

CONSEJERÍA DE SALUD

2002

**Premio  
de Investigación  
en Salud  
de Andalucía**



JUNTA DE ANDALUCÍA

PREMIO de investigación en salud de Andalucía 2002.-[Sevilla]:Secretaría General de Calidad y Eficiencia, Consejería de Salud, [2002]

72 p.: il.col.; 24cm

ISBN 84-8486-090-6

1. Médicos Internos Residentes  
2. Relaciones médico-paciente 3.Estudios de evaluación I. Andalucía.Consejería de Salud. Secretaría General de Calidad y Eficiencia.

## PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA 2002

---

### Premio

- **Estudio sobre la Calidad de la Comunicación Clínica de los Médicos Residentes: Valoración de su Evolución y Eficacia de un Programa Formativo en Entrevista Clínica.**

Ruiz Moral R., Pérula de Torres, L.A., Rodríguez Salvador J.J. y Prados Castillejo, J.A.

**Edita:** *Secretaría General de Calidad y Eficiencia*

© *Consejería de Salud - Junta de Andalucía.*

**I.S.B.N.:** 84-8486-090-6

**Dep. Legal:** SE-56-03

**Diseño y Maquetación:** *Havana Asociados*

**Imprime:** *Coria Gráfica, S.L.*



JUNTA DE ANDALUCÍA  
*Consejería de Salud*

**PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA**

**2002**

## ÍNDICE

|                    |   |
|--------------------|---|
| PRESENTACIÓN. .... | 7 |
|--------------------|---|

### PREMIO

#### **ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES: VALORACIÓN DE SU EVOLUCIÓN Y EFICACIA DE UN PROGRAMA FORMATIVO EN ENTREVISTA CLÍNICA**

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| RESUMEN. ....                      | 11 |
| PUNTOS CLAVE DEL ESTUDIO . . . . . | 15 |
| INTRODUCCIÓN . . . . .             | 17 |
| MATERIAL Y MÉTODOS . . . . .       | 21 |
| RESULTADOS . . . . .               | 31 |
| DISCUSIÓN . . . . .                | 37 |
| REFERENCIAS . . . . .              | 51 |
| TABLAS/FIGURAS . . . . .           | 57 |
| APÉNDICE 1 . . . . .               | 70 |
| RESUMEN DE AUTORES . . . . .       | 71 |

## PRESENTACIÓN

El Premio de Investigación en Salud de Andalucía 2002 ha recaído en el trabajo titulado "Estudio sobre la calidad de la comunicación clínica de los médicos residentes: valoración de su evolución y eficacia de un programa formativo en entrevista clínica", presentado por el Dr. Roger Ruiz Moral.

El autor y equipo de colaboradores, de la Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, mediante un diseño experimental, comprueban la eficacia de un programa de entrevista clínica para residentes de tercer año de Medicina Familiar y Comunitaria y determinan qué elementos habrá que tener en cuenta a la hora de elaborar estrategias docentes generales y como se han de diseñar y aplicar estas, a la formación en comunicación clínica de los residentes.

El Jurado del Premio, presidido por la Dr<sup>a</sup>. Carmen Maroto Vela, ha considerado que ha sido merecedor del galardón por representar, además, el primer análisis riguroso de la actuación de nuestros médicos en las consultas y cuyos resultados pueden ser extrapolables a médicos residentes de otras especialidades clínicas.

Esta investigación supone una continuidad de la línea de investigación aplicada y operativa en el campo de la formación médica de la Unidad Docente de Córdoba, por lo que este Premio es un reconocimiento a esta trayectoria investigadora y que de forma indirecta quisiera hacer extensible al conjunto de Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Andalucía que han destacado siempre por su capacidad innovadora en la formación de médicos residentes y que están marcando muchas de las pautas que en este campo se están incorporando como mejoras a nivel nacional, como así ha reconocido la propia Comisión Nacional de la especialidad.

La comunicación clínica entre médicos y pacientes es uno de los principales retos que se plantea en los Sistemas Sanitarios ya que el paciente ocupa el lugar Central de estos. En nuestra Comunidad Autónoma, el Plan de Calidad sitúa al ciudadano/a como protagonista del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Estamos ante una transformación cultural de la relación médico-paciente, desde la relación clínica basada en la beneficencia del médico a la autonomía del paciente, y esta debe hacerse de una forma progresiva. Donde la toma de decisiones debe estar consensuada por todos, partiendo de la triada información+comunicación+formación en un clima de confianza y respeto mutuo. El escenario futuro estará coprotagonizado por un individuo que participa activamente en preservar su Salud y por un profesional sanitario que asume el reto de dialogar con pacientes exigentes.

Es innegable que el acceso a la información en el ámbito de la salud se traduce en una lenta pero imparable revolución en la relación médico-paciente. No se puede obviar el hecho de que hay un gran interés en los medios de comunicación por todo lo relacionado con la salud, el paciente accede a ese conocimiento y este es un nuevo reto y a la vez un estímulo para el médico, con sus aspectos positivos y negativos, porque a veces, en la difusión de novedades sanitarias, se transmite una imagen de eficacia superior a la real como aludía un reciente artículo publicado en la revista *British Medical Journal* (BMJ.2002;325:81-84) en el cual los autores expresaban su preocupación por muchos aspectos de la investigación médica y que los titulares solo resaltan los aspectos curiosos de las misma, más los estudios observacionales que los grandes ensayos clínicos.

En definitiva hay que servir en primera instancia al interés del paciente, respetar su autonomía e implicarle en las decisiones sobre su tratamiento y promover el reparto equitativo de los recursos sanitarios. Y esto es también lo que quieren los profesionales sanitarios como así han puesto de manifiesto en un reciente trabajo de esta Consejería de Salud, en el cual se constata que a los profesionales andaluces les preocupa especialmente la relación con sus pacientes, y reclaman a la Administración Sanitaria formación y entrenamiento en habilidades y estrategias de acogida y comunicación para mejorar la interacción con el paciente y los familiares.

Por último quiero agradecer a todos los equipos de investigación que presentaron sus trabajos a este Premio de Investigación ya que ellos, junto con el resto de los investigadores, sitúan a la investigación andaluza en la primera línea del panorama nacional. Las publicaciones de investigación originales, por equipos de Andalucía, en revistas especializadas y de alto impacto esta creciendo, el número de proyectos financiados y la función investigadora se está incorporando de manera muy sólida en nuestras instituciones, permeabilizando no solo al colectivo médico sino también a otras profesiones sanitarias que entran con fuerza en la comunidad investigadora como la enfermería. Son elementos esperanzadores que configuran un panorama de progreso para Andalucía que es el fruto del trabajo de todos.

M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado  
Viceconsejera de Salud

PREMIO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE ANDALUCÍA 2002

**ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE LA COMUNICACIÓN  
CLÍNICA DE LOS MÉDICOS RESIDENTES:  
VALORACIÓN DE SU EVOLUCIÓN Y EFICACIA DE UN  
PROGRAMA FORMATIVO EN ENTREVISTA CLÍNICA**

*RUIZ MORAL, R.*

*PÉRULA DE TORRES, L.A.*

*RODRÍGUEZ SALVADOR, J.J.*

*PRADOS CASTILLEJO, J.A.*

*"A todos los Médicos de Familia que trabajan en la formación de los  
Residentes de esta especialidad en Andalucía"*

## RESUMEN

---

### OBJETIVOS:

- 1) Comprobar la validez de contenido, la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador de un cuestionario para la evaluación de la comunicación médico-paciente de los residentes de medicina de familia.
- 2) Conocer cómo evolucionan, en los residentes de Medicina de Familia, las habilidades de relación con los pacientes, al comienzo y al final de su tercer año de residencia, cuando atienden a problemas de salud comunes en su especialidad.
- 3) Comprobar, mediante un diseño experimental, la eficacia de un programa en entrevista clínica para residentes de medicina de familia de tercer año y determinar que otros factores pueden influir en la formación en comunicación clínica para residentes.

---

### DISEÑOS:

- 1) Estudio observacional, de validación de un instrumento de medida.
- 2) Estudio cuasi-experimental (Antes-Después).
- 3) Ensayo clínico aleatorizado por grupos, multicéntrico, de ámbito nacional.

---

### EMPLAZAMIENTO:

Nivel de Atención Primaria. Unidades Docentes de Medicina de Familia y Comunitaria.

---

## POBLACIONES DE ESTUDIO:

Para el análisis de validez: 25 médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Para el análisis de fiabilidad: 48 médicos de la misma especialidad. Para el estudio de valoración del perfil comunicacional y de efectividad del programa educativo: 193 Médicos residentes de tercer año de Medicina Familiar de 8 Unidades Docentes.

---

## MEDICIONES E INTERVENCIONES:

1) Para la construcción del cuestionario se partió de una versión (GATHA-BASE) con 42 ítems seleccionados por un panel compuesto por 60 médicos de familia. Para la validez de contenido se utilizaron 68 encuentros clínicos con pacientes simulados que fueron videograbados y evaluados. La validez de contenido del cuestionario se estudió mediante un análisis factorial, y para medir su consistencia interna se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach's. La fiabilidad intraobservador de la versión GATHA-RES fue evaluada mediante los índices Kappa, y los Coeficientes de correlación intraclass. Con este instrumento, un observador ciego al estatus pre-post y experimental de los residentes evaluó sus conductas comunicativas en sus encuentros con 6 pacientes estandarizados (3 antes y 3 después)

---

## RESULTADOS:

1) Obtuvimos una versión del GATHA-RES con 27 ítems. El análisis factorial reveló la existencia de 9 factores que mostraron una buena correlación con los contenidos teóricos y formales del cuestionario original. Todos los coeficientes de correlación intraclass presentaron cifras  $\geq 0,90$ .

2 y 3) Se evaluaron un total de 1.024 entrevistas. El tiempo empleado con cada paciente disminuye significativamente al finalizar la residencia, se observa una relación directamente proporcional entre el tiempo de consulta y las puntuaciones obtenidas ( $p < 0,05$ ). Se detectan mejorías en los aspectos formales y organizativos de la consulta, pero no en las habilidades relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la do-

lencia, así como las habilidades negociadoras, que empeoraron al concluir el estudio. Al final del mismo los residentes que recibieron el programa formativo no mostraron mejores perfiles comunicacionales que los que no lo recibieron. Las variables que mejor predicen el perfil comunicacional de los residentes, fueron la edad (inversamente), la duración de la entrevista, la formación del tutor en entrevista clínica y la Unidad Docente.

---

## CONCLUSIONES:

1) El cuestionario GATHA-RES es un instrumento válido y fiable que puede ser usado para la evaluación de las habilidades comunicacionales de los médicos en formación.

2 y 3) Los residentes aprenden a acortar el tiempo de consulta en detrimento de habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asistencia a los problemas de salud de sus pacientes. Estos resultados sugieren la necesidad de cambios sustanciales en la formación de los médicos residentes de Medicina de Familia en España. Para diseñar futuras estrategias y recomendaciones docentes en nuestro medio deberían tenerse en consideración algunos aspectos que el estudio pone de manifiesto como son la importancia que tienen en la mejora de las habilidades comunicacionales de los residentes la formación del tutor personal del residente, el centro docente y una iniciación más temprana en estos dominios. No se demuestra, sin embargo, que el programa ensayado mejore el perfil comunicacional global de los residentes.

## PUNTOS CLAVE DEL ESTUDIO

### Lo conocido:

- Una comunicación clínica de calidad se relaciona con buenos resultados de la consulta médica, incluyendo los resultados de salud.
- Las habilidades comunicacionales son específicas, observables y evaluables. Por esto y lo anterior están incluidas en numerosos currícula de pre y postgrado.
- En nuestro país, hasta la fecha, no se disponía de ningún instrumento fiable y válido para el análisis de las interacciones comunicacionales entre médico y paciente.
- En nuestro país, hasta la fecha, no se disponía de información sobre la actuación y el tipo de comunicación que emplean los médicos residentes en las consultas, ni como ésta evoluciona a lo largo de su periodo formativo.
- La valoración de las intervenciones en educación médica es algo complejo, particularmente en habilidades comunicacionales. En este ámbito existen aún muy pocos ensayos clínicos y los que hay han sido realizados con poblaciones pequeñas y cerradas.

### Qué aporta este estudio:

- El cuestionario GATHA-RES es un instrumento válido, fiable y práctico que permite valorar la calidad de la interacción comunicativa entre los médicos residentes y sus pacientes.

- Los médicos residentes terminan su residencia haciendo consultas considerablemente más cortas que al comenzar su tercer año.
- A la vez, empeoran la calidad de su relación clínica con el paciente, al evitar explorar los aspectos personales y contextuales de la dolencia, así como su capacidad para negociar.
- El estudio resalta que para mejorar el perfil comunicacional de los residentes es importante considerar ciertos aspectos estrechamente relacionados con una interacción clínica diaria de calidad, entre ellos el ambiente del centro de trabajo, la formación y sensibilización del tutor clínico del residente en entrevista clínica, la duración de las consultas y una temprana introducción de estas enseñanzas médicas.
- El ensayo clínico aleatorizado sugiere que un programa de formación en comunicación clínica basado en los principios de la enseñanza de adultos y aplicado a lo largo del último año de residencia no tiene repercusión sobre el perfil comunicacional del residente.

## INTRODUCCIÓN

La comunicación clínica representa hoy día uno de los aspectos fundamentales de la atención médica y no sólo en el ámbito de la atención primaria sino en cualquier rama clínica. Supone precisamente el método a través del cual dicha atención se produce y son ya muchos los estudios bien diseñados que muestran que una comunicación clínica efectiva afecta de forma positiva al proceso diagnóstico-terapéutico (1). Para conseguir y mantener una comunicación clínica eficaz los médicos deben dominar una serie de habilidades, tener unos conocimientos específicos y presentar unas actitudes bien definidas (2). Por otra parte se ha comprobado que las habilidades comunicacionales son específicas, observables y pueden ser evaluadas (3, 4). Actualmente la comunicación clínica constituye una parte importante de los currícula de medicina, tanto en pregrado como en postgrado, habiéndose diseñado y aplicado diferentes estrategias educativas encaminadas a que los estudiantes, residentes o médicos en ejercicio adquieran o mejoren dichas habilidades (5, 6). La evaluación de la efectividad de estas intervenciones educativas es uno de los desafíos más importantes que actualmente tienen planteados los programas de educación médica y de mejora de la calidad de la asistencia en los países desarrollados; de sus resultados dependerán finalmente la definición de las características generales que deben tener dichos programas así como la forma de enseñarlos. Las diferentes peculiaridades de cada uno de los sistemas de formación médica y asistenciales de los distintos países y del tipo de alumno al que vaya dirigida dicha formación debe ser un importante factor a tener en cuenta a la hora de aplicar las recomendaciones generales a los diferentes ámbitos. En España el "Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia" (7) es, sin embargo, el único que en nuestro país incluye la formación en entrevista clínica como una tarea educativa que debe desarrollarse en la formación de estos médicos, a pesar de esto, esta recomendación

resulta genérica e insuficientemente sistematizada de modo que su aplicación ha resultado muy dispar. En el pregrado dicha formación, donde existe, es meramente testimonial.

Por lo tanto, dada la importancia clínica y el carácter incipiente en materia docente en el que se encuentra esta importante área en nuestro país, un paso previo al diseño de programas específicos de formación lo constituye el conocer cual es el grado de dominio que nuestros estudiantes, residentes o médicos, tienen de las habilidades de comunicación básicas y qué actitudes presentan realmente en el proceso de la consulta. En el momento presente no disponemos de una información de este tipo que sea fiable y generalizable.

Un aspecto trascendental y previo para valorar correctamente tanto las necesidades docentes (formativas) como las evaluativas (sumativas) en comunicación clínica es el desarrollo de instrumentos adecuados para su medición. En general, los métodos actualmente disponibles para la evaluación (bien sea con fines evaluativos propiamente dichos o de investigación) de las habilidades en entrevista clínica se encuentran poco o nada desarrollados en nuestro país, y los que existen fuera de nuestras fronteras tienen una validez y fiabilidad muy variada y en todo caso no comprobada en nuestro ámbito (8). Un grupo de médicos, la mayoría con responsabilidades docentes en el ámbito de la comunicación clínica, ha trabajado desde 1992 en el desarrollo de un instrumento (el cuestionario GATHA-BASE) para la valoración de las habilidades en entrevista clínica. El desarrollo inicial del mismo (9) su subsecuente aplicación a una población de residentes de medicina de familia para establecer su consistencia interna y fiabilidad interobservador ha sido ya comunicado (10). Sin embargo, por una parte, la confirmación de que el instrumento obtenido tras el anterior análisis de fiabilidad y consistencia sigue respondiendo al modelo para el cual fue elaborado, es decir, en cuanto a su validez de contenido y, por otra, la necesidad de conocer el grado de fiabilidad intraobservador del cuestionario, eran dos aspectos fundamentales pendientes para la obtención de un instrumento aceptablemente válido y fiable para poder medir los aspectos antes referidos.

Así, los objetivos del presente trabajo de investigación fueron triples:

- 1) Validar el contenido y la fiabilidad intraobservador del cuestionario GATHARES, específicamente desarrollado para valorar el perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia.
- 2) Conocer como evolucionan en su comportamiento (actitudes y uso de habilidades y tareas relacionales) los residentes de Medicina de Familia a lo largo de su tercer año de residencia.
- 3) Comprobar, mediante un diseño experimental, la eficacia de un programa en entrevista clínica para residentes de medicina de familia y determinar que elementos hay que tener en cuenta a la hora de elaborar estrategias docentes generales y diseñar y aplicar la formación en comunicación clínica a nuestros residentes.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### A) Estudio de Validez y Fiabilidad del Cuestionario

- Diseño del estudio: Estudio observacional descriptivo, de validación de un instrumento de medida (cuestionario).

- Análisis de la Validez de contenido: se siguieron los siguientes pasos:

- Realización de las entrevistas: 25 participantes, todos médicos residentes de familia y comunitaria (RR) de la Unidad Docente de Córdoba. Los 25 RR fueron videograbados en circunstancias experimentales con 3 pacientes estandarizados que interpretaron diferentes papeles. Los pacientes estandarizados fueron seleccionados por "casting" y entrenados en sus respectivos roles. Los desafíos clínicos incluyeron:

- Un varón de 35 años que consultaba por tos y pérdida de peso.
- Una mujer de 34 años que se quejaba de dolor de cabeza y pedía que se le hiciese una TAC.
- Una mujer de 38 años, casada con un alcohólico, que presentaba un dolor de espalda que no mejoraba con la medicación habitual.

Los escenarios cubrían entre los tres todos los ítems del GATHA-BASE. Los 25 residentes participaron en las 3 entrevistas que se videograbaron (75 en total). Los RR sabían que eran pacientes estandarizados y consintieron en participar. Se limitaron las consultas a 15 minutos y se les instruyó para que actuasen como si se tratase de una consulta real. De las 75 entrevistas, se perdieron 7 por problemas de sonido.

- Análisis de las entrevistas: Las entrevistas fueron observadas por dos evaluadores de manera independiente, ambos involucrados en la enseñanza de la entrevista clínica y que habían sido previamente entrenados en el uso del cuestionario GATHA-BASE. Los observadores usaron el manual de uso del cuestionario (11) que incluía comentarios, definiciones y explicaciones y en muchos casos, ejemplos referentes a los ítems, orientaciones y sugerencias sobre como realizar la cumplimentación. Esta valoración duró 15 días. Cada entrevista fue visualizada 3 veces focalizándose la atención en cada ocasión en cada uno de los tres ejes del cuestionario. El tiempo de análisis de cada entrevista fue de unos 30 minutos.

- El instrumento denominado GATHA-RES (apéndice), había demostrado en un estudio previo su fiabilidad interobservador y una buena consistencia interna. Se procedió aquí a realizar el análisis de validación del contenido del mismo. Las dimensiones subyacentes del cuestionario fueron estudiadas mediante un análisis factorial exploratorio. Primero, mediante análisis Booleano y después con el método de componentes principales con rotación varimax. Finalmente, la conveniencia de la muestra se midió con el Índice de Kaiser-Mayer-Olkin Index, y el test de esfericidad de Barlett, la bondad de ajuste del modelo factorial se midió por la magnitud de los residuales (12). En vista de que los resultados del análisis Booleano y el de los componentes principales fue muy similar y que, además las medidas de adecuación de la muestra y la bondad de ajuste del factor de análisis mediante los componentes principales fue satisfactorio, se decidió presentar el último por ser más conocido y empleado en la literatura. Las relaciones entre las diferentes subescalas del cuestionario se midieron con el Coeficiente de Correlación de Pearson. Para valorar la consistencia interna de la versión GATHA-RES se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach's, a fin de comprobar el grado de homogeneidad del nuevo cuestionario.

-Análisis de la Fiabilidad del cuestionario: por otra parte, se estudió la concordancia intraobservador, para lo cual se utilizó una muestra de 48 entrevistas seleccionadas aleatoriamente de un total de 1024 que realizaron 193 médicos residentes pertenecientes a 8 unidades docentes del estado español, que participaban en el estudio para comprobar la eficacia de un programa de formación en habilidades comunicacionales (Objetivos 2º y 3º de este estudio).

En este caso los escenarios clínicos fueron también tres, interpretados por tres pacientes estandarizados, y el desarrollo de los encuentros clínicos se produjo en condiciones similares a los anteriores. Los casos se describen con más detalle en la siguiente sección, pero correspondían a algunos de los casos del estudio COMCORD, entre ellos a un varón de 65 años con diarrea, una mujer de 36 años con cefalea que demandaba una derivación y una mujer de 45 años con un dolor en rodilla que presentaba una intensa reacción emocional a consecuencia de la muerte de su madre. Una investigadora previamente adiestrada en la valoración de las entrevistas con el cuestionario GATHA-RES, fue recibiendo en 4 oleadas separadas por un intervalo de un mes, 24 entrevistas elegidas al azar, que fueron camufladas entre las que debía de evaluar (unas 200 entrevistas en cada tanda). Las entrevistas de las tres primeras tandas fueron las mismas, al objeto de comprobar si la evaluadora mejoraba su fiabilidad conforme aumentaba el número de entrevistas evaluadas, mientras que para la cuarta medición se seleccionaron otras 24 entrevistas diferentes. Las entrevistas habían sido previamente codificadas al objeto de poderlas identificar después, pero la investigadora evaluadora desconocía el significado de dichos códigos. El estudio de la fiabilidad intraobservador fue realizado por otro investigador encargado del análisis estadístico. Este consistió en el cálculo de los índices Kappa, para valorar la concordancia de cada ítem del cuestionario entre sí, y de los Coeficientes de Correlación Intraclase (R), para estimar el grado de acuerdo obtenido en los tres ejes en que se divide el cuestionario y en la puntuación total del GATHA-RES. Finalmente, como complemento a la información que proporciona el R, se utilizó el Método de la media de las diferencias, propuesto por Bland y Altman (13), el cual permite analizar gráficamente la dispersión de las diferencias respecto a cero (acuerdo total) o si las diferencias intraobservador son mayores o menores a medida que aumenta el valor de la puntuación media. Para poder determinar la existencia de un posible sesgo relativo (diferencia sistémica entre ambas observaciones) se calcularon las medias de las diferencias de los valores obtenidos en cada entrevista, sus desviaciones estándar (DT), y sus límites de concordancia (media de las diferencias  $\pm 1,96 \times DT$ ). Para la interpretación del R nos hemos basado en la clasificación establecida por Jiménez (14), según la cual un  $R \geq 0,91$  indica una concordancia muy buena; de 0,71 a 0,90, buena; de 0,51 a 0,70 moderada; 0,31-0,50, medio-

cre, y si es  $\leq 0,30$ , la concordancia sería mala o muy mala. Para valorar la reproducibilidad con el estadístico Kappa hemos seguido la clasificación propuesta por Fleiss (15), que establece que un Kappa  $< 0,40$  indica acuerdo deficiente; de  $0,40$  a  $0,75$ , aceptable, y  $> 0,75$ , excelente.

Todos los análisis estadísticos han sido realizados con el paquete SPSS/PC+ 8,0 y el BMDP/PC 90 (8M).

## **B) Estudios de valoración del perfil comunicacional global de los residentes y de eficacia de un programa educativo en Entrevista Clínica**

### **DISEÑOS Y POBLACIÓN DE ESTUDIO:**

Estudio cuasi-experimental del tipo Antes-Después.

Ensayo clínico aleatorizado por grupos, multicéntrico.

La población de estudio incluyó a los residentes de tercer año (RR) de 8 UUD del país: Córdoba, Vizcaya, Cantabria, Jaén, Sevilla, Málaga, Asturias y Orense (N=379).

- **Procedimiento muestral del estudio cuasi-experimental:** se estimó que serían necesarios estudiar a 186 sujetos, teniendo en consideración los siguientes criterios:

- Tomando como referencia el porcentaje de respuestas correctas con el cuestionario que utilizamos para medir los conocimientos, actitudes y habilidades comunicacionales (GATHA-RES); se estimó que este sería de un 30% al comienzo del tercer año (Antes), y un 50% al finalizarlo (Después), por lo que la magnitud de la diferencia a detectar era de un 20%.

- Se asumió un error alfa del 5%, un error beta del 20%, una hipótesis bilateral, una razón 1:1 y un 10% de pérdidas.

Mediante muestreo aleatorio estratificado por UDD, de los RR que cumplieran los criterios de inclusión se seleccionaron un total de 193 sujetos. Se excluyeron 23 RR, principalmente por que no dieron su consentimiento para participar en el estudio o por estar de baja laboral durante un periodo de tiempo prolongado.

**-Procedimiento muestral para el ensayo clínico:** Las 8 UDD fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos (razón: 1/1):

- a) Grupo de Intervención -GI- que recibió un programa de formación en habilidades comunicacionales.
- b) Grupo Control -GC-, que no recibieron ningún programa de formación durante el periodo de estudio. El único criterio de exclusión fue que el residente no diera su consentimiento para participar en el estudio. En total dieron su consentimiento 228 RR. El esquema con el diseño básico del estudio se muestra en el gráfico 1.

Para el cálculo del tamaño muestral se tuvieron en cuenta las siguientes asunciones: que el porcentaje de respuestas correctas con el cuestionario que se utilizó para medir las habilidades comunicacionales (GATHA-RES) sería de un 30% en el GC y un 50% en el GI ( $d=20\%$ ), un error alfa del 5%, error beta del 20%, una hipótesis bilateral, y un 10% de pérdidas. Con estas premisas el número de sujetos a reclutar era de 186 (95 por grupo).

Mediante muestreo aleatorio estratificado por número de residentes y tutores existentes en las UDD participantes se seleccionaron un total de 193 sujetos. Se excluyeron 23 RR porque no dieron su consentimiento para participar en el estudio o por estar de baja laboral durante un periodo de tiempo prolongado.

## ESCENARIOS CLÍNICOS:

Los RR afrontaron seis casos clínicos (A, B y C), que se desarrollaron en forma de tres encuentros clínicos al comenzar el residente su tercer año de formación y otros tres en el último mes del mismo. Los escenarios clínicos fueron diseñados por un grupo de trabajo *ad hoc* compuesto por médicos de familia y expertos en la valoración de competencias clínicas. Estos casos estaban apareados dos a dos, es decir, aunque con contenidos clínicos diferentes, tenían características similares en cuanto a su complejidad. Así, el caso A correspondía a un problema biomédico en una persona de 65 años sin ningún tipo de dificultad añadida en el ámbito de lo psicosocial y relacional. En la situación "preintervención" (Antes) correspondía a una reagudización leve de asma y en la "post" (Después) a una diarrea. El caso B representaba una manifestación orgánica: somatización (cefalea/lumbalgia) de un problema psicosocial (stress por posible traslado/stress familiar por comienzo de su trabajo) en el que una paciente de 30 años expresaba su expectativa (realización de una TAC/derivación a especialista) para precipitar una negociación. El caso C correspondía a una mujer de 45 años con un problema orgánico (gonartralgia inflamatoria/ dolor abdominal), con miedos específicos (invalidez/cáncer) y emoción intensa (muerte de su madre/mastectomizada por cáncer), en el que también se hacía una demanda específica (derivación/analítica) que forzara a precipitar una negociación. Los casos fueron representados por pacientes estandarizados a los que se les entrenó siguiendo unas directrices preestablecidas y consensuadas por el equipo responsable. Durante las grabaciones se realizaron controles (mediante la audición de la entrevista por parte de un experto situado en otra habitación) para valorar el grado de adecuación o desviación del papel interpretado por cada actor. Igualmente el responsable de esta sección valoró un grupo de entrevistas de cada uno de los actores durante el periodo de grabaciones que permitió una mayor homogenización. Todos los encuentros médico-paciente fueron videograbados. Los RR sabían que eran pacientes estandarizados y se les pidió que actuaran como si de una consulta real se tratara. El tiempo máximo del que dispusieron fue de 10 minutos por cada encuentro.

## **VARIABLES DEL ESTUDIO Y FUENTES DE INFORMACIÓN:**

Mediante cuestionarios autocumplimentados se recogió información sobre las características de cada UD, de los tutores y sus RR. También se determinó el tiempo empleado en llevar a cabo las entrevistas.

Durante el periodo de seguimiento todos los RR realizaron las actividades formativas y asistenciales que marca el Programa Nacional de la Especialidad, con las adaptaciones locales propias y que se caracteriza principalmente por su labor asistencial a tiempo completo en el Centro de Salud, tutorizados por un Médico de Familia. Los RR del Grupo de Intervención recibieron además un programa formativo diseñado por un grupo de expertos con este fin.

## **PROGRAMA DE ENSEÑANZA ESPECÍFICO EN COMUNICACIÓN CLÍNICA PARA LOS RR DE LAS UDD DE INTERVENCIÓN**

El modelo principal de entrevista utilizado fue el de la 'Entrevista Semiestructurada' de Borrell (16), por haber sido el principal modelo de referencia para los médicos españoles. Este modelo enfatiza tanto un estilo de consulta abierto como la consecución de determinadas tareas. Sin embargo, el modelo final que se obtuvo incorporó ciertas técnicas y tareas dentro de la entrevista procedentes de otros modelos, recientemente recopilados en el Consenso de Kalamazoo (17). La definición de los conocimientos, habilidades y actitudes fue muy similar al sugerido por Kaplan et al (2).

Los objetivos generales del curso eran tanto centrados en el aprendiz como en el profesor. Se pretendía que el residente, en su tercer año de residencia, fuese capaz de "detectar qué cambios necesita para establecer una comunicación interpersonal más efectiva y mejorar su capacidad de comunicación utilizando las estrategias y técnicas más adecuadas a su personalidad, experiencia y a la situación específica que se produzca en su relación con los pacientes". Para esto se diseñó un Curso orientado sobre todo hacia habilidades y basado en la experiencia del residente con un programa altamente estructurado en el que se identificaban, demostraban, practicaban y evaluaban habilidades específicas. Se impartió en grupos pequeños (de entre 5-7 residentes) y constaba de las siguientes actividades docentes:

A) 14 sesiones de 2 horas de duración cada una. Las sesiones tenían dos partes diferenciadas: una primera llamada 'Ejercicios Programados', y posteriormente, trabajo con videograbaciones de consultas. Los ejercicios programados pretendían, por un lado, asegurar que los residentes se entrenasen en los aspectos esenciales de la entrevista clínica incluidos en la guía y, por otro, facilitar la incorporación progresiva de habilidades de comunicación. Básicamente eran ejercicios de role-play, observación de películas o escenas de la televisión y juegos. La segunda parte consistía en el trabajo con las videograbaciones con pacientes reales. Los residentes recibían feedback sobre su propia actuación en las consultas reales. El método docente seguido para esta actividad fue el del PBI (Problem Based Interviewing) según ha sido propuesto por Gask y cols. (18). Las sesiones se impartieron entre 6 y 8 meses cuando el residente se encontraba en el Centro de Salud y la periodicidad fue entre semanal y bisemanal.

B) Una serie de 'Ejercicios Para Practicar en La Consulta'. En la que los residentes deberían poner en práctica algunas de las técnicas ensayadas para después comentar su experiencia

C) La lectura de algunos artículos seleccionados.

Los residentes disponían de un dossier bibliográfico y de una guía del desarrollo de las sesiones, la descripción de los 'Ejercicios Para La Consulta', instrucciones para la grabación de consultas y una encuesta de evaluación del curso que completaron anónimamente al final.

### **INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS ENTREVISTAS:**

El instrumento de medida utilizado fue el cuestionario GATHA-RES (Apéndice 1). Se trata de una herramienta diseñada y desarrollada en nuestro país para evaluar el perfil comunicacional del médico residente. Este cuestionario está estructurado en tres ejes o dimensiones: I. Actitudes, II. Tareas y III. Habilidades y ha sido objeto de un proceso de análisis de su consistencia interna y fiabilidad previo, para el que se partió de un cuestionario original denominado GATHA-

BASE de 47 ítems y que tenía una validez de consenso realizada por expertos en comunicación (Grupo Comunicación y Salud). El proceso de validación seguido para conseguir un cuestionario adecuado para la población diana (residentes) en la que se quería utilizar, consistió en una valoración de su consistencia interna y fiabilidad interobservador (10), seguido de una valoración de su validez de contenido y fiabilidad intraobservador que se realizó como fase previa del presente trabajo. El cuestionario de 27 ítems tenía una consistencia interna valorada con el alfa de Cronbach de 0,8, y una fiabilidad interobservador para cada ítem medida por el índice Kappa de entre 0,41 y 0,95 y un coeficiente de correlación intraclass (CCI) de 0,97. La validez de contenido se descubre aparte en este trabajo.

Todas las entrevistas fueron evaluadas por una observadora "ciega" a la situación pre-post de los RR. Esta evaluadora fue previamente entrenada en el uso del cuestionario GATHA-RES, realizándose una valoración de su fiabilidad interobservador con 30 entrevistas "patrón oro" (Kappa de Cohen's de los ítems: entre 0,61-0,91, Coeficiente de Correlación Intraclass "R": 0,90). El análisis de la fiabilidad intraobservador se describe también aquí y representa, al igual que el estudio de la validez de contenido, uno de los objetivos de este trabajo.

Para el presente estudio la puntuación máxima que se podía obtener con el cuestionario variaba en función de cada caso clínico. En el caso A la puntuación real máxima que se podía conseguir era de 23 puntos, ya que los ítems 9, 25, 26 y 27 no procedían. En el caso B la puntuación máxima era de 26 puntos: el ítem 27 no procedía y los ítems 6 y 12 eran positivos para todos los casos. En el caso C la puntuación máxima que podía alcanzarse era la del cuestionario en su totalidad (27 puntos).

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

La codificación y procesamiento de los datos fue realizado con el programa ACCESS (Microsoft Office) por dos personas de manera independiente, bajo la supervisión del investigador encargado del análisis estadístico, el cual llevó a cabo controles internos consistentes en el muestreo sistemático de 1 de cada

10 cuestionarios y la comprobación de su veracidad. El análisis estadístico consistió en un estudio descriptivo de las variables (medidas de tendencia central, dispersión y posición en caso de variables cuantitativas, y frecuencias absolutas y relativas en las cualitativas), con cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC 95%) en los principales estimadores; bivariado (test de McNemar o prueba exacta de Fisher para la comparación del % de respuestas obtenidas en cada ítem del cuestionario antes y después del periodo de estudio, t de Student para la comparación de datos apareados –puntuaciones totales medias con el GATHA-RES antes y después-, coeficiente de correlación de Pearson para comprobar el grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas antes y después del estudio), y ANOVA de una vía para comprobar la relación entre el tiempo empleado en hacer las entrevistas y la puntuación con el GATHA-RES) y multivariado (análisis de regresión lineal múltiple; método *enter*), este último con el objeto de identificar aquellas variables independientes relacionadas con la puntuación promedio de las tres entrevistas obtenida con el GATHA-RES al finalizar su periodo de residencia (situación Post) . El análisis experimental fue realizado por protocolo y por intención de tratar, incluyéndose en el mismo aquellos sujetos de los que se disponía de los datos basales (grabaciones al comienzo). El análisis estadístico principal en el estudio experimental fue el de la covarianza (modelo de ANCOVA para medidas repetidas), considerando como covariables la formación previa en entrevista clínica y el centro (UDD).

Se consideró un nivel de  $p < 0,05$  y todos los contrastes fueron bilaterales. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS (versión 8.0).

## RESULTADOS

### A) Del estudio de Validez y Fiabilidad del Cuestionario

La solución factorial de la escala final de 27 ítems se muestra en la Tabla 1. Nueve factores explicaban el 62% de la varianza obtenida. El Índice de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.63 y el test de Barlett de 953,92 ( $p < 0,0001$ ). El 39% de los residuales se encontraban por encima de la diagonal ( $> 0,05$ ).

Con la escala GATHA-RES-27, se obtuvo una puntuación promedio de 13,59 (IC 95% = 12,87 – 14,31), una mediana de 14, y un rango de 5 a 22 puntos, (DT: 4,27).

En la Tabla 2, se pueden ver las relaciones de las diferentes dimensiones de la escala.

De los 27 ítems, un comité de expertos seleccionó 13 que, se consideró, podrían reflejar el grado con el que un médico se “centra en el paciente”. Esta subescala fue objeto de un análisis de fiabilidad (consistencia interna), que arrojó un coeficiente  $\alpha$  de 0,76, y de un estudio factorial que se muestra en la Tabla 3.

Las puntuaciones medias totales que obtuvimos con el cuestionario GATHA-RES en las entrevistas utilizadas para analizar la concordancia intraobservador, oscilaron entre  $15,52 \pm 3,56$  -DT- (límites: 10-21) con la primera medición y  $15,70 \pm 3,18$  -DT- (límites:10-20), con la cuarta de las mediciones realizadas. Al analizar la fiabilidad intraobservador de cada ítem del cuestionario obtuvimos los siguientes valores:

- En la primera medición, el ítem número 4 presentó un Kappa de  $-0,59$ . Los demás ítems mostraron coeficientes Kappa entre  $0,625$  y  $1,0$ .
- En la segunda medición, los valores del Kappa estuvieron comprendidos entre  $0,646$  y  $1,0$ .
- En la tercera oleada, los índices Kappa bascularon entre  $0,80$  y  $1,0$ .
- Por último en la cuarta medición, los Kappa obtenidos en los ítems del cuestionario presentaron valores entre  $0,727$  y  $1,0$ .

En la tabla 4 se muestran los Coeficientes de Correlación Intraclassa (R), tanto de los tres ejes del cuestionario como de la puntuación total para cada una de las mediciones efectuadas. Como se puede apreciar, todos los R mostraron cifras  $\geq 0,90$ .

En las figuras 1 y 2 se representan las diferencias de las puntuaciones medias obtenidas en la valoración que la evaluadora hizo de cada entrevista. La media de las diferencias ( $\pm$  DT) fueron: 1ª medición:  $0,21 \pm 1,20$ ; 2ª medición:  $-0,15 \pm 1,16$ ; 3ª medición:  $-0,21 \pm 1,2$ ; 4ª medición:  $-0,13 \pm 0,47$ .

## **B) Del estudio de valoración del perfil comunicacional global de los residentes y de efectividad de un programa educativo en Entrevista Clínica**

En la tabla 5 se detallan las principales características de la población de RR de Medicina de Familia estudiada, así como de sus tutores y de las UUD.

De los 193 RR que comenzaron el estudio lo completaron 154 (Tasa de pérdidas = 20%). Estas pérdidas se produjeron por distintas causas (traslados, enfermedad, problemas técnicos con la grabación, etc) pero la principal fue la no asistencia de los RR a las grabaciones.

Se evaluaron un total de 1.024 encuentros clínicos (544 antes y 480 después), ya que 17 se perdieron por problemas técnicos. La figura 3 recoge los

tiempos empleados por los RR en realizar las entrevistas. Se observa una disminución significativa del tiempo dedicado a llevar a cabo los tres casos, al comparar la situación antes y después del estudio.

La figura 4 muestra las puntuaciones obtenidas globalmente por todos los RR en cada caso al comienzo y al final del 3er. año. Se aprecia que las diferencias son mínimas y estadísticamente no significativas. Las puntuaciones medias oscilaron entre 11,66 puntos con el caso A inicial (límites:6-17 puntos; DT:1,98; IC 95%: 11,38-12,06) y 15,90 puntos del caso C final (límites: 8-22;DT: 2,84;IC 95%: 15,46-16,45). Existe una relación directamente proporcional entre el tiempo empleado en hacer las entrevistas y las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los casos ( $p < 0,05$ ).

En la tabla 6 se detallan los resultados obtenidos por los RR en cada uno de los ítems de las tres áreas o ejes en que se divide el cuestionario GATHA-RES, en las situaciones de antes y después. En el caso A se observan ganancias estadísticamente significativas en aspectos relacionados con la seguridad (ítem 3), prestar más atención (ítem 4) y aspectos formales y de organización de la consulta (ítems 5,20,7 y 19). Al final se valoran peor los aspectos sociofamiliares (ítem 15) o el impacto del síntoma en la vida diaria (ítem 11). En el caso B, pueden observarse bajas tasas de cumplimiento con, además, empeoramiento al final principalmente en los aspectos relacionados con la exploración del impacto que el proceso tiene en la vida de la paciente (ítem 11), del estado de ánimo (ítem 13), de los Acontecimientos vitales estresantes (ítem14) y en menor medida, del entorno sociofamiliar (ítem 15), señalamientos (ítem 22) e incluso en los ítems de negociación (25 y 26). También aquí se mejora en aspectos relacionados con la formalidad (20) y la organización (7 y en menor medida 19). Finalmente, con el caso C se observa una similitud en las puntuaciones obtenidas entre el antes y el después que de nuevo traduce mejoras en los ítems que reflejan formalidades y organización de la consulta (20,7 y 19) que compensan las pérdidas que se producen en los ítems más importantes y resolutivos como la exploración del ámbito psíquico (ítem13) y sociofamiliar (ítem15), el impacto en la vida del paciente (ítem 11) y los aspectos de negociación de agenda y plan (ítems 25 y 26).

Se aprecian unos coeficientes de correlación entre las puntuaciones del comienzo y del final del estudio estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ), aunque con una fuerza de correlación baja en todos los casos (caso A=0,230; caso B=0,242; caso C=0,278; casos A+B+C=0,3599).

En la tabla 7 se expone el resultado de las variables relacionadas con la puntuación media global del GATHA-RES para el total de la muestra al finalizar el periodo de formación ( $R^2=0.413$ ;  $p < 0.001$ ;  $n=133$ ). Mediante análisis de regresión lineal múltiple, destacamos entre las variables que mejor predicen el perfil comunicacional de los RR, la edad (de forma inversa: a mayor edad peor perfil), el tiempo de duración de la entrevista (a más tiempo mejor perfil), la formación del tutor en EC (a mayor formación del tutor, mejor perfil), así como el centro docente.

No hubo diferencias en cada uno de los ítems de las tres áreas o ejes en que se divide el cuestionario GATHA-RES, entre las situaciones de antes y después y entre ambos grupos (GI y GC) en ninguno de los casos.

En la figura 5 se muestra el esquema general del desarrollo del estudio con los sujetos incluidos y las pérdidas producidas. Completaron el estudio 154 RR, las pérdidas globales fueron de un 20% (39 RR) y dependiendo de cada caso analizado estas oscilaron entre el 14% y el 20% en el grupo de Intervención y el 31 y el 35% en el grupo Control. Estas pérdidas se produjeron por distintas causas (traslados de RR, enfermedad, problemas técnicos con la grabación, etc), pero la principal fue la no asistencia de los RR a las grabaciones con los pacientes estandarizados que se produjo sobre todo en el grupo control.

En la tabla 8 se pueden observar las características basales de los residentes incluidos en el estudio. Existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la formación previa en entrevista clínica. Igualmente, los tutores presentaron diferencias respecto a la formación previa que habían recibido en entrevista clínica (44,6% en el GI frente al 26,2% en el GC;  $p < 0,0001$ ), y en su experiencia docente con métodos de la enseñanza de entrevista clínica interactivos (21% en el GI frente al 3,0% en el GC,  $p < 0,0001$ ).

En la tabla 9 se expresan las puntuaciones medias obtenidas con el cuestionario GATHA-RES en cada grupo (GI y GC) con cada caso y global, antes y después de la intervención educativa. Las puntuaciones medias del GI fueron superiores a las del GC. Al comparar, mediante el análisis de la covarianza, las puntuaciones pre y post entre ambos grupos, ajustadas por la formación previa en entrevista clínica por parte de los residentes, sus tutores y el centro, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el caso A, aunque sí en los casos B y C (figura 6). Finalmente, al analizar todos los casos en conjunto, también se encontraron diferencias entre la situación antes y la después ( $p=0.001$ ).

## DISCUSIÓN

### A) Del estudio de Validez y Fiabilidad del Cuestionario

En los últimos años se han desarrollado instrumentos para valorar la comunicación clínica de forma específica o junto a otras habilidades clínicas. Los índices de validez, fiabilidad y aplicabilidad de estos instrumentos son muy variados (19,20). El cuestionario GATHARES es un instrumento para valorar la comunicación clínica en el contexto español y en el ámbito de la atención primaria. Este cuestionario se basa en otro más amplio que, fundamentado en modelos de entrevista conocidos y aceptados en nuestro país (16,21) fue validado inicialmente por consenso entre expertos en comunicación clínica (22). La propuesta presente representa una adaptación específica a una población concreta (médicos residentes en medicina de familia) que en el momento actual ha demostrado ser una herramienta fiable entre observadores para este fin con una alta consistencia interna (10). El proceso de fiabilidad se ha completado con el análisis de la concordancia intraobservador. Esta va mejorando con las distintas mediciones efectuadas o se mantiene en unos valores que se catalogan como de buenos o muy buenos, tanto cuando se tienen en consideración cada uno de los ítems como cuando se evalúan los ejes del cuestionario y las puntuaciones globales obtenidas ( $R \geq 0,90$ ). De la lectura de los gráficos de Bland y Altman se desprende que las diferencias de medias no varían apenas según los valores promedios; además, las medias aritméticas de las diferencias están muy cercanas a cero y no parece existir ningún sesgo de sobre o infraestimación en ninguna de las distintas mediciones. La magnitud de las diferencias no parecen ser importantes, puesto que estas no suelen ser superiores a  $\pm 2$  puntos en la mayoría de las ocasiones. Por todo ello en este proceso no se ha producido la modificación en el número de ítems.

Siguiendo a Steiner y Norman (23) el proceso de validación y fiabilidad debe inicialmente llegar a una selección de los ítems en base a su fiabilidad para, posteriormente, con el instrumento resultante, tratar de obtener la evidencia de que este instrumento mide lo que en principio trataba de medir, es decir la validación de su contenido. El análisis factorial agrupa las habilidades, tareas y actitudes en 9 factores subyacentes que, en términos generales, revela la estructura de una consulta médica de acuerdo a la mayoría de los modelos teóricos propuestos (16,21): establecimiento de la relación entre el médico y el paciente (empatía, bidireccionalidad, 7 ítems), anamnesis (4 ítems), razones por las que el paciente acude (1 ítem), información (2 ítems) y acuerdos (2 ítems). Sin embargo, dos de estos factores, los catalogados como anamnesis y bidireccionalidad, contienen ítems que teóricamente no se relacionan con estas facetas (explicación terapéutica, en el primer caso y cronología en el segundo, se agruparían mejor en información y anamnesis), aunque, finalmente hemos optado por mantenerlos en las series originales. También existen otras subescalas cuya consistencia interna fue despreciable y, lógicamente, no debían ser tenidos en cuenta. Estos han sido agrupados bajo los epígrafes de miscelánea 1 y 2, dada la variedad de ítems que incluyen. Catalogar el factor 3 como "contexto" haría difícil explicar los ítems "acuerdo con el paciente" o "respetar la opinión del paciente", sin embargo, estos ítems parecía adecuado incluirlos en esta dimensión si la hubiésemos etiquetado como "comunicación centrada en el paciente". Es interesante destacar que esta subescala muestra una relación altamente significativa con empatía, bidireccionalidad, información y con la miscelánea 2, que incluye ítems tales como control emocional, conocimiento de expectativas, ejemplificación e invitar a volver. Estas relaciones son muy coherentes y revelarían la homogeneidad de la escala global y la validez del contenido teórico.

Los tres tipos de contenido que el GATHA presenta (actitudes, tareas y habilidades) no son dimensiones teóricas de la comunicación clínica que deberían verse reflejadas en el análisis factorial. Más bien se trata de una división didáctica que puede ayudar a una sistemática comprensión de las entrevistas. El resultado del análisis factorial expresa, desde una aproximación matemática probabilística, la complejidad de lo que denominamos habilidades comunicativas. Por ejemplo, podemos demostrar con este método que cuando un entrevistador expresa empatía, esto se encuentra relacionado con una apro-

ximación al paciente de tipo psicosocial o con un enfoque centrado en el paciente y no con otros aspectos de las habilidades comunicacionales. Esto último ha sido puesto de manifiesto en otros estudios con métodos diferentes (24,25).

De los 27 ítems resultantes, seleccionamos 13 que, a priori, pudiesen catalogar una entrevista como centrada en el paciente. Esta escala mostró una consistencia interna fiable y los ítems incluidos en las cuatro subescalas que el análisis factorial detectó eran muy coherentes, incluyendo los conceptos que define la actuación centrada en el paciente (aproximación psicosocial, exploración de creencias y búsqueda de acuerdos, bidireccionalidad e impacto en la vida del paciente) con un nivel de simplicidad y aplicabilidad muy alto. De hecho esta escala ha sido utilizada para valorar el grado en el que dos grupos de médicos con diferente entrenamiento se centraban en el paciente, detectando cambios significativos entre ellos (mediante su aplicación en una entrevista videograbada con paciente estandarizado), que eran corroborados después por sus pacientes reales, y que tenía un reflejo en la mejora clínica de las pacientes que consultaban a estos médicos, lo que supone un paso más en el proceso, a saber, una validación de constructo de la misma (26,27).

En nuestro país, el GATHA-RES representa el instrumento más específico, fiable y válido con el que se tiene experiencia práctica, sobre todo en el ámbito de la investigación, aunque también se ha aplicado para la formación de carácter no sumativo de los residentes de medicina de familia(28). Gervás et al., crearon un protocolo para la observación de las consultas de medicina general basado en modelos teóricos de análisis de contenidos e interacción didáctica que ha sido utilizado para el análisis de actividades concretas (29) o para valorar la influencia de determinadas variables (30). Su uso se ha limitado al análisis de audio de fragmentos de entrevistas clínicas sin que exista información, que sepamos, sobre su validez y fiabilidad para los fines pretendidos y en el ámbito utilizado. También, Girón y Sánchez (31) han usado una escala para valorar las habilidades psicodiagnósticas del médico que no seguiría un modelo teórico concreto de entrevista, ni se dispone de su validación para el análisis de la comunicación médico-paciente en el ámbito de la medicina clínica.

El GATHA-RES, al contrario que otros instrumentos como el de Cox y Mulholland (32), el Leicester Assessment Package (33) o el desarrollado por Hays (34), evalúa exclusivamente el perfil comunicacional y no las habilidades clínicas globales de los residentes, esto lo hace más restrictivo y específico. Igualmente, el hecho de que se trate de un cuestionario tipo check-list y no con escalas de gradación tipo Likert lo convierte en más objetivo (aunque teóricamente ofrecería menos información que estos últimos) y simplificaría el proceso de entrenamiento de los observadores, lo que lo haría por el contrario más asequible y aplicable. Comparado con otras herramientas específicas para valorar la comunicación clínica como el Maastricht History-taking and Advice Checklist (MASS) (35) y el Roter Interaction Analysis System (RIAS) (36), la ventaja del GATHARES con respecto al primero sería el número de ítems que es mucho menor y quizás su mayor especificidad con la que se puede valorar la comunicación clínica con respecto al segundo, el cual resulta mucho más adecuado para el análisis de las conductas socioemocionales.

En conclusión, el GATHA-RES representaría el primer instrumento válido, fiable y práctico desarrollado en nuestro país para la valoración del perfil comunicacional de los médicos residentes y médicos clínicos en general con fines de investigación y formativos.

### **B) Del estudio de valoración del perfil comunicacional global de los residentes (estudio cuasi experimental antes-después)**

Este trabajo representa también uno de los primeros intentos realizados en nuestro país para conocer aspectos de la comunicación clínica que desarrollan los médicos en general, y residentes en particular, en los encuentros clínicos. Este conocimiento previo es esencial para planificar y modificar, si viene al caso, los programas educativos, en base a datos empíricos reales y no a meras suposiciones. El número de RR incluidos en el estudio es uno de los más numerosos, al igual que el número de Centros que han participado, por lo que la consistencia de los resultados creemos es elevada. Los resultados obtenidos, sin embargo, son globalmente negativos y están en línea con los comunicados por Torío y García en RR y médicos (37). Estos autores, en el único estudio que conocemos que valora mediante videograbaciones el estilo de consulta de los

médicos en nuestro país, constatan que éste es muy directivo sin que se pueda hablar de un estilo abierto y centrado en el paciente. Los RR mejoran las habilidades que se relacionan con los aspectos formales y de organización de la consulta en los tres casos y sobre todo tras un año de trabajo en Atención Primaria, acortan considerablemente la duración de las consultas. Este acortamiento se acompaña de mejoras muy discretas en el caso biomédico, por lo que aquí, se podría admitir que en este tipo de consultas alcanzarían cierto grado de efectividad. No ocurre igual en los otros dos escenarios clínicos, donde globalmente empeoran, pues no entran a valorar aspectos psicosociales claves y no emplean habilidades comunicacionales de gran importancia para establecer no solo una relación eficaz sino para ser efectivos clínicamente con estos pacientes (1).

Aunque no creemos que influyan sustancialmente en los resultados, la interpretación de estos puede matizarse a la luz de una serie de limitaciones derivadas principalmente de aspectos metodológicos que conviene, sin embargo, apuntar. Así, por lo que se refiere al *instrumento de medida*, algunos comentarios ya se han realizado al discutir su validación, entre ellos el hecho de que se tratase de una escala del tipo "checklist", lo que permite conocer solo si una conducta o tarea específica se ha realizado durante la interacción pero no en que grado ésta se lleva a cabo, para lo que son mejores las escalas tipo Likert, o el análisis interaccional (20). Aspectos como los relacionados con la exploración del síntoma o con la información al paciente, aunque en la validación del cuestionario resultaron ser discriminativos (10), no lo han sido aquí, por lo que no es posible valorar estas áreas. Otro aspecto importante es que este cuestionario no recoge el tipo de preguntas que hace el médico, es decir, si estas son abiertas, cerradas o dirigidas u otro tipo de facilitaciones narrativas (31,38-41), ni tampoco quien domina la charla mediante un control del tiempo, o las sonrisas y otras características de charla social, aspectos todos ellos que se han relacionado con la calidad de la comunicación clínica (38,41). Igualmente, no sabemos cuando se produce en el curso de una entrevista las manifestaciones de empatía y comprensión, si son realmente en los momentos más apropiados ante lo que se ha llamado "oportunidades empáticas" (42) o no. Finalmente, al analizar sólo comunicación clínica independientemente del diagnóstico, si esta es pobre, no podemos descartar que los RR se hayan centrado en otros aspectos del proceso clínico. En este sentido, la experiencia con exá-

menes de competencias clínicas (43), ha puesto de manifiesto como los clínicos con más experiencia puntuaban más bajo; creemos, sin embargo, que esto no es aplicable a residentes con una experiencia muy limitada.

A pesar de todo esto, el instrumento nos ofrece una información valiosa. En los roles de los pacientes del caso B y C, existían numerosas claves que ofrecía el paciente y que eran invitaciones potenciales a explorar la agenda de éstos y así poder desarrollar habilidades y tareas tanto para construir una relación como para realizar una exploración psicosocial adecuada. A juzgar por los resultados estas oportunidades no han sido aprovechadas. Por otra parte, este cuestionario ya ha demostrado tener validez de tipo discriminativo (26,44), lo que apoyaría la validez de los resultados que aquí presentamos.

Otras de las limitaciones podrían estar en el *diseño de los casos* y en el hecho de que se trabajase con *pacientes estandarizados*, como ya hemos comentado arriba. En primer lugar, el no atender a pacientes auténticos y en las condiciones reales de consulta ha podido influir en los resultados. Sin embargo, las condiciones experimentales, por otra parte presentaban características que a priori favorecían el realizar entrevistas de forma adecuada, las más importante quizás sean la existencia de un tiempo mayor al que habitualmente se dispone y el que el residente se encontrase a salvo de la presión de tomar decisiones que afecten realmente a personas. Ambas condiciones han sido utilizadas por nosotros mismos (44) y por otros investigadores y han demostrado su utilidad (38,39,41,45-48). Los desafíos clínicos, aunque de diferente complejidad, reflejaban casos reales de la práctica clínica en AP, sin embargo, se puede argumentar que un caso de cefalea produce generalmente más ansiedad en un médico en formación que una lumbalgia. Es posible que los RR, en el caso B, se preocupasen de hacer una exploración física más exhaustiva en la cefalea (caso B previo), empleando más tiempo, lo que pudo influir en la disminución del tiempo que se observó en la lumbalgia del final (caso B post), pero esto, sin embargo, no justifica la no consideración de factores psicosociales asociados dignos de ser explorados en una lumbalgia igual que en una cefalea.

Es importante considerar también el hecho de que las variaciones en las puntuaciones obtenidas globalmente sean muy escasas. Teniendo en cuenta que lo

que hacemos es transformar una valoración cualitativa en una cuantitativa, estas diferencias son realmente parcas y aunque creemos que esto tiene en sí mismo poco valor, sí consideramos que lo tiene el que hayan empeorado en el cumplimiento de determinados ítems y el que tras un año de formación MIR práctica en su lugar habitual de trabajo, no se hayan detectado importantes modificaciones en el sentido positivo. Un aspecto no medido y que hubiera sido de interés conocer es la impresión subjetiva de los pacientes respecto al estilo de entrevista y su satisfacción. Recientemente se ha resaltado como esta percepción del paciente sobre el encuentro se correlaciona mejor con los resultados de salud que la valoración de la entrevista por un observador (49). Por lo que respecta a la evaluación del impacto de una medida educativa, aunque se suele reflejar bien en el grado de satisfacción de los pacientes (38,41,50,51), es más difícil comprobar con los instrumentos disponibles el cambio en las conductas y habilidades de los médicos o su repercusión en los pacientes (52). Sin embargo, comenzamos a disponer de estudios que, con diseños adecuados, han conseguido evidenciar modificaciones positivas, con médicos en ejercicio (27,48,51,53), y con RR (38,41,54,55). Con estudiantes los estudios se refieren a la influencia de determinadas técnicas sobre habilidades comunicacionales básicas (45,46,56-58).

Es preocupante que los RR no entren a explorar los aspectos psicosociales de la dolencia cuando la naturaleza de la misma está relacionada con aquellos y se trata de problemas frecuentes en el ámbito de sus presentes y futuras responsabilidades clínicas. También lo es que, además, no utilicen ciertas habilidades comunicacionales cuya efectividad ha sido demostrada (1), y que no entren en una negociación que al menos trate de evaluar las causas de una demanda por parte del paciente "improcedente" o al menos "chocante". A juzgar por las evidencias existentes, todo esto va a tener una repercusión en la eficacia para detectar y resolver los problemas clínicos y disminuye la calidad de la relación médico-paciente. Una mala relación entre el médico y el paciente, se ha visto que influye negativamente en las tareas clínicas(3, 4, 59), en un aumento de las denuncias por mala práctica (60) y en un uso inadecuado de los recursos por parte del paciente (61) y del médico (49). Esto no atañe tangencialmente a la especialidad sino a su núcleo: una especialidad que en función de sus características (continuidad, atención personalizada, familiar, puerta de en-

trada al sistema, tipo de problemas de salud atendidos) tiene como tecnología base la comunicación clínica. Si a la vez que empeoran su actuación, los RR reducen el tiempo del que disponen para realizarla y si todo esto se produce precisamente durante su estancia en los Centros de Salud en el último año de su formación, la situación merece un detenido análisis del que seguramente aquí se nos escapen muchos de los factores implicados.

Uno de los hallazgos más interesantes de este trabajo es la prioridad que los RR parecen dar a la gestión del tiempo. Asumen una inherente falta de tiempo y es ahí donde se centran, llegando a "mejorarlo" al final del periodo. Esta sensación de falta de tiempo y sobrecarga asistencial es una de las mayores preocupaciones de los médicos españoles de AP (62), y creemos que es uno de los mensajes que los tutores transmiten y que no es otra cosa que la consecuencia lógica y perversa de la masificación de las consultas y sobrecarga asistencial que se está viviendo en la Atención Primaria. Dado que la calidad de la actuación se encuentra relacionada con el empleo de más tiempo, es revelador como esta preocupación puede llegar a crear hábitos de práctica clínica nocivos.

La motivación de los RR hacia estos temas es otro factor que ha podido influir en los resultados. La organización sanitaria y el sistema de provisión de plazas es el que delimita de una manera importante el "currículum oculto". En nuestro país y en Atención Primaria, el Sistema exige una serie de habilidades y conocimientos por encima de otros; aún el sistema de provisión de plazas es en su mayoría por exámenes de elección múltiple o similares, en los que se valora sobre todo conocimientos y donde las habilidades comunicacionales y los estilos de atención no cuentan apenas. Tampoco el sistema premia o penaliza a los profesionales que no saben como atender las necesidades personales de los pacientes, algo que está mucho más regulado en sistemas de salud con predominio privado o en los públicos en los que el pago capitativo y la libre elección de médico es una parte más importante. Esto condiciona las prioridades y las actitudes de nuestros RR especialmente en el último año de su residencia, cuando están mirando prioritariamente sus opciones laborales. Finalmente, otra explicación puede encontrarse en el hecho que el sistema MIR obligue a realizar medicina familiar a una plétora de postgraduados que no tienen el más mínimo interés en hacerlo.

Por otro lado, tanto los RR más jóvenes como los estudiantes parecen ser más concienzudos en temas de comunicación que los que están a punto de finalizar y también parece que son más sensibles a estos temas, a juzgar por los resultados de las investigaciones realizadas (63) y por los obtenidos en este trabajo al observarse una correlación negativa entre la actuación y la edad. En el periodo de formación postgraduada parece importante incluir este tipo de formación ya desde el primer año (4), y como dice Smith (41), ofrecerles primero una formación básica en los aspectos claves de la especialidad entre los que se encuentra la comunicación clínica. Aunque lo más adecuado sería tener programas de formación estructurados desde los primeros años del pregrado como ocurre en otros países (4,6,64).

Los RR llegan al Centro de Salud con una formación previa (de la facultad y la residencia) que es hospitalocentrista y centrada en la enfermedad, paternalista y directiva que, paradójicamente, aún les permite realizar actuaciones más centradas en los pacientes que tras un año en contacto con lo que teóricamente debería de ser una formación y una práctica más con esta orientación. La razón de esto creemos puede deberse a que los RR al comienzo de su rotación por el Centro de Salud no controlan aún el contexto en el que se ejerce este tipo de medicina, en el momento en que lo hacen y dejan de tener "miedo" a estas consultas actúan de la forma que han aprendido en el hospital pero también en sus Centros de Salud. Efectivamente se ha visto que la mayoría de los médicos de familia presentan un estilo de atención centrada en la enfermedad (37). El sentido de lo que es importante se desarrolla, entre otras cosas, mediante la imitación de modelos (65), en este estudio también se observa y más abajo se discutirá, la mayor influencia del tutor sobre cualquier otra variable para la formación del residente en estos temas (66). Un análisis de las dificultades que existen para que el tutor de AP transmita los mensajes adecuados, se escapa al propósito de esta discusión.

Finalmente, un aspecto positivo que revela el trabajo es que, a juzgar por la concordancia obtenida en las puntuaciones, no parece que los RR mantengan sus estilos de consulta a lo largo del tercer año, es decir los que puntúan más alto o más bajo (los que se centran más o menos en el paciente) al principio, no necesariamente lo hacen así al final. Esto sugiere, como decíamos, que, aún

en este estadio de su aprendizaje, no poseen estilos de consulta rígidos, lo que teóricamente les haría susceptibles a factores externos que puedan inducir cambios positivos. También apoyando este argumento, está el hecho de que la edad, se encontrase relacionada inversamente con la mejora de la actuación, por lo que la capacidad para producir cambios en la conducta en este sentido sería potencialmente mayor en estadios tempranos de la formación. De la misma forma, la influencia del tutor en estos dominios queda resaltada por el hecho de que sean los RR cuyos tutores están más sensibilizados y formados en estos temas los que realicen mejores actuaciones. Esto y lo anterior deberían orientar las estrategias educativas futuras.

En conclusión, y por lo que respecta al análisis global de la actuación de los RR a lo largo de su tercer año de residencia, podemos decir que estos aprenden a acortar el tiempo de consulta a costa de empeorar en sus habilidades de comunicación básicas para la realización de una correcta asistencia a los problemas de salud de sus pacientes, como son las relacionadas con la exploración de los aspectos personales y contextuales de la dolencia, así como las de negociación. Las variables que mejor predicen buenos perfiles comunicacionales en los RR, fueron la edad (inversamente), la duración de la entrevista, y la formación del tutor en entrevista clínica. Estos resultados representan el primer análisis riguroso de la actuación de nuestros médicos en las consultas ya que creemos pueden ser extrapolables a otros médicos residentes de otras especialidades clínicas y, dada la repercusión de los aspectos analizados en la calidad de la atención clínica, están sugiriendo la necesidad de cambios sustanciales en la formación de los médicos residentes en España.

### **C) Del estudio de valoración de la efectividad de un programa educativo en Entrevista Clínica (ensayo clínico aleatorizado)**

Los resultados del estudio de efectividad del programa educativo no han demostrado que el mismo mejore el perfil comunicacional global de los residentes. Sin embargo, la diversidad y complejidad de las variables que pueden influir en los procesos de aprendizaje son tan elevadas que cualquier resultado obtenido en su valoración desde una perspectiva eminentemente cuantitativa como la aquí empleada podría ser matizado. En primer lugar, el alto número de residentes im-

plicados y su carácter multicéntrico que pretendía aumentar su validez externa ha podido contribuir, sin embargo, a que el número de posibles factores confundentes que no fueron identificados en su inicio y, por tanto, controlados, sea mayor que el de otros estudios experimentales similares que utilicen poblaciones más pequeñas y cerradas. Otros dos aspectos contemplados en este trabajo importantes a la hora de evaluar relaciones de causa-efecto, que contribuyen a aumentar la validez interna y que no son habitualmente incluidos en este tipo de estudios son el análisis por intención de tratar y la medición del perfil comunicacional al comienzo del estudio. El primero ha evitado incluir en la medición final sólo a los que llegaron de los dos grupos, evitando un sesgo de selección especialmente en el grupo control; el segundo implica la necesidad de realizar un análisis estadístico más riguroso y se acercaría en mayor medida al valor real de la intervención ensayada. De hecho, de no haberse llevado a cabo esto nuestro estudio podía haber revelado diferencias espúrias entre los grupos. El valor de la randomización ha sido otra de las críticas que han recibido los ensayos educativos, en base a que raramente hay placebos en la educación y a la elevada posibilidad de contaminación entre grupos. En nuestro estudio se realizó una aleatorización por grupos, creemos que ésto y el que los grupos estuviesen alejados geográficamente, ha podido minimizar este problema.

Aunque el estudio no ha demostrado la efectividad del programa ensayado sí ha puesto de manifiesto la importancia que otras variables pueden tener en la mejora de las habilidades comunicacionales de los residentes y sobre las cuales nos parece muy importante insistir más aquí. Una de ellas es el Centro Docente, el cual revela la importancia de las influencias locales en el proceso, por otra parte de muy difícil identificación, pero entre las que se adivinan algunas que podrían ir desde las condiciones de aplicación del conjunto de un Programa Docente, el énfasis que en los diferentes centros se pueda hacer de los diferentes dominios del programa, la calidad de determinadas rotaciones que podrían estar en relación con lo psicosocial, hasta la variedad y características de los múltiples tutores, profesorado y compañeros con los que los residentes tienen contacto. Por otro lado, el estudio ha revelado la importancia de la formación previa del tutor personal que los residentes tienen durante su último año de residencia, lo que destacaría la influencia de la imitación de modelos para la adquisición y desarrollo de lo que es importante especialmente en el ámbito de la

comunicación clínica. Esto apunta al limitado valor que pueden tener los cursos para modificar actitudes y enseñar habilidades comunicacionales si no se transmiten auténticos mensajes de respeto y empatía hacia los pacientes en el día a día de los contactos con ellos y sus familias, algo para lo que parecen estar mejor colocados los tutores personales y no tanto los profesores de actividades complementarias. También se ha discutido previamente el papel de la edad, que es otro de los factores que parece correlacionarse bien con mejoras en el perfil comunicacional. Esta es una constante en los estudios similares que se han realizado con residentes, pues la mayoría de los programas educativos en comunicación clínica que muestran resultados positivos están realizados en épocas tempranas de la residencia (primer año) (41,48,54,67,68) mientras que el nuestro, y otros con resultados negativos (69,70) presentan entre sus coincidencias el haberse llevado a cabo cuando ya el residente se dispone a acabar la residencia. Esto apuntaría a la necesidad de introducir la formación en periodos tempranos, ya en el pregrado algo que aún no sucede en nuestro país. En este sentido, es posible que con esta ausencia de formación previa, el programa docente que se les ofreció no haya estado bien adaptado, siendo demasiado ambicioso, y quizás hubiese sido más realista ofrecer una formación más básica en entrevista centrada en el paciente (41). De la misma forma, otro factor que ha podido influir en este sentido es el grado de motivación que en el último año puedan tener los residentes hacia unos dominios como éstos en los que no se ha hecho hincapié previamente y que no son considerados aún en absoluto para acceder a los puestos de trabajo según el sistema de provisión de plazas imperante en nuestro país. La importancia del factor motivacional ha sido destacada especialmente en las intervenciones educativas y puede ser un factor importante que explique la positividad de resultados que suelen comunicar los estudios realizados con médicos en ejercicio (39,40,51,53,71,72). Otra de las características coincidentes de los estudios con resultados negativos (69,70) es la forma de impartir el curso, la cual se ha realizado a lo largo de un periodo de tiempo más prolongado, cursos intensivos agrupados en un corto espacio de tiempo y simultaneándose (complementados) con una rotación o prácticas clínicas relativamente cortas y relacionadas con los contenidos y habilidades ensayados en el curso ha sido una constante de los estudios con resultados positivos con residentes(38,41,54,67,73) y mucho más con médicos motivados (39,40,51,53,71,71). Es probable que el diseño del curso no haya

sido el más adecuado para que el mismo se lleve a cabo en un periodo de tiempo prolongado.

La metodología docente empleada permite catalogarlo como un curso estructurado con una guía clara y predominantemente centrado en el residente, destacando el uso de un aprendizaje significativo que se basaba en el uso de la experiencia vivida por el residente en circunstancias tanto reales como provocadas y en el uso del feedback estructurado, características éstas que han sido la norma en otros estudios similares realizados tanto con residentes como con médicos con resultados positivos (38-41,54,55,71). Aunque la ausencia de efecto ha podido deberse a otros muchos factores de los que aquí resaltamos tan solo unos pocos, la poca experiencia de los médicos encargados de impartirlo y su perfil único han podido minimizar el efecto. Generalmente este tipo de enseñanza exige profesionales docentes preparados con experiencia y generalmente con enfoques multidisciplinarios (38,41, 50,55,67,73).

El uso de cuestionarios y pacientes estandarizados para evaluar las conductas de los médicos presentan una serie de limitaciones que pueden influir en la valoración final, los cuales han sido ya comentados al discutir los resultados del estudio con el conjunto de RR a lo largo de su tercer año de residencia. Sin embargo, destacamos aquí que aunque cada instrumento de medida empleado puede resaltar determinados aspectos del proceso comunicacional, su diversidad hace que los resultados de los estudios de intervención similares a este no puedan ser comparados de forma adecuada (38,73). Una unificación en este sentido debería ser prioritaria (20). Por lo que respecta a los pacientes estandarizados es posible que estos no reflejen bien las situaciones reales, además los diseños de los casos aunque tomaron como base los modelos de entrevista enseñados y el instrumento puede que en la práctica no se adaptaran a los mismos, o el hecho de ser observados haber sido un distorsionante mayor para los RR, aunque esto ha sido igual para ambos grupos. Las limitaciones derivadas de la complejidad del proceso educativo y de su valoración ha hecho que muchos autores resalten en la evaluación del mismo la percepción que tiene el estudiante sobre esta experiencia como una aproximación más pragmática (74). En nuestro estudio, los residentes mostraron un elevado grado de satisfacción con el curso en general y con los aspectos derivados del profesorado, metodología docente,

contenidos, organización y documentación (75). En el ámbito de la comunicación clínica, el papel de una aproximación cualitativa como ésta con esos fines lo ratifica la impresión subjetiva de los pacientes respecto al estilo de entrevista y su satisfacción empleada en algunos estudios (38,41,50,51), recientemente se ha resaltado como esta percepción del paciente sobre el encuentro parece correlacionarse mejor con los resultados de salud que la valoración de la entrevista por un observador (24).

En conclusión, aunque el estudio no ha demostrado la eficacia del programa, revela la influencia que parece tener tanto la figura del tutor personal del residente y de las habilidades y formación que tenga este en la formación del residente en estas materias como del ambiente educativo en el que se mueve el residente. Resalta también la necesidad de iniciar esta formación en épocas tempranas de su aprendizaje y de la formación de estos responsables docentes en el día a día de la consulta. Interpretando los resultados de este trabajo a la luz de otros estudios sobre el tema, es posible que programas bien estructurados, con metodologías mixtas, sean más eficaces aplicados de forma intensiva en cortos espacios de tiempo por un personal multidisciplinar capacitado.

## REFERENCIAS

1. Stewart M, Brown J, H B, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control* 1999;3:25-30.
2. Kaplan C, Siegel B, Madill J, Epstein R. Communication and the medical interview. Strategies for learning and teaching. *J Gen Intern Med* 1997;12:S49-S55.
3. Lipkin M, Putnam S, Lazare A, eds. *The medical interview: Clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag, 1994.
4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine*. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press, 1998.
5. Lipkin M, Quill T, Napodano R. The medical interview: A core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med* 1984;100:277-84.
6. Association of American Medical Colleges. *Contemporary issues in medicine: Communication in medicine*. Washington, DC: AAMC; 1999 October 1999. Report No.: III.
7. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia. *Programa Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria*. Madrid: 1996.
8. Kraan HF, Crijnen AAM, van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation Instruments for medical interviewing skills. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The Medical Interview. Clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag; 1995. P. 460-72.
9. Prados JA, Borrell F, Bosch JM, Cebriá J, Pérez JJ, Alonso S. Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial. *Atención Primaria* 1996;18(Sup1):246-7.
10. Ruiz R, Prados J, Bellón J, Pérula L. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The "GATHA-RESIDENT" Questionnaire. *Educ Prim Care* 2001;12:401-11.
11. GATHA-BASE. *Manual de uso*. Córdoba, 1996 (material mimeografiado).
12. Mickey MR, Mundie P, Engelman L. Boolean Factor Analysis. En: Dixon WJ. *BMDP Statistical Software Manual*. Volume 2. Los Angeles: University of California Press; 1990. p. 849-60.
13. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986;1:307-310.
14. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. *FMC* 1994; 1: 404-410.

15. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley and Sons, 1981: 212-225.
16. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma; 1989.
17. Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001;76:390-393.
18. Gask L, Boardman J, Standart S. Teaching communication skills: a problem-based approach. *Postgraduate Education for General Practice* 1991;2:7-15.
19. Kraan HF, Crijnen AAM, van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation Instruments for medical interviewing skills. In: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The Medical Interview. Clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag; 1995. P. 460-72.
20. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998;35:161-76.
21. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995
22. Prados JA, Borrell F, Bosch JM, Cebriá J, Pérez JJ, Alonso S. Cuestionario GATHA base. Valoración de la comunicación desarrollada por un profesional durante el proceso asistencial. *Atención Primaria* 1996;18(Sup1):246-7.
23. Streiner DL, Norman GR. *Health Measurement Scales. A Practical Guide to their Development and Use*. Oxford UK: Oxford University Press; 1991.
24. Marvel MK, Doherty WJ, Baird MA. Levels of Physician involvement with Psychosocial concerns of individual patients: a developmental model. *Family Medicine* 1993;25:337-42.
25. Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with patients and their families. *Journal of Family Practice* 1994;39:535-544.
26. Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
27. Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a patient centredness approach in patient attending primary care surgeries for chronic musculoskeletal pain/Fibromyalgia. *Pat Educ Couns* 2002; 48: 23-31.
28. Sobrino A, Esteban J. Aplicación del cuestionario GATHA para feedback docente y evaluación de los alumnos de un curso de entrevista clínica. X Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial, El Escorial (Madrid) Junio 1999.
29. Gervás JJ, Hernández LM, Martí A, García-Sagredo P, Elvira P, Estévez A, et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Atención Primaria* 1991;8:202-5.

30. Hernández-Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gervás J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1992;10:719-24.
31. Girón M, Sánchez García E. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista clínica asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 1998;21:125-30.
32. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *British Medical Journal* 1993;306:1043-6.
33. Fraser RC, McKinley RK, Mulholland H. Consultation competence in general practice: establishing the face validity of prioritized criteria in the Leicester assessment package. *British Journal of General Practice* 1994;44:109-13.
34. Hays RB. Assessment of general practice consultations: content validity of a rating scale. *Medical Education* 1990;24:110-6.
35. Kraan HF, Crijnen AAM. Construct validity studies with the MAAS in primary mental care. In: Kraan HF, Crijnen AAM. *The Maastrich history-Taking and Advice Checklist*. Amsterdam: Lundbeck Fund;1987.
36. Roter DL. *Coding Manual for Roter International Analysis Scheme*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University; 1989.
37. Torio J, García M. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
38. Roter D, Cole K, Kern D, Barker L, Grayson M. An evaluation of residency training in interviewing skills and the psychosocial domain of medical practice. *J Gen Intern Med* 1990;5:347-54.
39. Bowman F, Goldberg D, Millar T, Gask L, McGrath G. Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Medical Education* 1992;26:63-8.
40. Levison W, Roter D. The effects of two continuing medical education programs on communication skills of practicing primary care physicians. *J Gen Intern Med* 1993;8:318-24.
41. Smith R, Lyles J, Mettler J, Stoffelmayr B, Van Egeren L, Marshall A, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998;128:118-126.
42. Suchman A, Markakis K, Beckman H, Frankel R. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997;277:678-82.
43. Blay C, Descarrega R, Iruela E, Kronfly E, Barragán N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:68-75.
44. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria* 2001;27:469-77.

45. Maguire P, Roe P, Goldberg D, Jones S, Hyde C, O'Dowd T. The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychol Med* 1978;8:695-704.
46. Brown J, O'Shea J. Improving medical student interviewing skills. *Pediatrics* 1980;65:575-8.
47. Weihs K, Chapados J. Interviewing skills training -a study. *Soc Sci Med* 1986;23:31-4.
48. Roter D, Hall J, Kern D, Barker R, Cole K, Roca R. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-84.
49. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Weston W, et al. The impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
50. Merkel W, Nierenberg B. Behavioral science training in family practice residency education: a first evaluation. *Soc Sci Med* 1983;17:213-7.
51. Evans B, Kiellerup F, Stanley R, Burrows G, Sweet B. A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 1987;60:373-8.
52. Novak J. Conocimiento y Aprendizaje. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial, 1998. Novak J. Conocimiento y Aprendizaje. 1ª ed. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
53. Inui T, Yourtee E, Williamson J. Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med* 1976;84:646-51.
54. Kauss D, Robbins A, Heinrich R, Abrass I. Interpersonal skills training: comprehensive approach versus brief instruction. *J Med Educ* 1981;56:663-5.
55. Gask L, Goldberg D, Lesser A, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education* 1988;22:132-8.
56. Scheidt P, Lazowitz S, Ebbeling W, Figelman A, Moessner H, Singer J. Evaluation of system providing feedback to students on videotaped patient encounters. *J Med Educ* 1986;61:585-90.
57. Mason J, Barkley S, Kappelman M, Carter D, Beachy W. Evaluation of a self-instructional method for improving doctor-patient communication. *J Med Educ* 1988;63:629-35.
58. Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C. Consultation skills of young doctors: I. -Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *BMJ* 1986;292:1573-6.
59. Henbest R, Stewart M. Patient-centredness in the consultation. 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990;7:28-33.
60. Levinson W, Roter D, Mullooly J, Dull V, Frankel R. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-59.
61. Kasteler J, Kane R, Olsen B, Thetford C. Issues underlying prevalence of "doctor-shopping" behavior. *J Health Soc Behav* 1976;17:329-39.
62. Turabián J, Pérez Franco B. Los problemas y las soluciones de los médicos de familia en su

- trabajo: un estudio de grupos focales con tutores de Medicina de Familia y Comunitaria. *ME-DIFAM* 1998;8:369-75.
63. Ruiz Moral R. Programas de formación en comunicación clínica: un ejemplo para la valoración de la efectividad de la enseñanza médica. *Dimens Humana* 2002 (en prensa).
  64. Makoul G, Schoefield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns* 1999;137:191-5. Makoul G, Schoefield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns* 1999;137:191-5.
  65. Rice F. Desarrollo humano: estudio del ciclo vital. 2ª ed. Naucalpan de Juárez. Mexico: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997.
  66. Ruiz R, Rodríguez J, Yun A, Muñoz M, Pérula L, Rodríguez A. Effectiveness of a training program in interviewing for family medicine trainees: the COMCORD project. *Fam Med* 2002, in press.
  67. Breunlin D, Richman J, Lattimer A. An evaluation strategy for behavioral pediatrics training. *Family Systems Medicine* 1990;8:48-56.
  68. Smith R, Lyles J, Mettler J, Stoffelmayr B, Van Egeren L, Marshall A, et al. The effectiveness of intensive training for residents in interviewing. A randomized, controlled study. *Ann Intern Med* 1998;128:118-126.
  69. Thompson T, Stoudemire A, Mitchell W. Effects of a psychiatric liaison program on internists' ability to assess psychosocial problems. *Int J Psychiatry Med* 1982;12:153-60.
  70. Schubert D, Billowitz A, Gabinet L, Friedson W. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:77-78.
  71. Roter D, Hall J, Kern D, Barker R, Cole K, Roca R. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155:1877-84.
  72. Sanci L, Coffey C, Veit F, Carr-Gregg M, Patton G, Day N, et al. Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomised controlled trial. *BMJ* 2000;320:224-30.
  73. Smith R, Osborn G, Hoppe R, Lyles J, Van Egeren L, Henry R, et al. Efficacy of a one-month training block in psychosocial medicine for residents: a controlled study. *J Gen Intern Med* 1991;6:535-43.
  74. Lechner S. Evaluation of teaching and learning strategies. *Med Educ Online* 2001;6:4. <http://med-ed-online.org/f0000024.htm>.
  75. Rodríguez J, Ruiz R. Programa de formación en técnicas de entrevista clínica: el proyecto COMCORD (A clinical interviewing training program: the COMCORD project). *Aten Primaria* 2001;27:503-10.

## TABLAS/FIGURAS

**Tabla 1: Validez (Análisis Factorial) y homogeneidad (Consistencia interna) del cuestionario GATHA-RES**

| Ítems del cuestionario | Factores |      |      |      |      |      |      |      |      |
|------------------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
|                        | F1       | F2   | F3   | F4   | F5   | F6   | F7   | F8   | F9   |
| 4                      | 0,79     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 5                      | 0,75     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 30                     | 0,71     |      |      |      |      |      |      |      |      |
| 14                     |          | 0,83 |      |      |      |      |      |      |      |
| 15                     |          | 0,78 |      |      |      |      |      |      |      |
| 19                     |          | 0,58 |      |      |      |      |      |      |      |
| 32                     |          | 0,53 |      |      |      |      |      |      |      |
| 25                     |          |      | 0,78 |      |      |      |      |      |      |
| 9                      |          |      | 0,70 |      |      |      |      |      |      |
| 17                     |          |      | 0,47 |      |      |      |      |      |      |
| 21                     |          |      | 0,42 |      |      |      |      |      |      |
| 20                     |          |      | 0,39 |      |      |      |      |      |      |
| 29                     |          |      |      | 0,71 |      |      |      |      |      |
| 8                      |          |      |      | 0,70 |      |      |      |      |      |
| 10                     |          |      |      | 0,65 |      |      |      |      |      |
| 13                     |          |      |      | 0,52 |      |      |      |      |      |
| 36                     |          |      |      |      | 0,85 |      |      |      |      |
| 37                     |          |      |      |      | 0,79 |      |      |      |      |
| 7                      |          |      |      |      |      | 0,77 |      |      |      |
| 28                     |          |      |      |      |      | 0,66 |      |      |      |
| 40                     |          |      |      |      |      |      | -0,6 |      |      |
| 18                     |          |      |      |      |      |      | 0,53 |      |      |
| 27                     |          |      |      |      |      |      | 0,50 |      |      |
| 31                     |          |      |      |      |      |      | 0,44 |      |      |
| 24                     |          |      |      |      |      |      |      | 0,67 |      |
| 23                     |          |      |      |      |      |      |      | 0,45 |      |
| 11                     |          |      |      |      |      |      |      |      | 0,80 |
| Alfa de Cronbach       | 0,76     | 0,68 | 0,60 | 0,61 | 0,71 | 0,39 | 0,24 | 0,21 | —    |

F1: Empatía; F2: Anamnesis; F3: Comunicación centrada en el paciente; F4: Bidireccionalidad; F5: Búsqueda de acuerdos; F6: Miscelánea 1; F7: Miscelánea 2; F8: Información; F9: Razones por las que el paciente acude.

Tabla 2: Matriz de correlaciones entre los 9 factores o subescalas del GATHA-RES.

|      | GR27              | F1                | F2                | F3                | F4                | F5                | F6                | F7                | F8                | F9    |
|------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|
| GR27 | 1.000             |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |       |
| F1   | .660 <sup>a</sup> | 1.000             |                   |                   |                   |                   |                   |                   |                   |       |
| F2   | .648 <sup>a</sup> | .262 <sup>b</sup> | 1.000             |                   |                   |                   |                   |                   |                   |       |
| F3   | .751 <sup>a</sup> | .432 <sup>a</sup> | .316 <sup>a</sup> | 1.000             |                   |                   |                   |                   |                   |       |
| F4   | .507 <sup>a</sup> | .259 <sup>b</sup> | .105 <sup>d</sup> | .313 <sup>a</sup> | 1.000             |                   |                   |                   |                   |       |
| F5   | .390 <sup>a</sup> | .205 <sup>c</sup> | .168 <sup>c</sup> | .127 <sup>d</sup> | .109 <sup>d</sup> | 1.000             |                   |                   |                   |       |
| F6   | .398 <sup>a</sup> | .104 <sup>d</sup> | .202 <sup>c</sup> | .169 <sup>c</sup> | .284 <sup>b</sup> | .052 <sup>d</sup> | 1.000             |                   |                   |       |
| F7   | .588 <sup>a</sup> | .344 <sup>a</sup> | .255 <sup>b</sup> | .356 <sup>a</sup> | .235 <sup>b</sup> | .317 <sup>a</sup> | .121 <sup>d</sup> | 1.000             |                   |       |
| F8   | .437 <sup>a</sup> | .191 <sup>c</sup> | .199 <sup>c</sup> | .301 <sup>a</sup> | .112 <sup>d</sup> | .146 <sup>d</sup> | .202 <sup>c</sup> | .246 <sup>b</sup> | 1.000             |       |
| F9   | .244 <sup>b</sup> | .157 <sup>d</sup> | .144 <sup>d</sup> | .162 <sup>d</sup> | .023 <sup>d</sup> | .067 <sup>d</sup> | .021 <sup>d</sup> | .035 <sup>d</sup> | .114 <sup>d</sup> | 1.000 |

\*a:  $p < 0,001$ ; b:  $p < 0,01$ ; c:  $p < 0,05$  y d:  $p > 0,05$  (test de dos colas)

**Tabla 3: Validez (Análisis Factorial) y Homogeneidad (Consistencia interna) de la subescala del GATHA-RES compuesta por los ítems relacionados con la comunicación centrada en el paciente" (GATHA-RES-PC).**

| Ítems del cuestionario | Factores |      |      |      |
|------------------------|----------|------|------|------|
|                        | F1       | F2   | F3   | F4   |
| 4                      | 0,76     |      |      |      |
| 5                      | 0,74     |      |      |      |
| 19                     | 0,71     |      |      |      |
| 20                     | 0,47     |      |      |      |
| 21                     | 0,57     |      |      |      |
| 25                     |          | 0,77 |      |      |
| 18                     |          | 0,70 |      |      |
| 9                      |          | 0,65 |      |      |
| 37                     |          | 0,64 |      |      |
| 8                      |          |      | 0,78 |      |
| 29                     |          |      | 0,74 |      |
| 10                     |          |      | 0,65 |      |
| 17                     |          |      |      | 0,77 |
| Alfa de Cronbach       | 0,71     | 0,70 | 0,64 | —    |

Consistencia interna de la escala global (Alfa de Cronbach) = 0,76.

F1: Empatía, abordaje biopsicosocial; F2: Exploración de creencias y llegar a acuerdos; F3: Bidireccionalidad; F4: Impacto sobre la vida del paciente.

Los 4 factores explican el 59,1% de la variancia

El índice de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,735

Test de Barlett = 417,17 ( $p < 0,00001$ )

**Tabla 4. Concordancia intraobservador (por ejes y con la puntuación total) obtenida con el cuestionario GATHA-RES en las cuatro mediciones efectuadas.**

| Mediciones | Coeficientes de Correlación Intraclass (R) |                 |                      |                     |
|------------|--|-----------------|----------------------|---------------------|
|            | Eje 1<br>Actitudes                         | Eje 2<br>Tareas | Eje 3<br>Habilidades | Puntuación<br>Total |
| 1ª         | 0,938                                      | 0,90            | 0,927                | 0,939               |
| 2ª         | 0,975                                      | 0,909           | 0,916                | 0,94                |
| 3ª         | 0,932                                      | 0,921           | 0,947                | 0,945               |
| 4ª         | 0,875                                      | 1,00            | 1,00                 | 0,998               |

Figura 1. Diferencias intraobservador en los valores del cuestionario GATHA-RES obtenidas en las dos primeras mediciones realizadas.

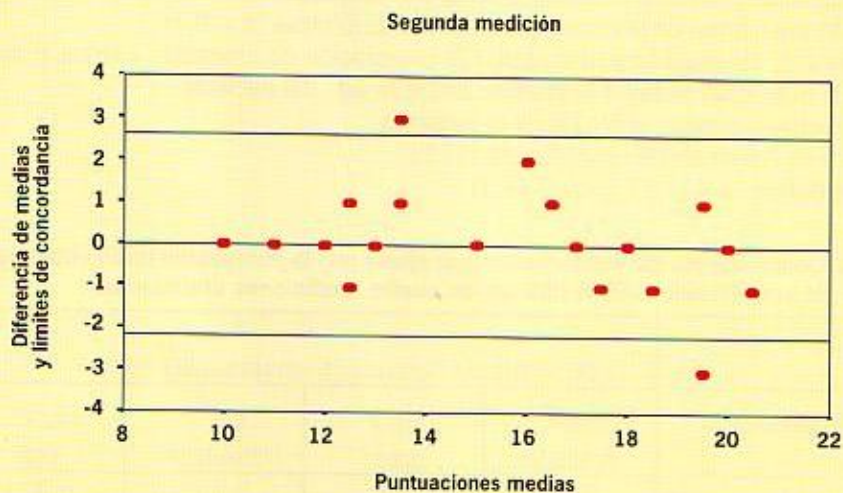
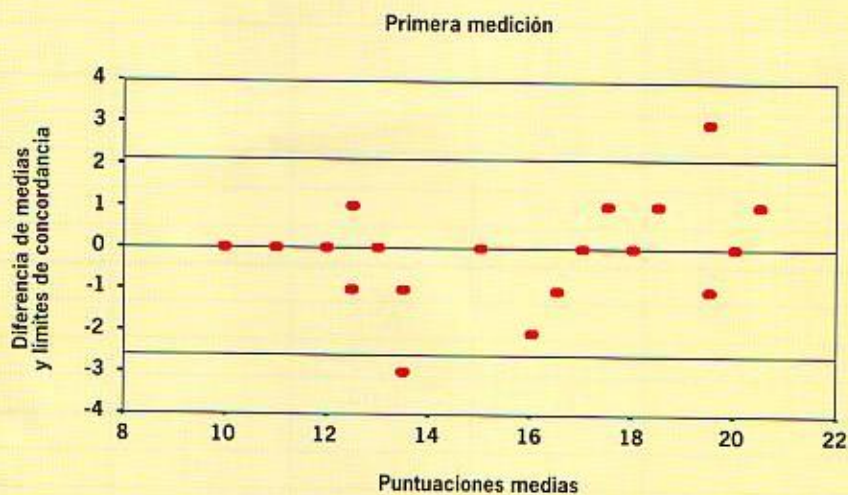


Figura 2. Diferencias intraobservador en los valores del cuestionario GATHA-RES obtenidas en las dos segundas mediciones realizadas.

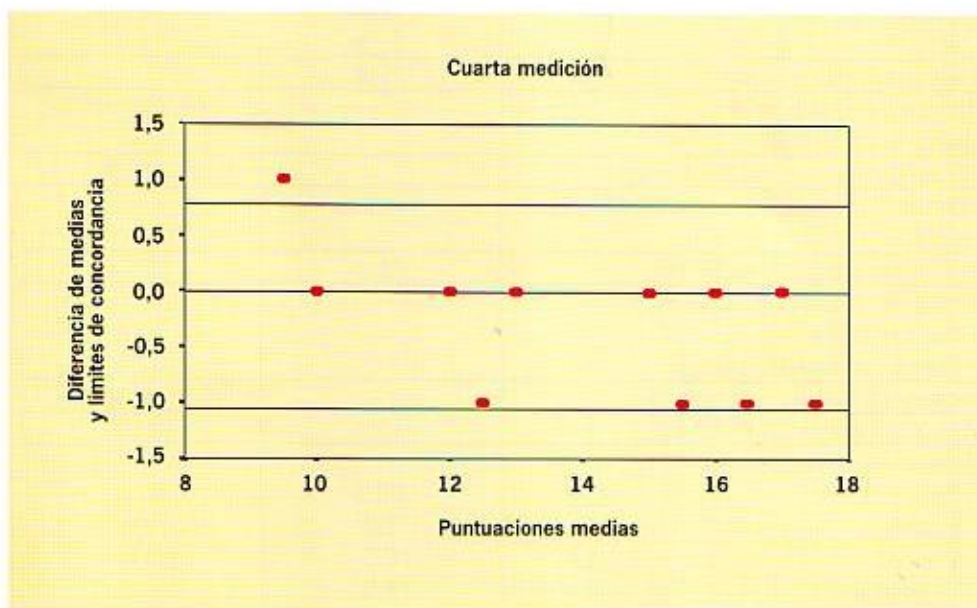
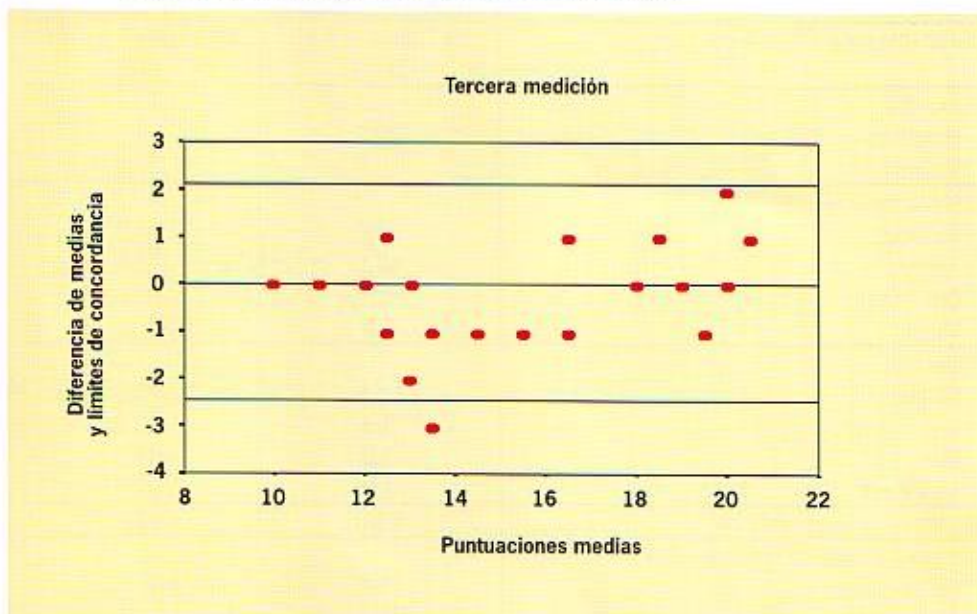


Tabla 5: Características de la población de estudio.

| Variables   | Residente (n=193)              | Tutor (n=193)                   |
|---|--------------------------------|---------------------------------|
| Edad (media $\pm$ DT; límites)                        | 29,7 años $\pm$ 3,65;<br>26-42 | 40,65 años $\pm$ 3,77;<br>30-62 |
| Sexo (%):   |                                |                                 |
| Hombres   | 29,2                           | 64,5                            |
| Mujeres   | 70,8                           | 35,5                            |
| Estado civil (%):                                     |                                |                                 |
| Casado  | 33,5                           | 84,0                            |
| Soltero   | 66,5                           | 13,6                            |
| Divorciado  | 0,0                            | 1,9                             |
| Viudo   | 0,0                            | 0,6                             |
| Hijos (%):  |                                |                                 |
| Ninguno   | 85,9                           | 28,0                            |
| Uno   | 9,3                            | 10,9                            |
| Dos   | 3,6                            | 47,2                            |
| Tres o más  | 1,0                            | 13,9                            |
| Estudios de doctorado (%)                             | 62,0                           | 62,2                            |
| Motivo elección de Medicina de Familia (%):           |                                |                                 |
| Por vocación  | 66,5                           | -                               |
| Otros motivos   | 37,5                           | -                               |
| Tipo de Centro Salud (%):                             |                                |                                 |
| Urbano  | 72,5                           | 72,5                            |
| Rural   | 27,5                           | 27,5                            |
| Experiencia clínica previa (%)                        | 19,8                           | -                               |
| Tiempo trabajando en APS<br>(media $\pm$ DT; límites) | -                              | 11,41 años $\pm$ 5,58;<br>0-36  |
| Pacientes/día (media $\pm$ DT; límites)               | -                              | 38,54 $\pm$ 12,4; 11-85         |
| Formación pregrado en Entrevista Clínica<br>(EC)(%)   | 4,0                            | -                               |
| Formación Postgrado en EC (%)                         | 25,0                           | -                               |
| Formación previa en EC (%):- 84,9                     |                                |                                 |
| Autoformación   |                                | 22,8                            |
| Cursos, seminarios, talleres                          |                                | 62,1                            |
| Experiencia previa como tutor (%)                     | -                              | 76,7                            |
| Formación Interactiva en EC (%)                       | 13,5                           | 28,0                            |
| Relación residente-tutor (%):                         |                                |                                 |
| Buena   | 88,0                           | 99,3                            |
| Regular   | 2,8                            | 0,7                             |
| Mala  | 0,0                            | 0,0                             |
| No contesta   | 8,5                            | 0,0                             |

**Tabla 6. Porcentaje de respuestas afirmativas en los ítems del cuestionario GATHA-RES, al inicio (Pre) y al final (Post) del R-3, según los casos.**

| Ítems por ejes          | Caso A      |             |                  | Caso B      |             |                  | Caso C      |             |                  |
|-------------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|------------------|-------------|-------------|------------------|
|                         | % Pre       | % Post      | p                | % Pre       | % Post      | p                | % Pre       | % Post      | p                |
| <b>I. Actitudes</b>     |             |             |                  |             |             |                  |             |             |                  |
| 1                       | 8,8         | 12,1        | NS               | 23,6        | 27,4        | NS               | 49,7        | 50,0        | NS               |
| 2                       | 80,2        | 83,0        | NS               | 76,6        | 82,4        | NS               | <b>81,2</b> | <b>90,7</b> | <b>0,002</b>     |
| 3                       | <b>92,9</b> | <b>97,6</b> | <b>0,022</b>     | <b>90,2</b> | <b>98,8</b> | <b>&lt;0,001</b> | 92,3        | 95,6        | NS               |
| 4                       | <b>78,6</b> | <b>93,9</b> | <b>&lt;0,001</b> | 92,4        | 95,2        | NS               | <b>88,4</b> | <b>97,5</b> | <b>0,007</b>     |
| 5                       | <b>66,5</b> | <b>83,6</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>39,7</b> | <b>53,3</b> | <b>0,025</b>     | 32,0        | 28,0        | NS               |
| 6                       | 32,4        | 38,4        | NS               | 99,5        | 100,0       | NS               | 90,6        | 96,9        | NS               |
| 7                       | <b>5,5</b>  | <b>21,8</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>6,5</b>  | <b>20,6</b> | <b>0,001</b>     | 7,7         | 13,0        | NS               |
| <b>II. Tareas</b>       |             |             |                  |             |             |                  |             |             |                  |
| 8                       | 100,0       | 99,4        | NS               | 98,9        | 99,4        | NS               | 100,0       | 100,0       | -                |
| 9                       | -           | -           | -                | 99,5        | 100,0       | NS               | 100,0       | 100,0       | -                |
| 10                      | <b>90,7</b> | <b>48,1</b> | <b>&lt;0,001</b> | 97,8        | 95,2        | NS               | 91,2        | 93,8        | NS               |
| 11                      | <b>42,3</b> | <b>18,8</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>66,8</b> | <b>39,4</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>65,7</b> | <b>44,1</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| 12                      | 0,0         | 1,2         | NS               | 98,4        | 96,4        | NS               | <b>2,8</b>  | <b>14,9</b> | <b>0,004</b>     |
| 13                      | <b>2,2</b>  | <b>7,3</b>  | <b>0,012</b>     | <b>56,0</b> | <b>20,0</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>57,5</b> | <b>79,5</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| 14                      | 1,1         | 0,6         | NS               | <b>62,8</b> | <b>16,4</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>65,7</b> | <b>94,4</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| 15                      | <b>19,2</b> | <b>8,5</b>  | <b>0,003</b>     | 84,2        | 80,6        | NS               | <b>52,5</b> | <b>26,4</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| 16                      | 94,5        | 97,6        | NS               | 98,9        | 100,0       | NS               | 99,4        | 98,8        | NS               |
| 17                      | 96,2        | 100,0       | NS               | 94,6        | 100,0       | NS               | 98,9        | 96,9        | NS               |
| 18                      | -           | -           | -                | <b>16,3</b> | <b>38,8</b> | <b>0,001</b>     | 39,2        | 32,9        | NS               |
| 19                      | <b>39,6</b> | <b>61,2</b> | <b>&lt;0,001</b> | 29,3        | 34,5        | NS               | <b>24,3</b> | <b>39,8</b> | <b>0,006</b>     |
| 20                      | <b>87,4</b> | <b>95,2</b> | <b>0,031</b>     | <b>78,8</b> | <b>96,3</b> | <b>&lt;0,001</b> | <b>72,9</b> | <b>91,9</b> | <b>0,007</b>     |
| <b>III. Habilidades</b> |             |             |                  |             |             |                  |             |             |                  |
| 21                      | 87,9        | 93,3        | NS               | 92,4        | 96,4        | NS               | <b>85,6</b> | <b>94,4</b> | <b>0,007</b>     |
| 22                      | 3,8         | 6,7         | NS               | <b>22,3</b> | <b>10,9</b> | <b>0,002</b>     | 34,8        | 37,9        | NS               |
| 23                      | <b>1,1</b>  | <b>9,1</b>  | <b>0,002</b>     | 3,3         | 4,2         | NS               | 1,7         | 3,7         | NS               |
| 24                      | 38,5        | 37,6        | NS               | 21,1        | 29,9        | NS               | <b>29,3</b> | <b>14,9</b> | <b>0,001</b>     |
| 25                      | -           | -           | -                | 7,6         | 6,1         | NS               | <b>23,8</b> | <b>5,6</b>  | <b>&lt;0,001</b> |
| 26                      | -           | -           | -                | 23,9        | 17,0        | NS               | <b>43,6</b> | <b>11,2</b> | <b>&lt;0,001</b> |
| 27                      | -           | -           | -                | -           | -           | -                | 48,3        | 40,4        | NS               |

NS: No Significativa

**Tabla 7. Variables predictoras de la puntuación después de la intervención. Casos A+B+C.**

| Variables independientes         | B      | Error tip. | Beta   | t      | p      |
|----------------------------------|--------|------------|--------|--------|--------|
| Constante                        | 34,594 | 4,217      |        | 8,203  | <0,001 |
| Edad del médico residente        | -0,271 | 0,110      | -0,171 | -2,474 | -0,015 |
| Tiempo de duración entrevista B  | 2,523  | 0,763      | 0,261  | 3,307  | 0,001  |
| Tiempo de duración entrevista C  | 4,146  | 0,847      | 0,379  | 4,896  | <0,001 |
| Número de hijos del tutor        | 0,894  | 0,407      | 0,150  | 2,198  | 0,030  |
| Monitorizado el tutor (sí/no)    | 1,678  | 0,923      | 0,140  | 1,818  | 0,071  |
| Ha monitorizado el tutor (sí/no) | 1,708  | 1,231      | 0,105  | 1,388  | 0,168  |
| Unidad Docente                   | -0,925 | 0,192      | -0,335 | -4,821 | <0,001 |

$R^2 = 0,413$ ;  $n = 133$

Figura 3. Tiempo medio empleado por los RR en cada caso antes y después.

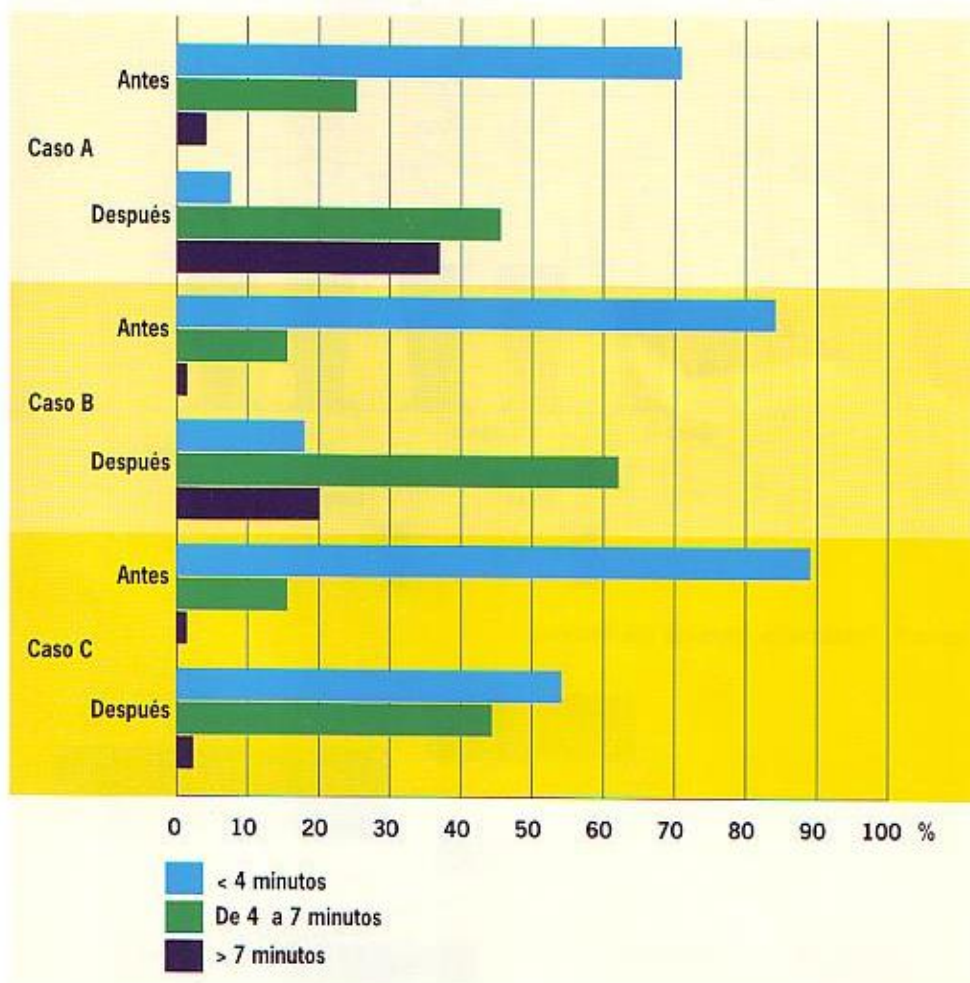


Figura 4. Puntuaciones medias obtenidas por los RR con el cuestionario GATHA-RES para cada caso al comienzo y al final del estudio.

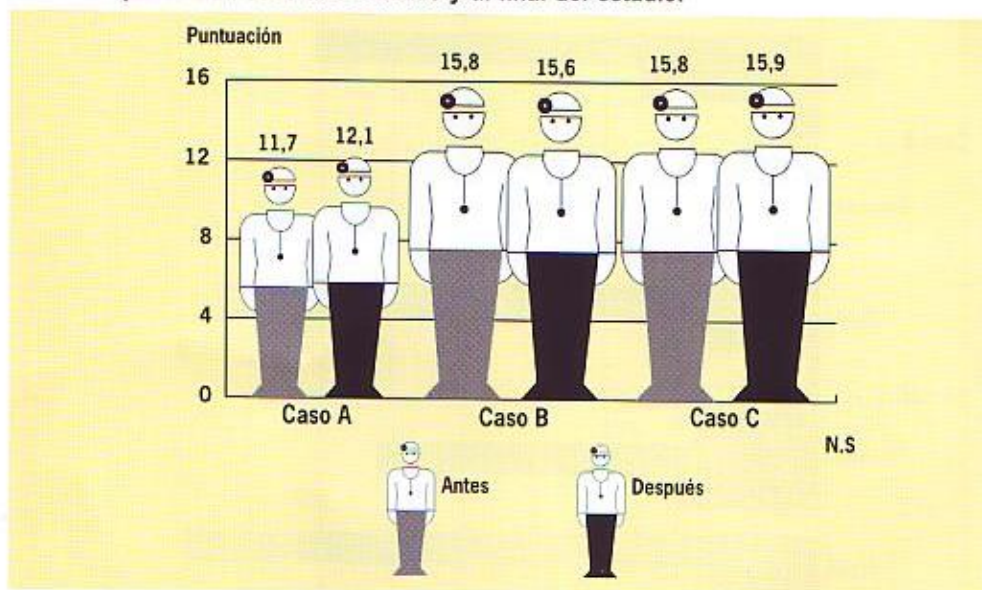


Figura 5: Desarrollo General del Estudio.

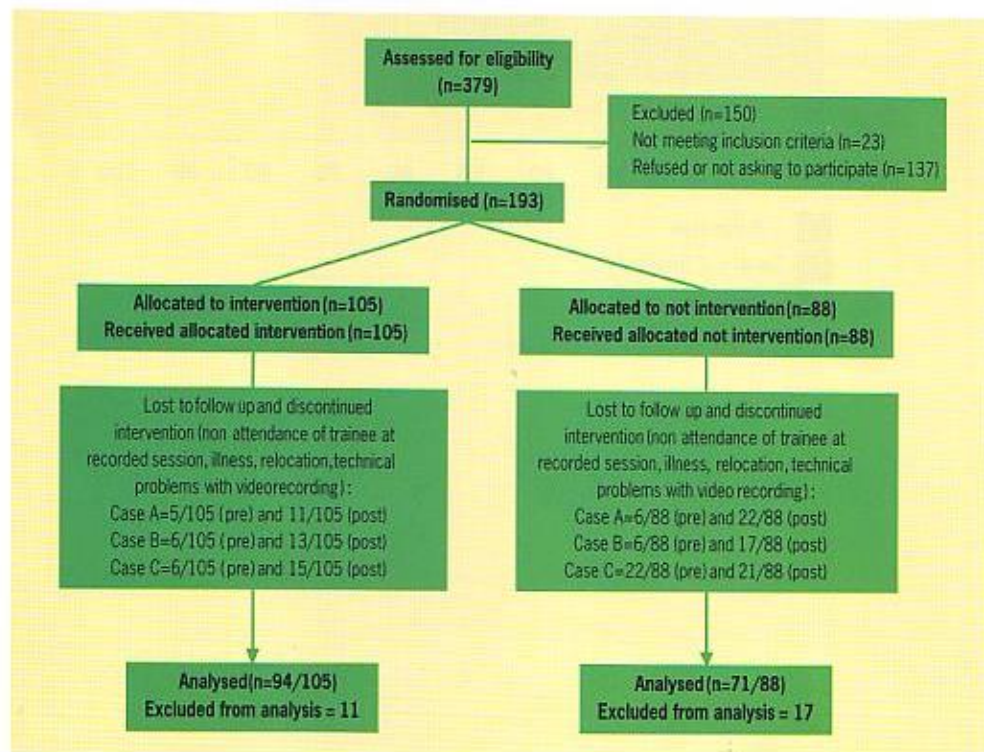


Tabla 8. Comparabilidad inicial de los médicos residentes estudiados.

|   | Intervención<br>N= 105 |      | Control<br>N= 88 |      | Chi <sup>2</sup> | p     |
|---|------------------------|------|------------------|------|------------------|-------|
|   | n                      | %    | n                | %    |                  |       |
| <b>Sexo</b>                                     |                        |      |                  |      |                  |       |
| Hombre  | 26                     | 25,0 | 30               | 34,5 | 2,17             | NS    |
| Mujer   | 79                     | 75,0 | 57               | 65,5 |                  |       |
| <b>Estado Civil</b>                             |                        |      |                  |      |                  |       |
| Solteros  | 63                     | 65,5 | 54               | 67,5 | 0,069            | NS    |
| <b>Formación postgrado</b>                      |                        |      |                  |      |                  |       |
| Doctorado                                       | 54                     | 51,4 | 65               | 74,7 | 10,9             | 0,001 |
| <b>Motivación</b>                               |                        |      |                  |      |                  |       |
| Vocacional                                      | 68                     | 71,6 | 49               | 60,5 | 3,85             | NS    |
| Geográfico                                      | 6                      | 6,3  | 9                | 11,1 |                  |       |
| <b>Experiencia Clínica Previa</b>               |                        |      |                  |      |                  |       |
| Sí  | 20                     | 19   | 18               | 20,7 | 0,081            | NS    |
| No  | 85                     | 81   | 69               | 79,3 |                  |       |
| <b>Centro de Salud</b>                          |                        |      |                  |      |                  |       |
| Urbano  | 70                     | 76,1 | 54               | 68,4 | 1,27             | NS    |
| Rural   | 22                     | 23,9 | 25               | 31,6 |                  |       |
| <b>Formación Pregrado Entrevista Clínica</b>    |                        |      |                  |      |                  |       |
| No  | 90                     | 93,8 | 79               | 98,8 | 2,8              | NS    |
| <b>Formación Postgrado Entrevista Clínica</b>   |                        |      |                  |      |                  |       |
| No  | 66                     | 68,8 | 66               | 82,5 | 4,4              | 0,038 |
| Sí  | 30                     | 31,3 | 14               | 17,5 |                  |       |
| <b>Formación Entrevista Clínica Interactiva</b> |                        |      |                  |      |                  |       |
| No  | 78                     | 81,3 | 74               | 92,5 | 4,68             | 0,046 |
| Sí  | 18                     | 18,8 | 6                | 7,5  |                  |       |
| <b>Relación con Tutor</b>                       |                        |      |                  |      |                  |       |
| Buena   | 84                     | 87,5 | 72               | 90   | 4,5              | NS    |

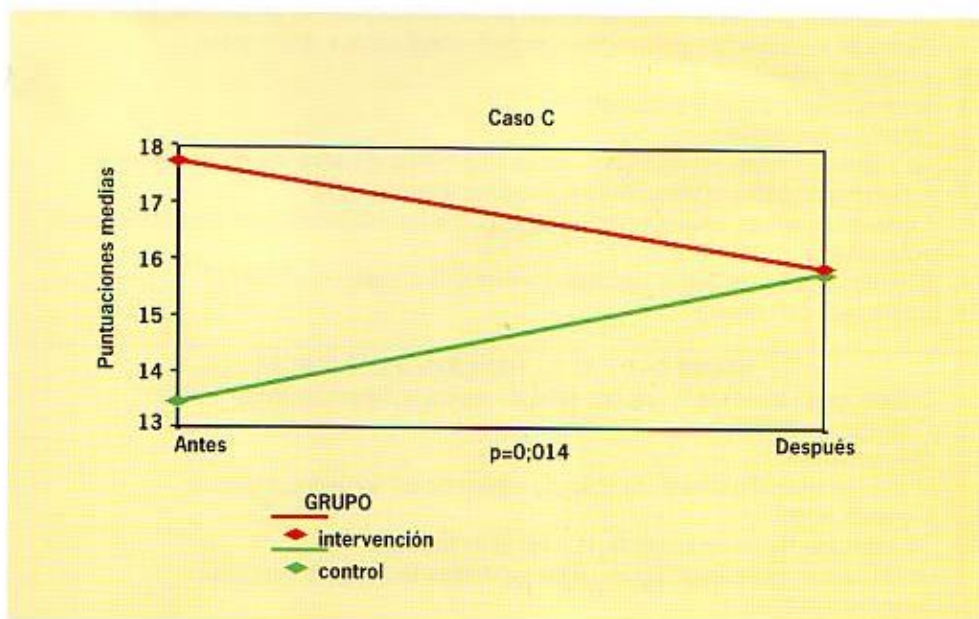
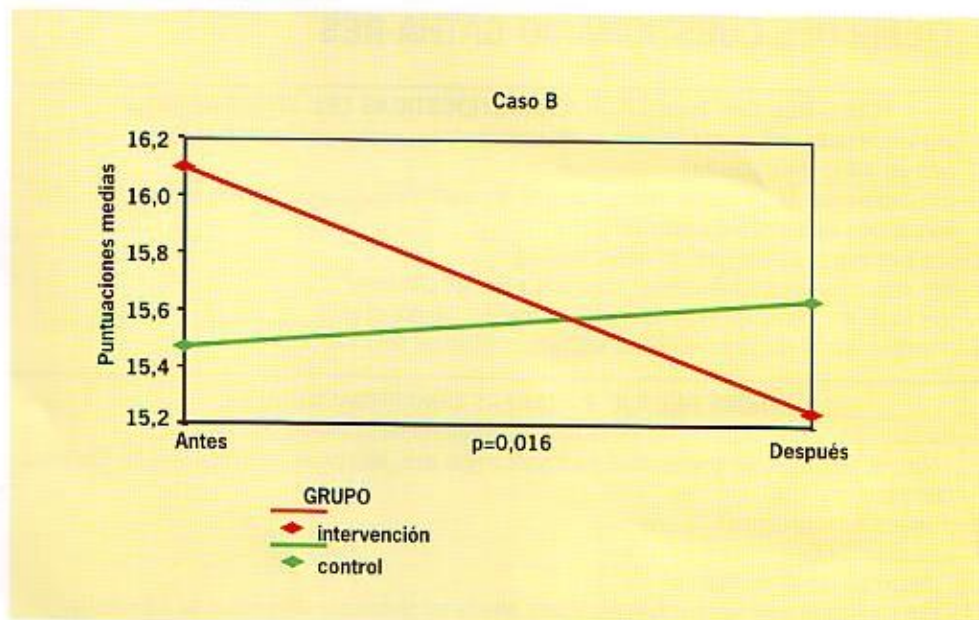
NS: diferencias estadísticamente no significativas.

**Tabla 9. Comparación por grupo de las puntuaciones medias obtenidas con cada caso y global, antes y después de la intervención educativa.**

| Caso  | Preintervención |       | Valor de t | p     | Postintervención |       | Valor de t | p     |
|-------|-----------------|-------|------------|-------|------------------|-------|------------|-------|
|       | GI              | GC    |            |       | GI               | GC    |            |       |
| A     | 11.93           | 11.34 | 2.011      | 0.046 | 12.4             | 11.5  | 3.037      | 0.003 |
| B     | 16.05           | 15.46 | 1.656      | 0.099 | 15.89            | 14.94 | 2.56       | 0.011 |
| C     | 16.59           | 14.88 | 3.358      | 0.001 | 16.26            | 15.29 | 2.331      | 0.021 |
| A+B+C | 44.42           | 41.47 | 3.603      | 0.001 | 44.52            | 41.65 | 3.514      | 0.001 |

GI: grupo de intervención; GC: Grupo control. Máximas puntuaciones posibles: Caso A: 24, B:26, C: 27, A+B+C: 77

Figura 6. Comparación de las puntuaciones medias obtenidas en ambos grupos. Casos B y C. Análisis de la covarianza, ajustando por formación previa en entrevista clínica y centro.



# APÉNDICE 1

## ITEMS DEL CUESTIONARIO GATHA-RES

### ITEMS DEL EJE 1.-ACTITUD/CARACTERÍSTICAS DEL ENTREVISTADOR

- 1.- ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?
- 2.- ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?
- 3.- ¿Se expresa el profesional de forma segura?
- 4.- Mientras informa el profesional, ¿mira a la cara del paciente?
- 5.- ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?
- 6.- ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?

### ITEMS DEL EJE 2.- TAREAS COMUNICACIONALES

- 7.- Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
  - Sobre el síntoma o síndrome en el ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:
- 8.- ¿Evolución cronológica?
- 9.- ¿Localización?
- 10.- ¿Factores que lo modifican?
- 11.- ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno socio-familiar o laboral?
- 12.- ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?
  - Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:
- 13.- ¿Estado de ánimo?
- 14.- ¿Acontecimientos vitales estresantes?
- 15.- ¿Entorno sociofamiliar?
- 16.- ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
- 17.- ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
- 18.- ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
- 19.- ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
- 20.- ¿Se despiden del paciente?

### ITEMS DEL EJE 3.- HABILIDADES TÉCNICAS

- Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de estas técnicas:
- 21.- ¿Contacto visual-facial?
  - 22.- ¿Señalamientos?
    - Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:
  - 23.- ¿Ejemplificación?
  - 24.- ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?
    - Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:
  - 25.- ¿Respuesta evaluativa?
  - 26.- ¿Exploración de creencias?
  - 27.- En caso de emociones fuertes del paciente, ¿ha tenido contención emocional?

## RESUMEN DE AUTORES:

**Roger Ruiz Moral**

Investigador principal

Médico de Familia

Coordinador de la Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba

Profesor Asociado de Medicina (Facultad de Medicina de Córdoba)

**Luis Angel Pérula de Torres**

Técnico de Salud Pública

Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba

**Juan José Rodríguez Salvador**

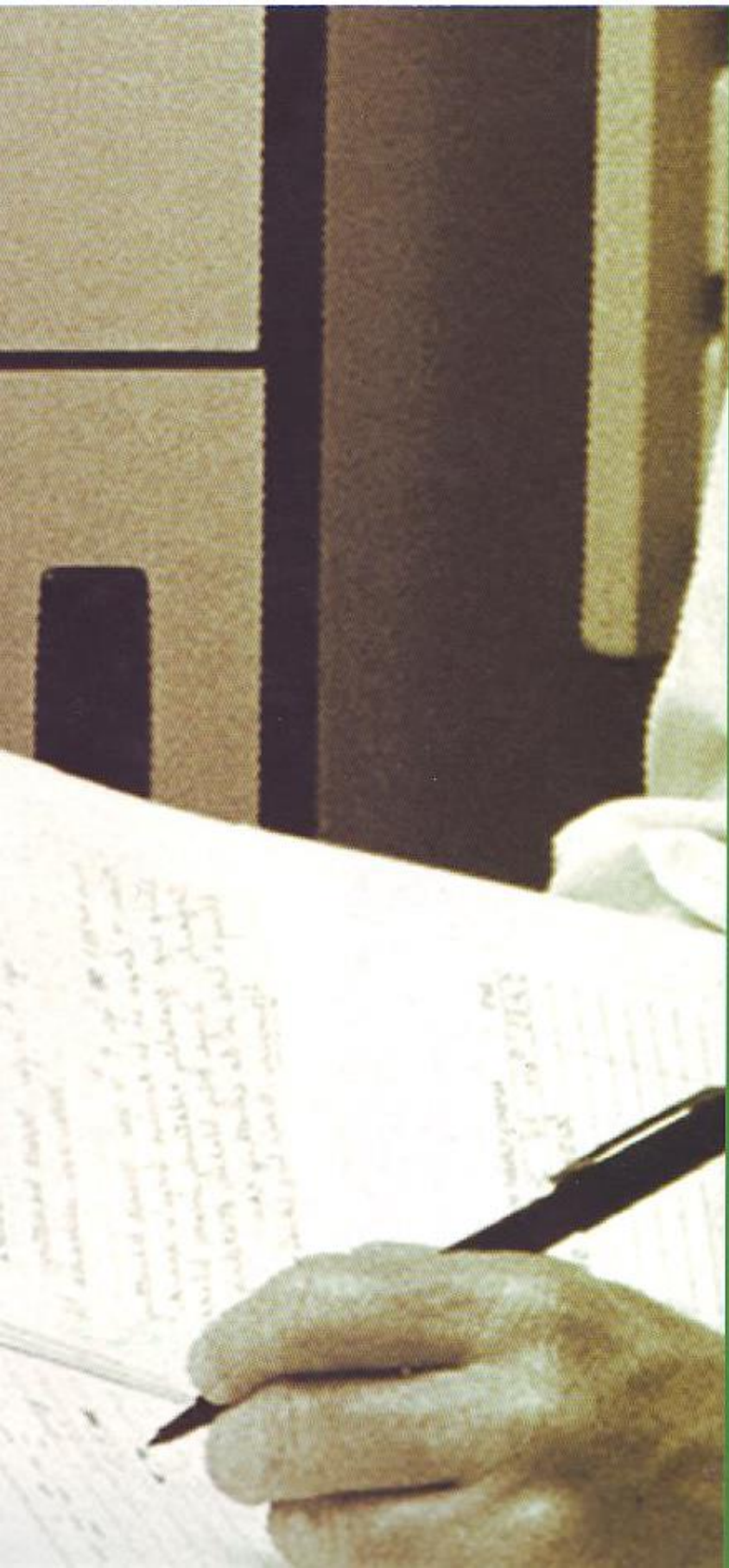
Médico de Familia del Centro de Salud de Ortuella (Vizcaya)

Ex-Coordinador de la Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Vizcaya

**José Antonio Prados Castillejo**

Médico de Familia del Centro de Salud Polígono Guadalquivir (Córdoba)

Tutor de Residentes de la Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba



JUNTA DE ANDALUCÍA