	0,772	0,55
	2) 1,15	0,36		0,36
	3) 1,30	0,64		0,43
	4) 1,45	0,59		0,33
	5) 1,15	0,34		0,52
	6) 1,28	0,45		0,56
Identificar y comprender los problemas	7) 1,30	0,56	0,774	0,60
	8) 1,20	0,48		0,54
	9) 1,50	0,28		0,41
	10) 1,18	0,51		0,58
	11) 1,33	0,43		0,43
	12) 0,33	0,47		0,54
	13) 0,33	0,42		0,43
	14) 0,40	0,30		0,36
	15) 0,43	0,42		0,45
	16) 0,73	0,46		0,54
	17) 1,20	0,40		0,37
	18) 1	0,29		0,14
	19) 1,43	0,33		0,31
	20) 1	0,20		0,36
Acordar y ayudar a actuar	21) 1,63	0,62	0,75	0,59
	22) 1,23	0,60		0,50
	23) 1,55	0,63		0,54
	24) 1,65	0,57		0,45
	25) 0,25	0,46		0,54
	26) 1,75	0,19		0,10
	27) 0,55	0,60		0,67
	28) 0,93	0,23		0,19
	29) 1,20	0,45		0,27
Conectar		7,58		
Identificar y comprender los problemas		13,36		
Acordar y ayudar a actuar		10,74		
Suma total de los ítems		31,68		

Tabla 3. Estadísticas y media de cada grupo de residentes

	N°	Pun Tot.	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Residentes de 1° y 2°	26	1,00	30,15	7,780	1,526
Residentes de 3° y 4°	16	2,00	34,06	7,979	1,995

Tabla 4. Valor de p para prueba de muestras independientes.

Diferencias de medias	Intervalo de confianza 95% inferior	Intervalo de confianza 95% superior	Valor de p
< 3,909	-9,029	1,212	0,13

Tabla 5. Validez de criterio externo. Correlación Pearson

		Puntaje total	Pregunta general
Puntaje total	Correlación de Pearson	1	,629**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	42	42
Pregunta general	Correlación de Pearson	0,629**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	42	42

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 6. Validez de criterio externo. Correlación Spearman

		Puntaje total	Pregunta general
Puntaje Total	Coefficiente de correlación	1,000	,625**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	42	42
Pregunta general	Coefficiente de correlación	,625**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	42	42

Bibliografía

1. Cléries Costa X, Borrell Carrió F, Epstein RM, Kronfly Rubiano E, Escoda Aresté JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica. *Atenc Prim*. 2003; 32(2): 110-7. Disponible en shorturl.at/uASZ5
2. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: unas de las competencias básicas pero diferentes. *Atenc Prim*. 2012; 44(6): 358-65. Doi: 10.1016/j.aprim.2011.07.008
- 3- Association of American Medical Colleges. Medical School Objectives Project: Report III-Contemporary Issues in Medicine Communication in Medicine.1999. Association of American. Medical Colleges.)
4. Liaison Committee on Medical Education. *Functions And Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the M.D Degree*. Author; 2016. Disponible en shorturl.at/HKNS3
5. Accreditation Council for Graduate Medical Education. *Common Program Requirements*. 2017. Disponible en shorturl.at/diktP
6. Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci*. 2002; 29 (2):S23-9. Doi: 10.1017/S0317167100001906
7. Stewart MA, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000; 49(9): 796-804. Disponible en shorturl.at/KLRSZ
8. Wong SY, Lee A. Communication skills and doctor patient relationship. *Hong Kong Med Diary*. 2006; 11(3): 7-8. Disponible en shorturl.at/iosUY
9. Moore P, Gómez G, Kurtz S, Vargas A. La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Rev Med Chile*. 2010; 138:1047-54. Disponible en shorturl.at/qAGP8
10. Maguire P & Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*. 2002; 325: 697-700.
11. Van-Der Hofstadt Roman CJ y Navarro Cremades F. Las habilidades de comunicacion como elemento basico en la formacion del médico. *Semergen*. 2004; 30(11): 552-6.
12. Makoul G. Essential Elements of Communication in Medical Encounters the Kalamazoo Consensus Statement *Acad Med*. 2001; 76(4): 390-3. Doi: 10.1097/00001888-200104000-00021

13. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2020; 58(2):197-201
14. Petra-Micu IM. La enseñanza de la comunicación en medicina. *Inv Ed Med.* 2012; 1(4): 218-224. Disponible en shorturl.at/IAO58
15. Brown RF, Bylund CL. Communication skills training: describing a new conceptual model. *Acad Med.* 2008; 83(1): 37-44. Doi: 10.1097/ACM.0b013e31815c631e
16. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns.* 2001; 45(1): 23-34. Doi: 10.1016/S0738-3991(01)00136-7
17. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for communicating with patients.* 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2005.
18. Durante Montiel I. *La comunicación e interacción en el ejercicio médico.* En: El Ejercicio Actual de la Medicina. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México; 2006. Disponible en shorturl.at/fgw8
19. Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med.* 2010; 13(1): 25-31. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n1/formacion.pdf>
20. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine.* 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2005.
21. Aspegren K. Best Evidence Medical Education Guide: Teaching and Learning Communication Skills in Medicine: A review with quality grading of Articles. Best Evidence Medical Education Guide N°. 1999 Medical Press.
22. Moore Clive P, Gomez del Río G. Comunicarse efectivamente en medicina. ¿Cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de medicina? *ARS Med.* 2007; 36(2): 131-140. Disponible en shorturl.at/cdl37
23. Hui Tan X, Foo MA, Li He S, Bernadette M, Lim XY, Chew Chin AM, Zhou J, Chiam M, Radha Krishna LK. Teaching and assessing communication skills in the postgraduate medical setting: a systematic scoping review. *BMC Med Educ.* 2021. 21: 483 [Doi: 10.1186/s12909-021-02892-5](https://doi.org/10.1186/s12909-021-02892-5)
24. Ruiz Moral R. ¿Pueden enseñarse las habilidades comunicacionales? y ¿hasta qué punto esto es posible? *Bol Doctur Ed Med.* 2014; 1: 1-3. Disponible en shorturl.at/bgY02
25. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, Brock D & Pryzbylski M. Assessing Communication Competence: A Review of Current Tools. *Fam Med.* 2005; 37(3): 184-92.

26. Lazzaro-Salazar M, Pujol L. Instrumentos estandarizados para medir la relación médico-paciente: una revisión sistemática de la literatura internacional e iberoamericana. *Rev Med Chile*. 2022; 150: 512-531
27. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación en las consultas: el cuestionario CICAA. *Atenc Prim*. 2006; 37(6): 320-4. Doi: 10.1157/13086707
28. Ruiz Moral R. *Escala CICAA. Escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización*. Grupo Comunicación y Salud semFYC. Esteve; 2006. Disponible en shorturl.at/dil01
29. Ruiz Moral R. *Comunicación clínica. Principios y habilidades para la práctica*. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 2014.
30. Ruiz Moral R. *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC ediciones; 2004
31. Ticse Aguirre R., Cuba Fuentes M., Nestares Rojas 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.
32. Urtasun M, Labanca VD, González P, De Rochebouët PL, Chiappino R, Ferrero FC, Ossorio MF, Torres FA. Evaluación del impacto de una intervención en las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría. *Rev Fac Cie Med Cord*. 2021; 78(2): 130-136
33. Streiner, DL. A checklist for evaluating the usefulness of rating scales. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 140-148.