

PERFIL COMUNICACIONAL DEL MEDICO DE ATENCION
PRIMARIA EN LAS CONSULTAS DE DEMANDA: VALIDACION DE
UN CUESTIONARIO

TITULO: *Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario*

AUTOR: ANA MARIA CANOVACA VEGA

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2010
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es

ISBN-13: 978-84-693-2999-3

UNIVERSIDAD DE CORDOBA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**PERFIL COMUNICACIONAL DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA EN
LAS CONSULTAS DE DEMANDA: VALIDACION DE UN CUESTIONARIO**

Ana María Canovaca Vega

CORDOBA 2006

UNIVERSIDAD DE CORDOBA
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

PERFIL COMUNICACIONAL DEL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA EN LAS
CONSULTAS DE DEMANDA. VALIDACION DE UN CUESTIONARIO.

(Trabajo de Investigación clínica para optar al grado de DOCTOR)

Presentado por la Licenciada Dña. ANA MARIA CANOVACA VEGA

CORDOBA, 2006

D. José Antonio Prados Castillejo, Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Andalucía, y

.D. Luis Ángel Pérula de Torres, Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

D. Pedro Sánchez Guijo, Profesor Emérito de la Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina

CERTIFICAN:

Que el trabajo titulado: “PERFIL COMUNICACIONAL EN EL MEDICO DE ATENCION PRIMARIA EN LA CONSULTA DE DEMANDA: VALIDACION DE UN CUESTIONARIO” ha sido realizado bajo nuestra dirección por la licenciada Dña. Ana María Canovaca Vega, considerando que reúne las condiciones exigibles para optar al grado de DOCTOR.

Para que conste, expedimos esta certificación en Córdoba a 10 de Noviembre de 2006

DIRECTORES

Fdo. José Antonio Prados Castillejo Médico especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Profesor asociado de Escuela Andaluza de Salud Pública	Fdo. Luis A. Pérula de Torres Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Familiar y Comunitaria de Córdoba. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública	Fdo. Pedro Sánchez Guijo Profesor Emérito de la Universidad de Córdoba. Facultad de Medicina
--	---	--

*A mis ángeles celestes: mis
padres.*

*Y a los terrenales: Rogelio,
Sandra y Rubén*

*Por ser la fuerza y el apoyo
que me ayudan día a día.*

AGRADECIMIENTOS

Aunque ha sido un camino largo y complicado, esta Tesis Doctoral ha servido para enseñarme lo difícil y a la vez lo emocionante que puede llegar a ser la investigación.

Por todo ello agradezco a las personas que me han ayudado a que este Proyecto fuera una realidad y arribara a buen puerto:

- Al Dr. José Antonio Prados Castillejo por haber confiado en mí para llevar a cabo este trabajo de investigación y haber sido la base y el impulso para adentrarme en este mundo de la comunicación médico –paciente.
- Al Dr. Luis Pérula de Torres por su ayuda en la ardua tarea de realizar los cálculos y análisis estadísticos, al tiempo que intentar hacérmelos entender, habida cuenta que eran unas materias algo desconocidas para mí al principio de este camino.
- Un agradecimiento muy especial al Dr. Pedro Sánchez Guijo por su inestimable colaboración en esta tesis. La misma me ha servido para conocer mejor a esta gran persona, uno de los referentes en mi etapa de estudiante pregrado y que lo ha seguido siendo en la etapa postgrado.
- A mi compañera de trabajo a la vez que amiga, la Dra. Rosa Cabrera, que hizo posible que este trabajo pudiera ser una realidad.
- A todos aquellos médicos sin cuya colaboración no hubiera podido realizarse este estudio, por el interés que han demostrado en este tema para mejorar la calidad de la atención sanitaria que se presta cada día en atención primaria.
- A la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, por el apoyo prestado tanto en los años previos de mi vida como médica residente como ahora en el fomento de la investigación en el ámbito de nuestro colectivo.
- A la Administración sanitaria cordobesa por haber apoyado y facilitado este trabajo.

INDICE	PAGINA
1.INTRODUCCION.	13
1.1.IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION MEDICO/PACIENTE	14
1.2.INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA COMUNICACION ASISTENCIAL	18
1.2.1. TIPOS DE MEDIDAS	18
1.2.1.1.MEDIDAS COGNITIVAS	19
1.2.1.2.MEDIDAS AFECTIVAS	19
1.2.1.3.MEDIDAS DE CONDUCTA	20
1.2.2.CLASIFICACION DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA COMUNICACIÓN	24
1.2.2.1.SEGÚN LOS ELEMENTOS EVALUADOS	24
1.2.2.2. SEGÚN LA FORMA DE OBSERVACIÓN	24
1.2.2.3. SEGÚN LOS OBJETIVOS.	25
1.2.2.4. SEGÚN LA VALORACIÓN FINAL	25
1.2.2.5. SEGÚN EL EVALUADOR	26
1.2.2.6. SEGÚN EL NIVEL DE ANÁLISIS	26
1.2.2.7. SEGÚN LA CATEGORÍA DE MEDIDA	27
1.2.2.8. SEGÚN EL NIVEL DE EVALUACIÓN	27
DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL	
1.2.3. CONSIDERACIONES METODOLOGICAS	30

EN LA MEDICION DE LAS HABILIDADES EN	
ENTREVISTA MEDICA	
1.2.3.1. OBSERVADORES	30
1.2.3.2. CATEGORIAS Y MEDIDAS	31
1.3. CARACTERISTICAS DE UN BUEN INSTRUMENTO.	32
1.3.1. CRITERIOS PARA LA SELECCION DE	32
MEDIDAS EN LAS HABILIDADES DE LA	
ENTREVISTA CLINICA	
1.3.1.1. FIABILIDAD	32
1.3.1.2. VALIDEZ	33
1.3.1.3. PRACTICABILIDAD	33
1.3.1.4. CONVENIENCIAS DE UN	33
PROGRAMA DE FORMACION	
1.3.2. CUESTIONARIOS DE VALORACION DE LA	37
COMUNICACIÓN	
1.3.2.1. GERVAS Y COL	37
1.3.2.2. PENDELTON	37
1.3.2.3. BROWN	38
1.3.2.4. HAYS	39
1.3.2.5. COX/MULHOLLAND	39
1.3.2.6. LEICESTER ASSESMENT PACKAGE	39
1.3.2.7. STILLMAN	39

1.3.2.8. ROTER	40
1.3.3. OTROS INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS	42
1.3.3.1. INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS DE LA COMUNICACIÓN Y COMPETENCIA	42
1.3.4. CUESTIONARIO GATHA	46
2. JUSTIFICACION.	51
3. HIPOTESIS.	54
3.1.CONCEPTUAL	55
3.2.OPERATIVA	55
4. OBJETIVOS.	56
4.1. GENERALES	57
4.2. ESPECIFICOS	57
5. MATERIAL Y METODOS	58
5.1. DISEÑO	59
5.2. POBLACION DE ESTUDIO	59
5.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	59
5.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	59
5.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	59
5.4. MUESTRA	60
5.4.1. TAMAÑO MUESTRAL	60
5.4.2. TÉCNICA DE MUESTREO	60
5.5. VARIABLES	61

5.5.1. DEPENDIENTES	61
5.5.2. INDEPENDIENTES	62
5.6. PLAN DE ACTUACIÓN	62
5.7. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS	63
5.8. CONTROL DE CALIDAD	66
5.9. VALORACION LOS POSIBLES SESGOS	66
5.10. NORMAS ETICAS	67
6. RESULTADOS	68
6.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ESTUDIADOS	69
6.2ANALISIS DE LA FIABILIDAD	69
6.2.1. ANALISIS DE LOS ELEMENTOS DEL CUESTIONARIO Y CONSISTENCIA INTERNA	69
6.2.2. ANÁLISIS DE LA ESTABILIDAD O REPRODUCIBILIDAD	74
6.2.2.1.CONCORDANCIA INTRAOBSERVADOR	74
6.2.2.2. RESULTADOS DEL ENTRENAMIENTO DEL OBSERVADOR	77
6.3. ANALISIS DE LA VALIDEZ	78
6.4. ANALISIS FACTOR CCP O METODO CENTRADO EN EL PACIENTE	80
6.5 CUESTIONARIO GATHA REAL	81

7. DISCUSION.	84
7.1. DISCUSIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA DESARROLLADA	85
7.2. COMENTARIOS SOBRE EL PROCESO DE VALIDACION	86
7.3. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL CUESTIONARIO RESULTANTE.	90
7.4. DISCUSION COMPARATIVA CON OTROS CUESTIONARIOS	93
7.5. DISCUSION DEL FACTOR CCP EN EL CUESTIONARIO GATHA REAL	97
8. CONCLUSIONES.	98
9. BIBLIOGRAFÍA	100
10. ABREVIATURAS MAS UTILIZADAS	109
11. GLOSARIO DE TERMINOS	111
12. ANEXOS.	115
12.1. - ANEXO I.- Cuestionario GATHA Base.	116
12.2. - ANEXO II.- Validación de Observadores del Cuestionario GATHA.	128
12.3. - ANEXO III.- Autorizaciones necesarias para el desarrollo del trabajo.	129
12.4. - CD ROM	130

1.- INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. IMPORTANCIA DE LA COMUNICACION MEDICO/PACIENTE

En el pasado, los educadores médicos relegaron la entrevista médica y la relación médico-paciente al arte de la medicina, el cual, como otras artes fueron creadas para ser algo innato o aprendido por preceptos. A menudo la relación que el médico tenía con su paciente estaba idealizada, siendo raramente sujeta a investigación o crítica.

Desde siempre se había pensado que la comunicación que se llevaba a cabo entre el médico y el paciente, en el marco de una consulta médica, no precisaba una atención especial. Pero en los últimos años han ido apareciendo diversos trabajos científicos, valorando la importancia que para el buen desarrollo de una consulta médica y los efectos derivados de ella, tienen los aspectos relacionados con la comunicación médico/paciente. En la conferencia de consenso internacional más importante realizada en los últimos años (Consenso de Toronto) sobre comunicación médico-paciente (Simpson, 1993) se ha afirmado que “la efectiva comunicación entre el médico y el paciente es una función clínica central que no puede ser delegada”.

Se debe tener en cuenta que la Entrevista Clínica constituye la herramienta básica del profesional de Atención Primaria. De esta manera cada entrevista representa una pieza que, engarzada con otras, termina componiendo el rompecabezas de una relación asistencial. Y, además, por sí misma constituye una unidad en la que se plantean problemas y soluciones, donde se cruzan elementos de relación humana con otros puramente técnicos.

Tras una serie de estudios metodológicamente bien diseñados se ha puesto de manifiesto que esta comunicación en muchas ocasiones es inadecuada, existiendo deficiencias en el aporte de información, errores diagnósticos, falta de participación de los pacientes durante la entrevista, lo que conllevaría a una insatisfacción del paciente, errores médicos, mayor insatisfacción del profesional... De esta manera el 50% de los problemas psiquiátricos y psicológicos presentes en las consultas de medicina general no son detectados (Davenport, 1987), el 54% de las quejas del paciente no se logran identificar, así como el 45% de las preocupaciones que tiene el paciente sobre su problema (Stewart, 1979), interrumpiendo el médico la descripción del problema del paciente a los 18 segundos de media desde que comienza éste con su relato (Starfield. 1981).

Varios estudios han hecho referencia a aspectos de la comunicación y el estado de salud, resaltando entre otros el impacto en la adherencia al tratamiento, y la satisfacción del profesional. Por un lado, la recogida de la información, la clásicamente llamada anamnesis, ha demostrado una clara influencia. Además, y dentro de un nuevo enfoque denominado centrado en el paciente, se incorporan nuevos elementos en la obtención de información como son la exploración de las vivencias del paciente con respecto a su proceso, las emociones que le causa, el impacto sobre las actividades que realiza,. (Beckman, 1984; Inui, 1976 y Roter, 1993). Y por el otro lado, los referidos al plan de manejo o tratamiento, denominados proceso de información y/o negociación y más recientemente conseguir acuerdos entre el médico y el paciente. (Evans, 1987) Esta búsqueda de acuerdo ha demostrado conseguir mejores resultados de salud (Thomas, 1987).

Otros estudios, tanto ensayos clínicos controlados como observacionales, ponen de manifiesto como los resultados sanitarios se ven afectados positivamente por una comunicación clínica de calidad. Unos dedicados a una mejora en la satisfacción y la conformidad del paciente (Evans y col, 1987, y Thomas, 1987), otros en disminución del grado de alteración psicológica en los pacientes con enfermedades graves (Fallowfield, 1987); en un mayor conocimiento del paciente sobre su problema (Savage, 1990); en una disminución de la ansiedad (Evans, 1987); en una mayor adherencia a tratamientos (Inui, 1976) y en una mejoría o resolución del problema físico. Sobre ello, Kaplan en 1989 realizó cuatro ensayos clínicos en distintos ambientes, con pacientes con enfermedades crónicas, demostrando como aspectos concretos de la relación médico-paciente se correlacionan con buenos resultados de salud, medidos éstos fisiológicamente. Así demuestra una disminución, aplicando este modelo comunicacional, de aspectos como la presión sanguínea en pacientes hipertensos o el nivel de glucemia en diabéticos. Igualmente demuestra mejoría en la percepción de bienestar social de los pacientes y en la tolerancia a los quimioterápicos.

Otro estudio sobre esta mejoría en los problemas físicos fue uno observacional descriptivo llevado a cabo por The Headache Study Group of The University of Western Ontario en 1986 sobre 272 pacientes que acudieron al médico de familia con cefalea, encontrando que la desaparición de la cefalea al año estaba relacionada con la valoración del paciente de

que había tenido la oportunidad de discutir su problema completamente en la primera visita.

Al respecto también podemos mencionar un trabajo experimental en pacientes con fibromialgia donde se comparaban los resultados clínicos en pacientes diagnosticados de fibromialgia, unos tratados solo con medicación y otro grupo donde se la añadía una intervención basada en una relación clínica centrada en el paciente, con explicación de lo que es la enfermedad y los factores con los que se relaciona. Tras un periodo de un año de seguimiento, las pacientes que fueron objeto de la intervención presentaban menos dolor y mejoraron su sintomatología asociada, en comparación con aquellas que no recibieron dicha intervención (Ruiz, 2001)

De todo lo anterior se deduce la importancia que tiene el desarrollo y promoción de los aspectos relacionales y personales en el encuentro médico-paciente, aprendiendo e incorporando habilidades que hagan más eficaz la comunicación asistencial con el paciente. Con los años se ha ido complementando el enfoque tradicional “centrado en la enfermedad o en el médico”, incorporando al modelo el denominado triple diagnóstico físico, psíquico y ecosocial (Fraser, 1994) o con este nuevo enfoque denominado “centrado en el paciente”, descrito en primer lugar por Balint (Balint, 1986), dando una perspectiva más amplia al profesional para llegar a una mejor identificación y comprensión del problema.

Para que la comunicación sea eficaz los médicos deben aprender un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes definidas. Con relación a la comunicación médico-paciente hay que tener en cuenta que las habilidades comunicacionales no mejoran con la simple experiencia y que éstas pueden ser modificables. De esta manera, las habilidades relacionadas con la formación y mantenimiento de relaciones profesionales con el paciente, son decir: el dar información; comunicación de malas noticias y ciertas habilidades y estrategias terapéuticas, pueden ser enseñadas y evaluadas eficazmente.

Así, se conocen cada vez mejor los elementos de una enseñanza eficaz en comunicación. De esta manera los programas deben ser altamente estructurados, identificando, practicando y evaluando las habilidades específicas. Y los cursos deben incluir el

desarrollo de facultades, control de calidad de la enseñanza y una proporción de estudiantes/profesores relativamente baja, facilitándose así que los residentes/estudiantes tengan múltiples oportunidades para la práctica y el intercambio (Pendelton, 1984).

En el análisis del proceso de la comunicación asistencial nos encontramos varias dificultades metodológicas. Entre ellas la más importante sería la inexistencia y escaso desarrollo de instrumentos de medida apropiados, los cuales servirían tanto para correlacionar variables comunicacionales con resultados de salud, como para valorar el impacto docente producido por cualquier programa de formación.

Sobre este tema existe cierta experiencia, todavía limitada. Así, en 1992 el Grupo Comunicación y Salud plantearon la creación de un instrumento de valoración de la comunicación, diseñando el Cuestionario GATHA que ha sido consensuado por profesores e investigadores expertos, y sometido a un laborioso proceso de validación para médicos residentes (Ruiz, 2001). El cuestionario se compone de 45 ítems divididos en un apartado de Datos Globales que influyen determinadamente en la comunicación. Consta de un primer eje de características o Actitudes del profesional, un segundo eje de Tareas comunicaciones y un tercero de Habilidades técnicas usadas durante la entrevista.

1.2. INSTRUMENTOS DE VALORACION DE LA COMUNICACION

Una vez tratado el aspecto, relativo a la importancia de la comunicación médico-paciente, y de como ésta puede ser estudiada, transmitida en su contenido y analizada, este apartado lo dedicaremos a conocer las herramientas más útiles que podemos usar para ello. Este trabajo de investigación está basado en una de esas herramientas, concretamente la referida al cuestionario.

Llegado a este punto, en esta materia se pueden citar las propuestas por Kraan y cols en 1995 en el libro de Lipkin (Kraaan, 1995) que han escrito diferentes capítulos sobre estos instrumentos, tanto para el análisis como para la docencia de las habilidades comunicacionales. De esta manera distribuye estos instrumentos de medida en tres categorías para las mismas, que se detallarán a continuación.

1.2.1. TIPOS DE MEDIDAS

Pasando a analizar con detalle los instrumentos de medida citados, se pueden distinguir tres categorías disponibles, con el objetivo común de evaluar las habilidades en la comunicación con el paciente. Así pues éstas serían: la cognitiva, la afectiva y la conductual. El detenernos a analizar estos instrumentos, conlleva un especial interés al objeto de poder hallar la fiabilidad, generalización y validez de estas medidas.

1.2.1.1.MEDIDAS COGNITIVAS

En cuanto a esta medida de tasación de los aspectos de conocimiento que tiene el médico con respecto al paciente, varios investigadores han desarrollado un test de respuesta múltiple para acompañar las grabaciones en película o en vídeo y llegar a determinar el nivel de este conocimiento. Tres ejemplos que han sido probados experimentalmente son el Hopkins Interpersonal Skills Assessment (Grayson, Nugent, y Oken, 1977), el National Board of Medical Examiners experimental test (Samph y Best, 1979) y un test desarrollado por Enelow y colaboradores en 1968. Los tres han reportado un alto nivel de fiabilidad y consistencia interna.

Otros tests que han sido desarrollados en este sentido, han usado citas escritas de entrevistas preferentemente a las grabaciones, tales como Best y Samph en el 1981, los cuales informaron de un coeficiente de fiabilidad del 0,74 para sus test escritos.

1.2.1.2.MEDIDAS AFECTIVAS

En una segunda categoría para medir la comunicación médico-paciente el aspecto a estudiar es el afectivo, para ello autores como Carroll y Monroe (1980), registraron un número de estudios que examinaron los efectos de programas de entrenamiento en las actitudes de los participantes, empatía y medidas de personalidad.

Muchas de estas medidas han reportado la utilidad de su aplicación en investigaciones que originalmente se condujeron para otros propósitos que no eran los estudios de habilidades interpersonales. La Affective Sensitivity Scale (Werner, Kagan y Schneider. 1977) es una excepción, desarrollada y testada específicamente para el estudio de la comunicación Interpersonal.

1.2.1.3.MEDIDAS CONDUCTUALES

Las medidas de comportamiento en la entrevista médica son muchas para su diseño y evaluación, simplificando en este tema se han revisado cuatro categorías mayores: escalas graduadas, pacientes estandarizados, cuestionarios de satisfacción de pacientes y técnicas de análisis de interacción.

ESCALAS GRADUADAS

La primera categoría en la que se va a incidir son las escalas graduada. Varias de éstas han sido desarrolladas, y en muchas de las cuales, los resultados han sido mostrados sin la adecuada información sobre su fiabilidad y validez. La Arizona Clinical Interview Rating(ACIR), desarrollada por Stillman y col. Ha sido usada y recomendada ampliamente por investigadores y educadores médicos en los Estados Unidos. Carroll, Schwartz y Ludwig (1981) han adaptado una versión corta de esta escala. Cuatro factores han sido identificados: habilidades investigadas, habilidades aprendidas, habilidades facilitadas y despedida.

Hay un cuestionario de seguimiento en la cumplimentación en Atención primaria el PCAS que tiene una subescala para pacientes reales usadas en trabajos de investigación (Kevin Fiscella, 2004)

PACIENTE ESTANDARIZADO

Otra de la categoría es el paciente estandarizado que ha sido muy usado en educación médica. Se trata de analizar la comunicación médico –enfermo pero usando un paciente entrenado en una determinada patología. Para poder llevar a cabo este análisis se diseñó un cuestionario, GATHA RES, que difiere del que estamos tratando en este trabajo de investigación y que se ampliará en otro apartado.

CUESTIONARIOS DE SATISFACCION DE PACIENTES

En una vía similar es también posible evaluar los datos directamente de pacientes actuales mediante cuestionarios de satisfacción. Para la evaluación de la entrevista es importante usar cuestionarios enfocados específicamente a las habilidades o conductas, más que medir la satisfacción del paciente con su cuidado médico en general. Así el Medical Interview Satisfaction Scale (Wolf, 1978), es el ejemplo de un instrumento fiable desarrollado específicamente para este propósito, y altamente recomendado.

ANALISIS DE INTERACCION

Otros estudios usan el análisis de interacción como método de evaluación. (Foster y Lass, 1970), empleando un sistema de categorías mutuamente excluyentes que se usan para describir el comportamiento médico/paciente, como el tipo de pregunta, la recogida de información o las interrupciones. Para esto cuentan con un observador entrenado que graba los datos para el análisis en códigos. La Interaction Analysis System for Interview Evaluation (ISIE) fue desarrollado por el National Board of Medical Examiners siendo uno de los sistemas más sofisticados.

Algunos estudios han comparado el uso de diferentes medidas de comportamiento. Hess (1969) comparó el resultado de análisis de interacción con las escalas graduadas siendo mayor la fiabilidad interobservador en las primeras.

En resumen, los métodos para evaluar las habilidades en la entrevista clínica están todavía en una fase inicial de desarrollo. Las medidas cognitivas miden uno de los aspectos de la comunicación Interpersonal, pero no necesariamente son hábiles para su aplicación en clínica. Las afectivas han sido aplicadas para la sensibilidad, empatía y actitudes para el uso de la autoridad del médico. En investigaciones recientes en los tipos de medidas de comportamiento se ha encontrado un menor grado de fiabilidad intraobservador y una falta de congruencia entre medidas, existiendo medidas que son más apropiadas para el feedback individual y crítica que la evaluación sumativa.

En la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria en el estudio portfolio realiza una definición de lo que consiste la evaluación sumativa y la diferencian de la

evaluación formativa individual. Así la evaluación es el proceso del cual se intenta determinar de manera sistemática y objetiva la relevancia, efectividad e impacto de las actividades en función de sus objetivos. La evaluación puede estar referida a la estructura, al proceso o a los resultados. Se pueden distinguir varios tipos de evaluación:

- *La evaluación individual formativa*, tiene el objetivo de dar a conocer sus resultados a la persona (generalmente estudiante) para mejorar su rendimiento individual. Este tipo de evaluación permite identificar las áreas susceptibles de mejora y aportar sugerencias específicas para que estas oportunidades de mejora se constituyan en una herramienta educativa.

- *La evaluación individual sumativa*, determina si una persona ha alcanzado diversos objetivos específicos al objeto de otorgar un valor al rendimiento de dicha persona. Permite certificar la aptitud o falta de aptitud para el desempeño de una tarea concreta.

- *La evaluación formativa de los programas*, aporta información que permite mejorar el rendimiento de los programas de formación. Generalmente se realiza mediante la encuesta de los estudiantes para obtener información y sugerencias que permitan mejorar el currículum. La información cuantitativa, como la valoración de los distintos aspectos del currículum, puede ayudar a identificar aquellas áreas que requieren ser revisadas. La información cualitativa, como es la obtenida con las respuestas a preguntas abiertas relacionadas con los puntos fuertes y débiles de un programa formativo –así como las sugerencias de cambio -, permite determinar las áreas en las que no se había considerado la posibilidad de mejora y también aportar ideas para la propia mejora. La información también puede ser obtenida a partir de los profesores, de otros observadores, como otros profesionales y los pacientes

- *La evaluación sumativa de los programas* determina el grado en que un currículum permite que todos los estudiantes alcancen los objetivos planteados, el grado en que son alcanzados sus propios objetivos, además de su capacidad para hacer participar, motivar y hacer agradable la enseñanza tanto a los estudiantes como a los profesores. Además de los datos cuantitativos, la evaluación sumativa de los programas educativos

puede incluir informativa cualitativa acerca de barreras no conocidas o de efectos no tenidos en cuenta con anticipación y que se detectan tras la implementación del programa.

Las evaluaciones formativas requieren generalmente un rigor menor, mientras que la evaluación individual y sumativa de los programas para uso externo (como p.e. para la certificación de la aptitud) requieren un rigor mayor. En los casos en los que se requiere un grado elevado de rigor metodológico, el instrumento de medida debe ser apropiado en términos de contenido, fiabilidad, validez y aplicación práctica

El ASSESSMENT, sistema de evaluación de las competencias profesionales, que utiliza criterios definidos y que incluye habitualmente una medición de los mismos mediante una escala cualitativa o mediante la asignación de un valor numérico. El propósito de la evaluación en el contexto educativo es el de determinar el nivel de habilidades o de conocimientos, medir los avances efectuados a lo largo del tiempo, determinar los puntos fuertes y débiles, clasificar a los estudiantes para su selección o exclusión, o motivar. La evaluación debe ser lo más objetiva y reproducible posible. Una evaluación fiable debe dar lugar a puntuaciones iguales o similares en dos o más ocasiones o cuando es aplicado por dos o más profesionales. La validez de una evaluación esté determinada por el grado con el que es capaz de medir aquello que se pretende cuantificar. Es posible distinguir tres tipos de evaluación: La sumativa es el análisis efectuado generalmente al final de un ciclo o un curso y se utiliza principalmente para conseguir información acerca de lo aprendido por el estudiante y de la forma como se ha enseñado; la formativa que valora aquello que forma parte del desarrollo del proceso de enseñanza/aprendizaje. Debe incluir un proceso de información al estudiante de los resultados obtenidos; y la evaluación sobre la base de criterios, se refiere a la comparación con una estándar absoluto, como puede ser el rendimiento de un estudiante frente a un criterio estándar.

1.2.2. CLASIFICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA COMUNICACIÓN ASISTENCIAL.

Esta se puede realizar sobre la base de distintos parámetros (Prados, 1995):

1.2.2.1. Según los elementos evaluados.

- **Puros.** Son aquellos desarrollados para evaluar la comunicación.

- **Mixtos.** Introdúcen una valoración global del proceso asistencial analizando a la vez elementos comunicacionales y clínicos.

1.2.2. 2. Según la forma de Observación (Pendelton, 1984).

- *Observación directa participativa.* Donde el profesional cualificado observa a tiempo real, en la misma consulta, incluso interaccionando con el paciente, el desarrollo de la entrevista llevada a cabo por otro profesional. Con esto se permite corregir elementos durante el mismo proceso, pero en contrapartida existe una interferencia importante entre el profesional evaluado y el paciente. Otra desventaja es la limitación en la capacidad de observación sobre la marcha, pudiendo pasar desapercibidos algunos elementos de la comunicación verbal o no verbal tanto del paciente como del médico.

- *Observación directa no participativa.* Aquí la observación es fuera del campo visual del paciente de manera que no interviene o lo hace de forma extrema, así la interferencia es menor.

- *Audiograbación.* Como ventaja permite estudiar detenidamente y de forma repetida la interacción realizada, observando elementos que a tiempo real han pasado desapercibidos. Como desventaja algunos elementos de la comunicación no verbal se pierden y no se pueden corregir.

- *Videograbación.* Ventajas como el anterior, añadiendo que se recogen todos los elementos de comunicación no verbal necesarios. Actualmente se considera el mejor

método de estudio observacional de la comunicación. Como ejemplo podemos citar el cuestionario GATHA AUDIO

1.2.2.3.Según los objetivos.

Dependiendo de las facetas de la comunicación que el instrumento analiza se pueden dividir en los que evalúan:

- Características del entrevistador desarrolladas en la entrevista (cordialidad, asertividad, empatía...).
- Cumplimiento de Tareas comunicacionales desarrolladas por el profesional.
- Contenidos tratados durante el desarrollo de la entrevista.
- Perfil comunicacional global que valora tanto la actitud del profesional en cuanto a características de interés, como las Tareas comunicacionales cumplimentadas en la interacción y las Habilidades que para ello ha usado.

1.2.2.4.Según la valoración final.

Según el producto final del instrumento evaluador se puede encontrar Cuestionarios dirigidos a:

- **Cuantificación.** Obteniendo un valor cuantificable sobre la calidad del entrevistador.
- **Cualificación.** Donde se describen aspectos de la interacción desarrollada para su posterior evaluación.
- **Mixtos.** Aportan a la evaluación ambos elementos.

1.2.2.5. Según el evaluador.

Los instrumentos pueden ser usados por distintos observadores:

- **Autoanálisis**, aquí es el propio observador el que valora y analiza su interacción para mejorar su calidad asistencial. En investigación el uso es muy restringido.
- **Observador externo cualificado**. Entrenado para el análisis y que conozca adecuadamente el instrumento. Así pueden usarse observadores ajenos al equipo de investigación como pacientes estandarizados. Los observadores neutrales aportan información más detallada y objetiva que con el Autoanálisis (Hall, 1995), y además tienen las mejores garantías psicométricas (Kraan, 1995).

1.2.2.6. Según el nivel de Análisis (Carroll, 1995, comentado anteriormente de forma más ampliada).

Así el análisis se puede llevar a cabo a varios niveles del proceso realizado por el profesional ante un paciente:

- **Cognitivo**, habitualmente evaluado mediante exámenes escritos (método educacional básicamente usado lectura).
- **Afectivo**, valorado mediante escalas que valoran afectividad (empatía,...) (método educacional básicamente usado seminarios y análisis de videograbaciones).
- **Habilidades**, valorado mediante análisis de la realidad o con pacientes estandarizados (método educacional usado entre otros seminarios y conferencias sobre casos, PBI).

1.2.2.7. Según la categoría de medida (Stiles, 1995).

Este autor define cinco categorías de análisis:

- Contenidos desarrollados en la entrevista.
- Aspectos del lenguaje
- Comunicación no verbal.
- Contaje de actividades no relacionadas con la comunicación.
- Medida del tono emocional y valor de la interacción.

En algunos casos pueden analizarse combinaciones de algunas de ellas.

1.2.2.8. Según el nivel de evaluación de la práctica profesional. (Miller, 1990)

Es importante hacer mención a un autor llamado George E. Miller que ha escrito diversos artículos sobre estos temas. El ha realizado un esquema sobre la entrevista médica, diferenciando varios conceptos: (ver figura 1)

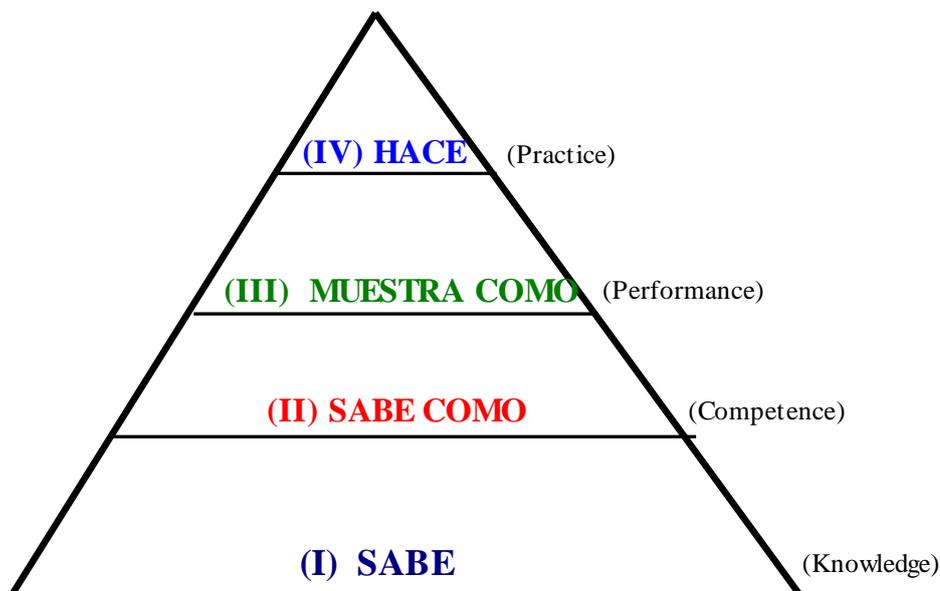


Fig 1

PIRAMIDE DE MILLER

- En la base de la pirámide, se situaría el **Conocimiento** de los profesionales, y lo que han ido aprendiendo a lo largo de su formación académica. Este escalón ha sido valorado por diferentes cuestionarios, validados correctamente, como el Hopkins Interpersonal Skills Assesment (Grayson, Nugert y Olen 1977), y el National Board of Medical Examiners Experimental test (Samph y Best, 1979). Usando normalmente exámenes teóricos de preguntas simples o multitest.

- En un siguiente escalón estaría el conocer cómo usar el conocimiento que se tiene acumulado. Así se debe desarrollar entre otras: las habilidades para adquirir información desde diferentes fuentes tanto humanas como de laboratorio; para analizar e interpretar estos datos, y finalmente trasladarlos en un diagnóstico racional y un plan de actuación. Esta cualidad de actuación adecuada es lo que Webster denominó como la **Competencia**. De esta manera Essex y col. crearon como método de evaluación-docente viñetas de casos y diferentes reglas de conducta con estudiantes y residentes para mejorar las habilidades de decisión, (Essex 1994).

- Además de este conocimiento y de cómo se usa el mismo se debe también valorar el mostrar cómo se hace. Esto es conocido como la **“Performance”**, aunque en la bibliografía también se conoce con este término a la práctica clínica, y la evaluación de este escalón representa un cambio más agresivo. Aquí se somete a los profesionales a una entrevista en situación de laboratorio con pacientes simulados o estandarizados.

- Finalmente, la cuestión permanece entre lo que se hace en un examen de laboratorio y la realidad. Lo primero, la "Performance", se ha usado ordinariamente para conocer alguno de estos elementos que pueden correctamente predecir cómo va a actuar un profesional cuando ya se encuentre en su práctica clínica tanto con pacientes estandarizados como reales. Pero esta **Acción** en una situación real, es un componente del comportamiento del profesional claramente más difícil de medir correctamente y con fiabilidad. En estos últimos años se está intentando conocer este último escalón de la pirámide.

Otros autores usan términos de competencia y Performance en función que la ejecución de que las habilidades se realicen en situación de laboratorio (competencia) o en la realidad (Performance) Borrell. 1995).

En lo que coinciden todos es que el análisis de la conducta desarrollada más que el de los conocimientos se perfila como el método de elección para la medición de técnicas de entrevista (Kraan 1995).

1.2.3. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS EN LA MEDICIÓN DE LAS HABILIDADES EN ENTREVISTA MÉDICA.

1.2.3.1. OBSERVADORES.

Los profesionales usan tanto la conducta verbal como no verbal para la recolección y transmisión de la información médica más relevante y para el establecimiento de relación con los pacientes. La enseñanza de las habilidades hace que esta conducta sea modificada y mejorada. Esta conducta puede ser conocida por tres diferentes tipos de observadores: el entrevistador, (profesional) actuando como su propio observador; el entrevistado, paciente simulado; y el observador entrenado.

La superioridad del conocimiento de la conducta por encima del autoconocimiento ha sido demostrada en varias ocasiones (Streiner 1984). El uso de observadores entrenados se ha usado frecuentemente en el campo de las competencias médicas. Sin embargo, un estudio de validez que comparaba el Maastricht History-taking y Advice Checklist (MAAS) con la autoevaluación, demostró que las propiedades psicométricas de éste último eran ligeramente peores (Crijnen y Kraan 1987). Con este trabajo se sugirió que en los resultados médicos se concede un poco más fiabilidad y validez al autoconocimiento que al comportamiento socioemocional. Esta propiedad más favorable parece debido al formato tan extensivo de preguntas si/no aclarando descripciones de ítems en detalle, en contra de la evaluación global de las escalas graduadas.

Los pacientes simulados entrenados sirven para evaluar las habilidades de sus entrevistadores y para ayudar al feedback inmediato. (Stillman y col. 1986). Así son más fiables que los pacientes actuales, y el conocimiento de la conducta ha tenido mejores propiedades psicométricas (Stuart, Goldstein y Snope 1980).

1.2.3.2.CATEGORIAS Y MEDIDAS.

Las cinco categorías de habilidades de entrevista que normalmente se usan son los contenidos, conversación, comunicación no verbal, afecto y complejas habilidades, y una categoría de conjunción, en combinación de uno o más elementos de los anteriores. Estas categorías pueden ser conocidas por medio de códigos y evaluaciones, siendo estas últimas un intento de cuantificar la calidad de una conducta en la entrevista, acordando un standard como la escala de Likert (Streiner 1984).

1.3. CARACTERISTICAS DE UN BUEN INSTRUMENTO DE MEDIDA

Siguiendo a autores como Kraan los instrumentos de medida deben tener unas condiciones mínimas para poder usarlos en investigación y docencia, como es el haber demostrado previamente su fiabilidad, o sea, estabilidad y consistencia ante condiciones variantes de medida; Haber demostrado su validez en sus cuatro vertientes: de contenido, predictiva, convergente/divergente y de constructo; debe ser práctico, aplicable en realidad y que sea útil en programas educacionales, tanto como método de evaluación como en vertientes formativas

1.3.1.CRITERIOS DE EVALUACION PARA LA SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS EN LAS HABILIDADES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA.

Las siguientes propiedades psicométricas de evaluación de instrumentos van a ser consideradas:

1.3.1.1.FIABILIDAD.

Esta se consigue cuando un método demuestra estabilidad y consistencia por encima de variaciones en las condiciones de la medida, así como entre diferentes observadores. Así la más comúnmente usada es la fiabilidad que procede de los datos de la observación interobservador. Esta sería el grado de asentimiento entre distintos observadores de la misma entrevista (Mitchell, 1979),

Existe otro tipo de medidas de fiabilidad para la entrevista clínica, como son los resultados de la fiabilidad intraobservador, que sería la medida por un mismo observador de la misma entrevista en diferentes tiempos.

Otra medida de la fiabilidad es la denominada *consistencia interna* u homogeneidad de la escala, que esencialmente representa la medida en que los ítems de un cuestionario están relacionados entre sí, de manera que ítems que midan un mismo aspecto deben modificarse a la vez pudiendo ser la relación directa o indirecta según aumente uno al hacerlo el otro o viceversa.

1.3.1.2. VALIDEZ.

Un instrumento de medida sería válido si mide lo que pretende medir y no otra cosa..

La *validez de criterio* se puede medir cuando otros instrumentos de medida con los mismos o similares atributos están disponibles (“*gold standard*”), de tal forma que al compararlos se puede demostrar una fuerte correlación entre ellos y una buena sensibilidad-especificidad. La *validez de contenido* es el grado en que una medida representa el campo apropiado en cuestión. La *validez de constructo* establece, a través de unas hipótesis previas y mediante un experimento si se cumplen aquellos constructos que el instrumento debería medir (*validez convergente*) y también si se incumplen los constructos que no debería cumplir (*validez discriminativa*) y la *prediciva*, cuando un instrumento dice que alguien tiene una determinada competencia o habilidad, y luego en la realidad la tiene

1.3.1.3. PRACTICABILIDAD.

Requiere que un test tenga una duración y extensión en el tiempo, con definiciones simples para el observador, requiriendo un tiempo y coste de trabajo razonable.

1.3.1.4. CONVENIENCIAS DE UN PROGRAMA DE FORMACIÓN EN COMUNICACIÓN MEDICO-PACIENTE.

Siguiendo a Kraan un buen instrumento de medida debe también ser útil en la formación. Tanto en la vertiente formativa como en la evaluativa.

De manera en la evaluación de las medidas tienen dos papeles en los programas educacionales: la formativa y la sumativa. La *evaluación formativa* está inmediatamente conectada con la instrucción, y la *evaluación sumativa* donde los standares claros deben ser fijados que conllevan una explicación esperando los resultados aprendidos. Estos conceptos han sido desarrollados en el apartado anterior donde se estudiaron los métodos

de evaluación. Así algunos autores (Wijnen, 1971) recomiendan una evaluación del grupo referencia mientras se desarrolla un standard.

En los últimos años se ha visto incrementado el papel de la evaluación formativa. Diferentes estudios han demostrado lo positivo de un programa de formación para los médicos residentes. Se están usando pruebas de evaluación como el OSCE para poder evaluar a médicos en formación, así como evaluar estos programas de entrenamiento en entrevista clínica impartidos. Hay cuestionarios como el CCA usado por la Comisión de Educación para médicos graduados extranjeros de Philadelphia, que también se han demostrado como válidos tanto para evaluar a residentes como médicos graduados en escuelas médicas extranjeras.

En el OSCE (examen clínico estructurado por objetivos) se usan diferentes cuestionarios como el SPSQ (cuestionario de satisfacción de paciente estandarizado). Una variedad el OSVE (examen con vídeo estructurado por objetivos) desarrollado en Liverpool, también ha demostrado su eficiencia y rapidez, siendo fiables y válidos.

Antes de describir algunos instrumentos de medida, y como consecuencia de lo anterior, debemos conocer las características que deben tener y las condiciones mínimas que requiere su uso en investigación y docencia. Según Kraan y col en 1995:

- Todo instrumento debe demostrar previamente fiabilidad, como hemos visto antes estabilidad y consistencia ante condiciones diferentes. La más usada es la interobservador, la cual se consigue con ítems simples, manual práctico y unívoco, entrenamiento teórico y práctico de los observadores.

- Igualmente requiere tener validez en las cuatro vertientes comentadas: de contenido, predictiva, convergente/divergente y de constructo.

- Debe ser un instrumento práctico aplicable a la realidad, con razonable tiempo de análisis, definiciones y criterios simples y entrenables.

- Y que sea útil en programas educacionales.

Así este autor resume las características necesarias a todo buen instrumento de medida de la comunicación y la capacidad profesional:

1. Que tenga un modelo de entrevista subyacente.
2. Las categorías observables y los métodos de medida deben ser justificados.
3. La fiabilidad debe ser documentada, especialmente la interobservador y la intercaso.
4. La validez debe ser documentada especialmente la convergente/divergente, que son dos tipos de validez de constructo.
5. Datos sobre utilidad práctica (nº. de ítems, tiempo de evaluación ..)
6. Debe ser útil como herramienta de feedback formativo y como método de evaluación.

Carroll añade la siguiente característica:

- Que pueda ser usado con vídeo o audiograbaciones, más que con transcripción.

Otras características consensuadas por profesionales del Grupo Comunicación y Salud en el consenso de Segovia de 1993 complementarias a las anteriores son:

- Instrumento completo que valore tanto aspectos de las características, como tareas y habilidades comunicacionales desarrolladas.
- Asequible para cualquier profesional de la salud que desee validarse para su uso.
- Diseñado para evaluar solo el proceso.
- Que huya de tecnicismos, matices o juicios de valor, teniendo una lectura sencilla.
- Que transforme aspectos más subjetivos de análisis en elementos más objetivos (como cambiar valoración de cordialidad por “sonrisa” o “saludo”).
- Que valore tanto aspectos verbales como no verbales.

Perfil Comunicacional de los Médicos de AP en una consulta de demanda. Validación de un cuestionario.

- Que todos sus ítems se valoren en positivo, incluso la aparición de elementos más negativos de comunicación en el proceso (como evitar errores).

- Ordenado por ejes que faciliten la observación de determinados ítems en cada visualización.

- Y que tenga buena coherencia interna.

1.3.2.CUESTIONARIOS DE VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN

A continuación se van a analizar distintos cuestionarios, detallando los elementos más interesantes de cada uno de ellos.

1.3.2.1.Gervas y col, 1991.

Desarrollan el Protocolo OCA (Observación Consulta Ambulatoria) sobre la base de audiograbaciones de entrevistas. Un observador externo cualificado evalúa los contenidos e intenta cuantificar cada uno de ellos. Introducen 10 categorías de actividades llevadas a cabo durante la entrevista como: 1. profesor pregunta; 2. prof. responde; 3. prof. comenta; 4. prof. registra; 5. prof. explora, 6.paciente pregunta; 7. paciente responde...

También establece diez categorías de contenidos incluyendo problemas de salud, medicación y tratamiento, educación para la salud, higiene y prevención, información y diagnóstico, pronóstico, burocracia, aspectos sociales, aspectos generales y anécdotas, aspectos psicológicos y relación médico/paciente y los silencios.

De manera que se analizan fracciones de tres segundos y le dan una pareja para cada una de las dos categorías. Así forman tres matrices incluyendo la asociación de ambas. Su uso ha sido muy limitado.

1.3.2.2.Pendelton, 1984.

Se limita al análisis de las tareas realizadas dando una información mixta tanto cualitativa como cuantitativa del porcentaje de cumplimentación de las mismas. Pudiendo usar tanto observación directa participativa como no participativa, o bien usando audito o videograbaciones.

Incluyen 14 tareas, valorándolas según la definición de adecuada a inadecuada que hace el observador cualificado. Serían las siguientes: Naturaleza e historia del problema; etiología del problema; si se han explorado las ideas del paciente; si se han explorado lo que

concierno al paciente; si se han explorado las expectativas del paciente; si se ha explorado el impacto del problema; si se ha considerado la continuidad del problema; si se han considerado factores de riesgo; si se decide una acción apropiada para cada problema; si se ha compartido adecuadamente la comprensión de los problemas abordados; si se ha envuelto al paciente en el manejo de sus problemas; si ha existido un uso apropiado del tiempo y los recursos en la entrevista; si ha habido un uso apropiado de tiempo y recursos en el manejo a largo plazo del paciente y la relación de ayuda con el paciente si se ha establecido o mantenido. Es uno de los cuestionarios desarrollados para la valoración del modelo de Comunicación centrada en el paciente. (CCP)

1.3.2.3. Brown, 1995

Es el otro cuestionario que mide específicamente la CCP y se ha desarrollado para el análisis de grabaciones en audio o vídeo por un observador externo cualificado por el grupo de Estudios en Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Western Ontario en London Ontario. Se basa en la observación de tareas aportando información cuantitativa sobre si la entrevista presenta una orientación más centrada en la enfermedad (modelo clásico) o en el paciente. Consta de seis componentes aunque solo hay desarrollados para el análisis los tres primeros.

El **primero** es el “Disease-Illnes”, incluyendo síntomas, claves, ideas, expectativas, sentimientos e impacto en la función.

El **segundo** es el que llaman integrando a la persona “completa”, donde incluyen aspectos de la familia, ciclo vital, soporte social y personalidad del paciente.

El **tercero** desarrollado es de los más importantes, lo llaman “llegando a acuerdos”, incluyendo la búsqueda de acuerdos del profesional con relación a la definición del problema, objetivos de manejo y un apartado que valora la respuesta a desacuerdos con flexibilidad.

1.3.2.4.Hays,1990.

El instrumento desarrollado para la observación y grabación valora principalmente el cumplimiento de tareas tanto comunicacionales como “clínicas”. Tiene ocho componentes con un total de 26 ítems y cinco opciones para cada uno. Los componentes son: fase inicial de la entrevista con 3 ítems; fase de obtención de datos con ocho; fase de exploración física con uno; fase de diagnóstico con tres, fase de manejo con cinco; fase de cierre con dos; comentarios generales con tres y puntuación final con uno.

1.3.2.5,Cox/Mulholland, 1993.

El instrumento desarrollado es para el análisis de videograbaciones analizando de forma cualitativa el perfil global del profesional, incluye 37 ítems que se encuentran por pares y sobre la base de una escala Licker. Analiza diferencias entre un “buen” y un “mal” médico.

Aporta como elemento original que incluye la opinión de los pacientes.

1.3.2.6.Leicester Assessment Package, 1994.

Es de los instrumentos de valoración más completos y desarrollados de los últimos años realizando una valoración cualitativa, incluye siete componentes y cuatro opciones para cada uno. Son los siguientes: fase exploratoria con 12 ítems; fase de examen con dos; fase resolutoria con siete; problem solving con cinco; conducta-relación con los pacientes con tres; promoción de salud con tres y registro realizado con siete.

1.3.2.7. Stillman, 1980

Describe la escala “Arizona Clinical Interviewing Rating”, que constituye uno de los primeros instrumentos publicados con unos índices de fiabilidad y validez adecuados. En ella se valoran cuatro factores: habilidades de anamnesis, habilidades de escucha, técnicas de facilitación y de cierre.

1.3.2.8. Roter, 1993.

Esta autora desarrolló un instrumento muy complejo para el análisis de audiograbaciones, basándose sobre todo en los contenidos, y valorando aspectos tanto comunicacionales como “clínicos”. Con una alta repercusión en investigación, ha sido usada por prestigiosos grupos como el Instituto Nivel de Holanda (Proyecto Eurocomunicación, que es multicéntrico). Aquí se valoran elementos globales, clínicos, contenidos que orientan sobre: emociones, conductas, personalidad..., interferencias, calidad de grabación y otros. Ha demostrado tras ser comparados con otros basados en transcripciones, ser un instrumento más simple y con menor costo de tiempo.

Es un método para la codificación de la interacción médico-paciente durante la visita médica. Se deriva del trabajo de Robert Bales, aunque se diferencia del original Bales's Process Analysis en cuatro vertientes:

- 1ª. La codificación está diseñada para cambios específicos en el encuentro médico.
- 2º. Las categorías están configuradas para reflejar directamente los contenidos y contextos en el diálogo rutinario entre los pacientes y los médicos.
- 3º. La identificación y clasificación de los hechos verbales está codificada directamente con audiograbaciones y no por transcripciones
- 4º. Desde que la codificación se hace directamente desde audiograbaciones, mejor que las transcripciones, se puede determinar la calidad tonal en la entrevista. Esta calidad tonal transmite las emociones del contexto más allá del significado inherente de las palabras.

Las unidades de comunicación las define como “utterances” (expresiones), discriminando cada segmento de palabra y así poder clasificarla. Las unidades pueden variar en longitud desde una simple palabra a una frase larga. Así una frase se considera una unidad si transmite un solo pensamiento o relato para un ítems de interés.

El término medio de tiempo para codificar una entrevista es normalmente el doble de lo que dura la misma. De manera que una visita de treinta minutos puede necesitar aproximadamente unos sesenta para la codificación.

Perfil Comunicacional de los Médicos de AP en una consulta de demanda. Validación de un cuestionario.

En 1995 llevó a cabo un estudio randomizado donde concluyeron que los programas de formación aumentan la calidad y resultado de las entrevistas, siendo el cambio en las habilidades de comunicación evidente con solo ocho horas de programa.

1.3.3. OTROS INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS (KRAAN, 1995)

1.3.3.1. Instrumentos de análisis de la Comunicación y competencia. Ver tabla n°. 1

INSTRUMENTO DE ANALISIS	AUTORES	AÑO
Método para la evaluación de la entrevista estudiante/paciente	Hollifield et al	1957
Evaluación Cuantitativa de la practica del estudiante en la entrevista médica	Barbee et al	1967
Método para evaluar las habilidades del estudiante de medicina con relación al paciente	Hess	1969
Evaluando la entrevista en Atención primaria de Salud	Barsky et al	1980
Técnica de análisis de habilidades interpersonales	Mcdonald/Templeton	1981
Prevención de fijación somática (PREVARA)	Mokkink et al	1982
Instrumento de evaluación Utrecht	Pieters et al	1983
Evaluando la competencia médica	Brockway	1978
Análisis de las habilidades en entrevista clínica del estudiante de medicina basada en la práctica	Mumford et al	1984
Escala de valoración de la entrevista clínica Arizona (ACIR)	Stillman et al	1977
Checklist sobre consejos y toma de historia Maastricht (MAAS)	Kraan et al	1987
Modo de Respuesta Verbal	Stiles	1978
Escala de valoración para la toma de historia en la entrevista clínica	Maguire et al	1978

* Tomado de KRAAN, H.F. Y col.

Todos estos instrumentos anteriores, y según sus propios autores, carecen de algunas características importantes: así son usados habitualmente para estudiantes de medicina y residentes, no habiendo sido demostrada su utilidad en formación médica continuada, presentando bajas tasas de fiabilidad en general y careciendo de validez de constructo. De ellos solo el ACIR y el MAAS están suficientemente documentados. Y todos los descritos hasta ahora han sido desarrollados fuera de nuestro país (salvo el de Gervas), no estando ninguno de ellos validado en nuestro país.

Hace poco ha comenzado la validación del **cuestionario HAYS** por el grupo Comunicación y salud de Bilbao en la unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria de esta localidad .

En un proceso muy avanzado de validación se encuentra un nuevo cuestionario como instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas de diferentes profesionales sanitarios y pacientes, **la guía CICAA**. (Ruiz, 2005).

También podemos mencionar otro instrumento de medida que está en fase de estudio, centrada en el cuarto escalón de Miller, **el portfolio**, que es un circuito de evaluación, en el que se potencia la autorreflexión y autoaprendizaje y se va recogiendo documentos, registros y evidencias en la práctica asistencial del aprendizaje conseguido, en resumen una evaluación de las competencias (Prados JA. 2005).

Otros métodos que podemos mencionar se basan en la Comunicación centrada en el paciente, siguiendo a Epstein (Ronald M. Epstein, et al, 2005) es un componente de alta calidad en un sistema de cuidados de salud (Comité de calidad de cuidados de salud en América), aunque no está claro que es, así hay varias teorías al respecto y en como se puede medir. Hay varios términos que se usan de forma intercambiable como es cuidado centrado en paciente y comunicación centrada en paciente. Según este autor el centrarse en el paciente debe ser reservado para una filosofía con tres valores: a consideración de las necesidades del paciente, lo que busca, sus perspectivas y experiencias individuales, las oportunidades que se le ofrecen al paciente para participar en su propio cuidado y la comprensión en la relación médico-paciente, tal como describió MacWhinney en 1995. El

término de cuidados centrados en el paciente se refiere a las acciones para el servicio centrado en el paciente, incluyendo comportamientos interpersonales, técnicas de intervención y sistemas innovadores de salud. Una definición operativa de la comunicación centrada en el paciente incluye:

- Obtener y comprender las perspectivas del paciente, sus ideas, expectativas, necesidades
- Comprender al paciente en su único contexto psicosocial
- Búsqueda de la comprensión de los problemas y tratamiento con el paciente que sea concordante con los valores del paciente
- Ayuda al paciente para poder tomar y responsabilizarse de sus decisiones en el grado en que ellos desean

Para poder medir esta comunicación hay que tener en cuenta lo complejo de la estructura donde se interrelacionan las interacciones clínicas con un comportamiento en comunicación específico con deseos subjetivos y resultados objetivos.

De esta manera hay que recoger información entre comportamientos de comunicación y sus efectos desde diferentes puntos de vista (una descripción objetiva de la comunicación en la consulta y la experiencia subjetiva del paciente y médico. Con lo que puede ocurrir que los datos recogidos de forma subjetiva no se correlacionen con los objetivos dentro del mismo encuentro. Por ello dentro del mismo método, componentes de esta comunicación pueden no tener una alta correlación. De este modo no sorprende que la validez convergente sea menor que una escala observacional.

Ante la necesidad de elaborar un instrumento de valoración de la comunicación que reuniera las características anteriormente descritas:

- Util para análisis de audio o videograbaciones
- Que valorara de forma cualitativa y cuantitativa el proceso comunicacional(centrándose solo en el proceso sin valorar elementos más clínicos)

- Que valore el perfil comunicacional de una forma lo más global posible incluyendo aspectos globales de la entrevista que influyan de forma clara en comunicación médico/enfermo, características o actitudes del profesional (cordialidad, empatía...), tareas comunicacionales a cumplir y habilidades técnicas desarrolladas para su realización.
- Con nº. adecuado de ítems para agilizar su uso.
- Centrado siempre que sea posible en objetivos de la comunicación (sonrisa para medir cordialidad), huyendo en la medida de lo posible de la subjetividad del observador.
- Estructurado por ejes para que la atención del observador se haga de forma escalonada sobre diferentes aspectos aumentando así su sensibilidad de captación de los ítems.

El grupo de Comunicación y Salud creó y desarrolló el cuestionario GATHA (Prados, 1996) siendo un instrumento para el análisis cualitativo y cuantitativo de grabaciones que analiza el Perfil Global del entrevistador. Consta de cuatro componentes: aspectos globales de la entrevista; y tres ejes, actitud del entrevistador, tareas comunicacionales realizadas y habilidades técnicas usadas.

1.3.4.CUESTIONARIO GATHA BASE (anexo I)

Por ser la base de este trabajo de investigación se va a ampliar el conocimiento de este instrumento de medida.

En primer lugar parte de una validez de consenso, y ello debido a que ha sido su diseño dirigido y realizado por un conjunto de profesionales dedicados desde hace años a la formación e investigación en el tema de la comunicación médico-paciente. Un equipo de seis profesionales de Atención Primaria lo ha coordinado y en su desarrollo se han realizado cuatro reuniones de expertos en cuatro reuniones nacionales con la participación de más de 60 profesionales del Grupo Comunicación y Salud. Hasta ahora se ha validado definitivamente para médicos residentes con pacientes estandarizados y para tutores con pacientes estandarizados también y se sometió a valoración de concordancia intraobservador en el estudio COMCORD con la evaluadora neutral, se estudió la validez de contenido y se midió la consistencia interna concluyendo que el cuestionario GATHA-RES es un instrumento válido y fiable que puede ser usado para la evaluación de las habilidades comunicacionales de los médicos de familia en formación.

Otro avance en el desarrollo de este cuestionario, se ha publicado un trabajo de investigación titulado “Estilos de consulta de los médicos especialistas y su relación con la percepción y satisfacción del paciente sobre el encuentro clínico” por la Dra. Ortiz (Ruiz, 2006). En este trabajo se ha modificado el cuestionario GATHA-Base para la consulta con médicos especialistas, que se ha denominado GATHA-ESP, que es similar al GATHA-RES suprimiendo aquellos ítems con baja concordancia diagnóstica, manteniendo similar estructura con un apartado global y tres ejes sin los ítems referidos a obtención de datos biomédicos, incluidos en el GATHA-RES ya que no se consideraron de utilidad para especialistas ya formados.

Actualmente se está validando también para enfermería en la Escuela de Enfermería de Huelva.

Se compone de cuatro apartados: datos globales y tres ejes que lo componen los detallamos a continuación:

Datos Globales.

Donde se introducen elementos de influencia demostrado en el proceso comunicacional y no encuadrables en el resto de los ejes. Consta de cuatro ítems: tiempo de consulta, sexo del profesional, sexo del paciente y existencia de acompañante.

Este apartado se mantiene igual en todas las versiones que se han desarrollado del cuestionario GATHA tanto el base, como el audio, res (para residentes con pacientes estandarizados), real (con pacientes reales y consultas de demanda) y el orientado para médicos especialistas en otras áreas que no sea la Primaria.

Eje 1º. Actitud/características del entrevistador.

Se valoran las siguientes características comunicacionales: empatía, con dos ítems; Asertividad, con tres; reactividad, con dos; y bidireccionalidad con dos. Como alguno de los elementos observables dan idea de varias de estas características, en total existen 10 ítems en este eje.

En este eje sí encontramos diferencias en los distintos cuestionarios GATHA, de manera que en el real se elimina el 6 (deja hablar al paciente sin interrumpirle en ningún momento) y el 7 (se expresa el profesional de forma segura). En la versión del ESP además se elimina el 10 (permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones), en el caso del RES se elimina también el 4 (ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones, (miedos,...) o percepción de salud del paciente) y el 5 (ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones, (miedos,...) o percepción de salud del paciente). Y en el caso del Audio mantiene los 9 primeros eliminando solo el 10.

Eje 2º. Tareas comunicacionales.

Se recogen todas aquellas que se aceptan como importantes. Se han tomado de Pendelton, Borrell, el equipo canadiense de la Universidad de Western Ontario entre otros autores. El total de ítems es de dieciocho en el base, que en el caso del REAL se ha eliminado el 17 (ha expresado al final de la entrevistas las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado) y el 18 (se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral) y el 23 (ha abordado el profesional factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas), el 28 (el profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario) y el 29 (se despide el paciente).

En la versión del ESP mantiene solo 9 ítems que serían el 18, 17, 19, 20, 21, 22, 24, 25 y el 26.

En el RES los ítems que se mantienen son el 11, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 24,25, 26, 28 y 29.

Y en el AUDIO los que se conservan son el 13, el 16, 18, 19, 20,21,22, 23, 24, 28 y el 29

Eje 3º. Habilidades Técnicas Comunicacionales. Existencia de errores

Con un total de 14 ítems divididos en dos apartados, las técnicas usadas y los errores cometidos, expresándose estos últimos en términos negativos, o sea si se han evitado o no con objeto de que el sí en esta pregunta (el que evita) tenga un valor positivo como el resto de ítems.

En el REAL se han eliminado el ítem 30 (si ha apoyado la narración con preguntas abiertas), el 33 (uso de ejemplificación en las medidas terapéuticas), el 35(dar instrucciones por escrito), el 38 (si ha habido contención emocional) y el 40 (si ha evitado inducir respuestas).

En el caso del ESP los ítem eliminados son el 33, el 38, 40,el 42 (evitar dar instrucciones sin orientar el problema) y el 43 (evitar las seguridades prematuras).

En el RES se eliminan el 30, 35 y todos los ítems de evitar errores del 39 al 45.

En el Audio para terminar se mantienen solo el 32 (si realiza señalamientos), 36 (si realiza respuesta evaluativa), el 42 y el 43.

Todavía presenta algunas limitaciones coincidentes con las expresadas por el Dr. Bellón para el GATHA de residentes, que son:

- No se ha medido la fiabilidad intraentrevistador, que consisten en comparar la forma de entrevistar del profesional pasado un tiempo con el mismo paciente estandarizado, pero es un aspecto más teórico que práctico, ya que existe la posibilidad que con el tiempo se mejoren las habilidades de entrevista, especialmente si se cumple el mismo caso y paciente estandarizado. Este aspecto no se podría medir nunca con pacientes reales, ya que la probabilidad de encontrar el mismo paciente con el mismo problema y con las mismas circunstancias, es prácticamente nula. En la intraobservador se realizarían dos visionados de una misma entrevista por un mismo observador y en la intraentrevistador se realizarían dos entrevistas con el mismo paciente

- No se ha medido la validez de criterio. La cual se mide mediante comparación con un patrón oro. En este caso al ser el único validado en el momento de su diseño en nuestro país no hay ese patrón con quien comparar(y de hecho ha pasado a ser patrón oro de otros cuestionarios). Y en estos temas tampoco existe un instrumento que sea 100% sensible y específico.

- Falta por medir la validez convergente-discriminativa, la cual plantearía una hipótesis previa avalada por la literatura, como el que el profesional de mejor perfil debe tener mejor satisfacción en sus pacientes, más adherencia o mejores resultados clínicos a igualdad de capacidad profesional. Aunque no se ha realizado todavía esta fase de validación, un resultado negativo se podría entender como: que el trabajo se hubiera diseñado, realizado, analizado deficientemente; que el constructo chequeado no fuera tan cierto como lo avala la literatura; y que los resultados fueran negativos en el aspecto chequeado en concreto. Este aspecto se ha medido en parte en el estudio de la fibromialgia, pues se pudo demostrar que aquellos que hacían un tipo de entrevista centrada en el paciente, mostraban un mayor grado de satisfacción y mejoría clínica

En cualquier caso, a pesar de las limitaciones descritas, este cuestionario GATHA, es algo “vivo”, en continuo desarrollo, que ha conseguido una fase de validación importante, tanto con las audiograbaciones como en la valoración de residentes, pudiendo usarse tanto en programas formativos como de investigación con pacientes estandarizados, estando actualmente en desarrollo en otros campo como la validación en entrevistas reales, motivo del presente trabajo de investigación.

Su elección frente a otros cuestionarios descritos para la evaluación de la comunicación se basa en tener las características necesarias de un buen cuestionario:

- N° de ítems asequible
- Tiempo de uso asequible
- Búsqueda de objetividad de ítems
- Cuestionario para valoración exclusivamente de comunicación
- Valora tanto tareas, como actitudes, errores y habilidades del profesional.
- Se puede usar con vídeo o Audiograbación
- Responde a un modelo de entrevista subyacente (Semiestructurada) y comunicación centrada en el paciente
- Fiabilidad documentada, especialmente la interobservador y la consistencia interna
- Evalúa solo proceso
- Valora aspectos verbales y no verbales.

La coherencia interna del cuestionario se puede valorar viendo el grado de correlación varios ítems en los que se supone, a priori, deben estar muy interrelacionados.

Así tenemos un cuestionario, con unas características adecuadas para su uso, con criterios de fiabilidad necesarios, y con un diseño y estructura que permite un uso cómodo y eficaz, siendo además el único validado en España.

2.- JUSTIFICACION

2. JUSTIFICACION

Por todo lo anteriormente expuesto, se puede ver la importancia de una buena comunicación médico-paciente, siendo el marco en el que el profesional actúa y desarrolla todas sus habilidades y donde múltiples factores no puramente clínicos están actuando y determinando que el resultado sea el adecuado. O sea, que tras el encuentro clínico, se llegue a una solución de los problemas del paciente objetiva y subjetivamente.

Un error en el proceso comunicacional durante el proceso asistencial puede producir un error clínico, malos resultados e insatisfacción en el paciente, y también como consecuencia, estrés en el profesional. Además, una mala comunicación puede hacer que un paciente perciba errores clínicos donde en realidad no los hubo. De esta manera los errores atribuidos presentes en los litigios se basan en una gran mayoría en problemas en el proceso comunicacional y no en errores clínicos objetivos reales.

La satisfacción de los pacientes, la adherencia al tratamiento o los resultados clínicos mismos no dependen sólo de unos conocimientos clínicos adecuados, sino también y fundamentalmente de la capacidad para comunicarse eficazmente que tenga el profesional. Así, dependerá de factores como su habilidad para obtener información, la capacidad para informar adecuadamente, de unas buenas características como entrevistador (empatía, asertividad, actitud de escucha...), de un conocimiento operativo del entorno del paciente, de un análisis de las creencias o emociones que el problema ocasiona en el mismo, o de un abordaje oportuno de sus expectativas entre otras.

El adquirir por tanto unas buenas actitudes, conocimientos y habilidades comunicacionales se transforma en una necesidad para todo profesional que pretenda desarrollar con calidad su labor asistencial.

Para poder evaluar dicha comunicación, ya se han comentado los diferentes instrumentos de medida de los que disponemos. Dentro de ellos tenemos diferentes cuestionarios, de los cuales cuando comenzamos nuestro trabajo, solo uno se hallaba validado en nuestro país de forma adecuada y solo con pacientes estandarizados, en situación de laboratorio con vídeo y en práctica real con audio. Este cuestionario es el llamado GATHA, y ha sido desarrollado e ideado por el Grupo Comunicación y Salud. Su validación para el análisis del proceso comunicacional con pacientes reales en Atención Primaria, con todos los

condicionantes de la práctica real y sin sentirse observado, no solo es conveniente sino necesario y muy útil.

Debemos recordar citando a Miller, que el análisis de la competencia clínica en el último escalón (análisis de la práctica real) no se correlaciona necesariamente con los hallazgos de análisis de los escalones más bajos (situación de laboratorio), especialmente en los temas comunicacionales.

Además, hasta ahora los estudios llevados a cabo, donde se ha visto la importancia de los programas de formación, así como los realizados para evaluar las aptitudes de los profesionales, se han desarrollado en su mayoría con pacientes estandarizados, y no con enfermos reales y en condiciones de clínica habitual y no de laboratorio.

El Cuestionario GATHA no ha sido aun validado en este último escalón y éste es el principal objetivo de esta tesis.

3.- HIPOTESIS

3. HIPOTESIS

3.1. HIPOTESIS CONCEPTUAL

El cuestionario GATHA real, totalmente desarrollado en nuestro país, es un instrumento válido, fiable y útil para evaluar el perfil comunicacional de los profesionales de atención primaria con pacientes reales. Así, este se puede usar en la práctica habitual, permitiendo analizar de una forma más global dicho perfil y sus diferentes facetas:

- Conocer las actitudes comunicacionales (cordialidad, bidireccionalidad, empatía, reactividad y asertividad del profesional.
- Ver el cumplimiento de tareas comunicacionales.
- Conocer el uso de habilidades técnicas y el número de errores de comunicación que el profesional hace.

3.2. HIPOTESIS ESTADÍSTICA

La H0- No se puede afirmar que el cuestionario GATHA sea un instrumento válido, fiable y útil al aplicarlo en entrevistas reales con profesionales de Atención Primaria.

La H1- El comentado cuestionario si es un instrumento válido, fiable y útil para su uso en el análisis del perfil comunicacional del médico de atención primaria.

4.- OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Validar el cuestionario GATHA para análisis de la comunicación realizada por el médico de Atención Primaria durante la entrevista clínica en consultas de demanda con pacientes reales y así poder conocer el perfil comunicacional de los mismos.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- CUANTIFICAR la fiabilidad intraobservador del cuestionario GATHA.
- VALORAR la Consistencia interna del cuestionario en su uso con pacientes reales.
- MEDIR la validez de contenido del cuestionario GATHA.

5.- MATERIAL Y METODOS

5. MATERIAL Y METODOS

5.1.DISEÑO

Estudio observacional y transversal de validación de cuestionario.

5.2.POBLACION DE ESTUDIO

Se estudiaron entrevistas realizadas con pacientes reales que acudieron a la consulta de demanda, a los Médicos de Atención Primaria de Centros de Salud de la provincia de Córdoba, que cumplían los siguientes criterios de selección.

5.3.CRITERIOS DE SELECCION

5.3.1.CRITERIOS DE INCLUSION

- Médicos que aceptasen participar en el estudio de la población anteriormente descrita.
- Conocimiento del cupo por cada uno de los médicos al menos seis meses anteriores a la grabación.
- Experiencia profesional de los mismos en Atención Primaria superior o igual a tres años.

5.3.2.CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pertenencia por parte de alguno de los profesionales al equipo de investigación.
- Se excluirán aquellas entrevistas con déficit importantes de audición y visión, y aquellas que tuvieran un motivo de consulta exclusivamente administrativo (recetas, partes, certificados...).

5.4.MUESTRA

5.4.1 TAMAÑO MUESTRAL

Para obtener los coeficientes de validez y fiabilidad del cuestionario GATHA, El tamaño muestral viene dado por el número total de entrevistas y videograbaciones. Así, tomando un error alpha de 0,05 y para detectar una diferencia de 0,10 en los coeficientes de correlación de fiabilidad, concretamente 0,80 frente a 0,70, se necesitarán 190 entrevistas para obtener una potencia de 88,6%. Este efecto ha sido seleccionado como el menor efecto que podría ser importante detectar, de tal modo que variaciones de los coeficientes inferiores a 0,10 no tendría una significación clínica.

Además este tamaño muestral nos permitiría obtener una precisión en los coeficientes de correlación, asumiendo intervalos de confianza al 95% de $\pm 0,05$; por lo que si obtenemos un coeficiente de fiabilidad de 0,80, su precisión variará entre 0,75 y 0,85. Todos estos cálculos se han realizado utilizando la aproximación de la Z de Fisher.

Para obtener esta muestra de 190 entrevistas, se tendrá en cuenta el objetivo de determinar el mínimo número de entrevistas necesarias para determinar el perfil comunicacional de los médicos. De esta manera se han obtenido al menos 10 entrevistas válidas por médico.

5.4.2 TECNICA DE MUESTREO

Se eligió una muestra aleatoria simple de 23 médicos, entre los médicos de atención primaria de la provincia de Córdoba, algunos de ellos adscritos a la Unidad Docente de Córdoba, que aceptaron las condiciones del estudio. De este modo, también garantizamos un porcentaje de pérdidas de grabaciones correspondientes a tres médicos y 30 entrevistas.

Los 23 médicos fueron grabados en vídeo un día de la semana al azar sin previo aviso. De tal día, se obtuvo de cada médico dos horas de grabación. Esto garantizó un mínimo de 15 entrevistas, por lo que se podieron desechar unas cinco entrevistas, bien por motivos técnicos (mala audición o visión) o criterios de selección (entrevistas exclusivamente

administrativas). La decisión de que una entrevista grabada en vídeo fuese válida o no la tomó un investigador distinto e independiente a los dos observadores del estudio.

Se excluyeron las dos o tres primeras entrevistas de entre las grabaciones para evitar en la medida de lo posible el sesgo del observado., con lo que ha quedado un total de 230 entrevistas.

En esta muestra se recogieron datos por parte del facultativo como la edad, sexo, años de experiencia en atención primaria, formación MIR y formación en comunicación médico-paciente, y en el caso de los pacientes se recogió el sexo de los mismos y si iban o no acompañados.

5.5.VARIABLES

Al ser un estudio de validación de cuestionarios, todas las variables del mismo se refieren a los diferentes valores computables al cuestionario de estudio:

5.5.1.VARIABLES DEPENDIENTES:

- Valor global del GATHA
- Valor del Eje 1º del GATHA - Actitudes del profesional
- Valor del Eje 2º del GATHA - Tareas comunicacionales
- Valor del Eje 3º del GATHA - Habilidades Técnicas y errores cometidos
- Perfil de Comunicación centrado en el paciente (CCP) del profesional
- Valor del factor CCP del cuestionario GATHA.

Los ítems o preguntas del cuestionario para poder calcular las variables anteriores eran cerradas y la respuesta era dicotómica (SI o NO/NO PROCEDE)

5.5.2.VARIABLES INDEPENDIENTES

- Cada uno de los ítems que componen el cuestionario como cualitativa dicotómica.
- Aquellos datos relacionados con el profesional:
 - o Edad, como cuantitativa discreta
 - o Sexo, como cualitativa dicotómica
 - o Años de experiencia en atención primaria, como cuantitativa discreta
 - o Formación MIR, como cualitativa dicotómica

5.6 PLAN DE ACTUACION

Realización de las entrevistas. Todos los participantes eran médicos de atención primaria de la provincia de Córdoba con más de tres años de experiencia en atención primaria. Los 23 fueron videograbados en una consulta a demanda con pacientes reales. Se han visionado 10 entrevistas por médicos, desechando las tres primeras para evitar el sesgo que puede producir el sentirse observado. Esta fase se realizó en el período comprendido entre los meses de septiembre de 1997 y 1998

Valoración de las entrevistas. Las entrevistas han sido observadas por un observador, previamente entrenado en el uso del cuestionario GATHA-BASE y validado con unas entrevistas usadas como patrón oro por los Dres. Jose Antonio Prados Castillejo y Roger Ruiz Morál. El observador utilizó el manual del cuestionario, que incluía comentarios, definiciones y explicaciones, y en muchos casos, ejemplos referentes a los ítems, así como orientaciones y sugerencias sobre cómo realizar la cumplimentación. Esta valoración duró un par de meses. Cada entrevista fue visualizada entre 2 y 3 veces, focalizándose la atención en cada ocasión en cada uno de los ejes del cuestionario. El tiempo medio de análisis de cada entrevista fue de 30 minutos.

5.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

El procesamiento se realizó en una base de datos creada en el programa Access de Microsof-Office. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS/PC v.8.0.

En la depuración de la base de datos para subsanar errores de codificación, se obtuvieron listados de frecuencias de todas las variables, valoración y corrección en su caso, de valores anómalos o perdidos.

ANALISIS DE LA FIABILIDAD

- Análisis de los elementos del cuestionario y Consistencia interna: Una forma indirecta de medir la fiabilidad es analizar la concordancia de los valores obtenidos entre los elementos que conforman el test. Así, como es un cuestionario que mide diferentes dimensiones de la comunicación, para valorar la fiabilidad se calcula el grado de acuerdo existente entre las distintas preguntas que evalúan una determinada dimensión; a este grado de acuerdo se denomina *consistencia interna* y se calcula fácilmente con la prueba alfa de Cronbach, cuyos valores oscilan entre 0 y 1, siendo más consistente, y por tanto más fiable, cuanto más se aproxime al valor 1. Es el método más usado para calcular la fiabilidad (Mira J.J.)

Para analizar los elementos del cuestionario estudiamos la tasa de respuesta de cada uno de los ítems (tasa de endose) y determinamos el grado de coherencia. Esta tasa o frecuencia de endose de un ítem es la proporción de personas que responden a cada una de las posibles opciones de un ítem, en caso de ítems dicotómicos significa la proporción al decir "sí" (y a la inversa "no"). Generalmente los ítems con una sola alternativa tiene unos índices de endose muy altos (o muy bajos), por ello deben ser eliminados. En la práctica se suelen usar solo ítems cuyos índices estén entre el 0,05 y 0,95 por categoría.

Las decisiones para excluir o eliminar un ítem se hizo, en primer lugar, comprobando la capacidad discriminante del mismo, procediendo a eliminar aquellos ítems que mostraban baja correlación con la puntuación total de la dimensión que evalúa o con el total del cuestionario, según se trate, sin que se vea afectada su fiabilidad y validez. Para

esto último, servirá de criterio orientativo el coeficiente correlación ítem-escala corregido inferior a 0,20. Se valoró la frecuencia de endose de cada ítem del cuestionario, eliminando aquellos con una alta-baja tasa de endose, y se calculó el alpha de Cronbach analizando el cambio del valor de este coeficiente cuando alguno de los ítems son eliminados.

- Estabilidad o reproducibilidad (concordancia intraobservador): Para analizar la fiabilidad intraobservador, se utilizó una muestra del 20,9% de las que se han realizado a los 23 médicos de atención primaria, pasado un intervalo de tiempo que osciló entre 15 y 60 días. Este estudio lo ha realizado otro investigador encargado del análisis estadístico.

El análisis estadístico realizado para valorar la fiabilidad intra o interobservador consistió en el cálculo de los índices Kappa (para valorar la concordancia de cada ítem del cuestionario entre sí), y del Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), para estimar el grado de acuerdo obtenido en la puntuación total del mismo. En aquellas situaciones en que el Kappa estuvo por debajo de 0,50 se calculó un coeficiente ideado por matemáticos granadinos con el mismo significado que el Kappa y similares valores llamado Delta (Martín Andrés, 2004). . Finalmente, como complemento a la información que proporciona el CCI, se utilizó el método de la media de las diferencias propuesto por Bland y Altman, el cual permite analizar gráficamente la dispersión de las diferencias respecto a cero (acuerdo total) o si las diferencias intra-interobservador 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 (DE) y sus límites de concordancia (media de las diferencias $\pm 1,96 * DE$). Se utilizó la prueba T de Student para datos apareados ($p < 0,05$). Para la interpretación del CCI, nos vamos a basar en la clasificación establecida por Jiménez, según la cual un CCI $> 0,91$ indica una concordancia muy buena; 0,71-0,90, buena; 0,51-0,70, moderada; 0,31-0,50, mediocre, y si es $< 0,31$, la concordancia sería mala o muy mala. Para valorar la reproducibilidad con el estadístico Kappa hemos seguido la clasificación propuesta por Fleiss (Fleiss, 1981), que establece que un Kappa $< 0,40$ indica acuerdo deficiente; 0,40-0,75, aceptable y si $> 0,75$

excelente. Si éste es $<0,2$ se desechará el ítem.. Cuando no fue posible calcular el valor de Kappa, calculamos el índice de concordancia simple (n° de casos concordantes/total de casos).

ANALISIS DE LA VALIDEZ

- La validez de un cuestionario hace referencia a si verdaderamente se mide aquello que se desea medir, para evitar que se cometan errores sistemáticos. Se puede hablar de validez aparente, de contenido, de construcción y de criterio. La validez aparente se refiere a la imagen que transmite de sí el cuestionario a los individuos, se consigue con instrucciones claras, formato cuidadoso y presentación agradable, en cuanto a la de contenido se refiere a si el cuestionario explora todas las dimensiones posibles del constructo que se desea medir, para ésta y la anterior no cabe cálculo alguno, solo caben valoraciones cualitativas. Para la validez de criterio se necesitarían otros instrumentos de medida con los mismos o similares atributos para poder compararlos entre ellos, que en este caso no se podría hallar al ser el único validado en el momento de su diseño en nuestro país. Y por último la validez de constructo que se refiere a si el cuestionario mide realmente lo que dice que mide, puede ser calculada por diversos métodos, los más corrientes el análisis factorial (exploratorio o confirmatorio) y la matriz multirasgo-multimétodo. Con el análisis factorial se determina matemáticamente mediante la agrupación de los ítems en factores que describen el cuestionario, obteniendo unas dimensiones a posteriori que deben coincidir a grandes rasgos con las establecidas a priori. En este trabajo se hizo un análisis factorial exploratorio de las respuestas de las preguntas del cuestionario en función de factores subyacentes. Las dimensiones subyacentes del cuestionario fueron estudiadas mediante un análisis factorial con el método de componentes principales con rotación Varimax. Finalmente, la conveniencia de la muestra se midió con el índice de Kaiser- Mayer-Olkin y el test de esfericidad de Barlett.

5.8. CONTROL DE CALIDAD

Las videograbaciones debían reunir unos requisitos de calidad mínimos:

- debían grabar tanto al paciente como al profesional.
- debían realizarse con un micrófono unidireccional que asegure una buena grabación de sonido.

Los observadores fueron validados en su uso, demostrando su conocimiento del manejo del Cuestionario GATHA ante un comité de expertos pertenecientes al Grupo Comunicación y Salud. Esta validación consiste en un examen tipo test sobre el Manual y superación del 75% en la realización del GATHA en 10 entrevistas estandarizadas comparado con patrón Oro.

5.9. VALORAR LOS SEGOS

Tendremos que tener en cuenta los posibles sesgos como:

- Del **profesional voluntario**, que debe ser asumido desde un punto de vista ético y habitual en este tipo de estudios, pudiendo obviarse, extrapolarlo resultados solo a poblaciones que se correspondan con los criterios de selección usados.
- Del **profesional observado**, en la medida en que pueda variar su práctica profesional al sentirse grabado en vídeo. Este sesgo es inevitable, pero según Pendelton es mínimo.(Pendelton, 1984)
- Del **observador**, que se minimiza usando un observador externo al proyecto en el análisis de las videograbaciones. El investigador que realizó los cálculos estadísticos fue también diferente al observador de las entrevistas.

5.10.NORMAS ETICAS

Se ha seguido el protocolo del Grupo de Comunicación y Salud para la grabación de entrevistas clínicas (consenso sobre ética de las grabaciones, Zaragoza 1998).

Se obtuvo el permiso de todos los profesionales que van a participar, así como de los directores de los Centros de Salud y el director de Distrito Sanitario de Córdoba. (ver anexo)

Así mismo, los pacientes grabados debieron expresar su consentimiento explicando que la grabación se realizó de forma anónima y con fines de investigación, asegurándoles, previo al acto clínico, que su negación no implicaba deterioro de su atención.

Las conclusiones del estudio serán expuestas con posterioridad a todos los participantes en el mismo.

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PROFESIONALES ESTUDIADOS

Dentro de las variables independientes que se recogieron relacionadas con el profesional tenemos:

-En cuanto a la edad media ésta fue de 42,86 años con unos límites entre 36 y 53. Del sexo de los 23 profesionales participantes, 19 (82,6%) eran hombre y 4 mujeres

-El promedio de años de experiencia trabajando en Atención Primaria es de media de 12,08 años con una desviación estándar de 4-21. El 73,9% (17) tenían formación MIR, y el 69,6% formación específica en comunicación.

6.2 ANALISIS DE LA FIABILIDAD

6.2.1. ANALISIS DE LOS ELEMENTOS DEL CUESTIONARIO Y CONSISTENCIA INTERNA:

Se estudia en primer lugar la tasa de respuesta de cada uno de los ítems (tasa de endose) y se determina el grado de fiabilidad interna, coherencia interna u homogeneidad (alpha de Cronbach).

Para hallar la consistencia interna del cuestionario se comenzó viendo la permanencia de los ítems (45) según su tasa de endose en los diferentes ejes que constituyen el cuestionario. Se descartaron aquellos con una tasa del 100% (no son discriminantes) y todos los que la tuvieran por debajo del 5%.

Tabla 1: Tasa de endose obtenida en cada uno de los ítems del GATHA (n=230)

EJE 1º. -ACTITUD/CARACTERISTICAS DEL ENTREVISTADOR	SI %	NO/NO PROC. %	CODIGO
- ¿Ha saludado al Paciente?.....	72,6	27,4	1. __
- ¿En algún momento el profesional ha llamado por su nombre al paciente?.....	62,3	37,7	2. __
- ¿Ha sonreído el profesional en algún momento de la entrevista?.....	65,5	34,5	3. __
- ¿Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?.....	8,5	91,5	4. __
- ¿Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?.....	4,5	95,5	5. __
- ¿Deja hablar al paciente sin interrumpirle en ningún momento?.....	98,7	1,5	6. __
- ¿Se expresa el profesional de forma segura?.....	100,0	0,0	7. __
- ¿Mientras informa el profesional, mira a la cara del paciente?.....	67,3	32,7	8. __
- ¿Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?.....	78,9	21,1	9. __
- ¿Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?.....	98,7	1,3	10. __
 EJE 2º. - TAREAS COMUNICACIONALES	SI %	NO/NO PROC.%	CODIGO
- ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?.....	3,6	96,4	11. __
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido mas tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:			
- ¿Cualidad?.....	83,4	16,6	12. __

Perfil Comunicacional de los Médicos de AP en una consulta de demanda. Validación de un cuestionario.

- ¿Evolución cronológica?.....	54,3	45,7	13. __
- ¿Localización?.....	66,4	33,6	14. __
- ¿Factores que lo modifican?.....	15,2	84,8	15. __
- ¿Se conoce al final de la entrevista la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?.....	26,0	74,0	16. __
- ¿Ha expresado el paciente al final de la entrevista las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado?.....	3,1	96,9	17. __
- Se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?.....	6,3	93,7	18. __
- Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?.....	1,3	98,7	19. __
- Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:			
- ¿Estado de ánimo?.....	6,7	93,3	20. __
- ¿Acontecimientos vitales estresantes?.....	4,9	95,1	21. __
- ¿Entorno sociofamiliar?.....	11,7	88,3	22. __
- ¿Ha abordado el profesional factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?.....	18,4	81,6	23. __
- ¿Ha informado el profesional sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente?.....	72,2	27,8	24. __
- ¿Ha informado sobre la evolución que puede seguir el proceso?.....	14,3	85,7	25. __
- ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?.....	36,3	63,7	26. __
- ¿Comprueba la asimilación de la información suministrada?.....	5,4	94,6	27. __
- ¿El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?.....	17,0	83,0	28. __

- ¿Se despide del paciente?..... 83,0 17,0 29. __

EJE 3º. - HABILIDADES TECNICAS SI % NO/NO PROC. % CODIGO

- Cuando apoya la narración del paciente, ¿ha realizado alguna de las siguientes técnicas:

- Preguntas abiertas?..... 1,3 98,7 30. __

- Contacto visual-facial?..... 41,3 58,7 31. __

- Señalamientos?..... 6,3 93,7 32. __

- Cuando informa al paciente, ¿ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:

- Ejemplificación?..... 100,0 0,0 33. __

- Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?..... 17,5 82,5 34. __

- Instrucciones por escrito?..... 5,4 94,6 35. __

- ¿Ha utilizado el profesional alguna de las siguientes técnicas de negociación:

- Respuesta evaluativa?..... 0,6 99,6 36. __

- Exploración de creencias?..... 0,9 99,1 37. __

- En caso de emociones, ¿ ha tenido contención emocional?..... 19,7 80,3 38. __

- ¿Ha **EVITADO** alguno de los siguientes errores:

- Mezclar consejos y/o información en la fase exploratoria?..... SI Evita NO Evita/No Proc.
26,5 73,5 39. __

- Inducir respuestas?..... SI Evita NO Evita/No Proc.
11,2 88,8 40. __

- Antagonizar?..... SÍ Evita NO Evita/No Proc.
66,4 33,6 41. __

- Dar instrucciones sin orientar el SI Evita NO Evita/No Proc. 42. __

problema?.....	70,9	29,1	
- Seguridades prematuras?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	
	57,4	42,6	43. __
- Utilizar jerga médica y/o tecnicismos sin explicar?.....	SI Evita	NO Evita/No Proc.	
	86,1	13,9	44. __
- Tomar la decisión de forma unilateral?	SI Evita	NO Evita/No Proc.	
	0,4	99,6	45. __

Tras el análisis de estos datos se decide eliminar los ítems 6,7,10,19,21,30,33,36,37 y 45.

El ítem 5 y el 11 aunque su tasa de endose era baja se mantuvieron por la importancia en el modelo comunicacional que presentan. Igualmente, el ítem 17 también se decidió dejarlo por ser uno de los ítems importantes para el estudio del método centrado en el paciente.

Con los 35 ítems restantes se calculó el alpha de Cronbach que fue de 0,5739.

Para mejorar la consistencia interna de la escala se analizó si mejoraba el alfa de Cronbach al eliminar escalonadamente ciertos ítems, comprobándose que:

- Quitando el ítem 23 el alpha fue de 0,58.
- Quitando además el 38 el alpha fue de 0,6012.
- Quitando finalmente también el ítem 40, el alpha final fue de 0,6121.

6.2.2 ANALISIS DE LA ESTABILIDAD O REPRODUCIBILIDAD

Para el cálculo de la estabilidad o reproducibilidad se procedió al cálculo del coeficiente Kappa en cada ítem, para posteriormente hallar el coeficiente de correlación intraclase (CCI) por ejes y el global. Este coeficiente Kappa es una forma de coeficiente de correlación intraclase que deriva del método ANOVA (análisis de varianza que determina la cuantía de error en una valoración individual cuando se reproducen las puntuaciones) para variables cualitativas o nominales. Se midió la concordancia intraobservador .

6.2.2.1. -CONCORDANCIA INTRAOBSERVADOR:

El CCI en el eje 1º fue de 0,92 (IC 95%: 0,86-0,93). En el eje 2º el CCI fue de 0,85 (IC95%: 0,74-0,91). En el eje 3º el CCI fue de 0,72 (IC95%: 0,55-0,91). El CCI global entre las visualizaciones primeras y las segundas realizadas en una muestra aleatoria del total de entrevistas realizadas, por el mismo observador pero con una diferencia como mínimo de 15-30 días fue de 0,86 con un IC95% de 0,76-0,92.

La puntuación media obtenida en la primera valoración fue de $12,9 \pm 2,91$, mientras que con la segunda, esta fue de $13,23 \pm 2,55$; estas diferencias de medias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,125$).

En aquellos casos en que las categorías tienen pocos casos por lo que el Kappa no va bien, se ha calculado otro coeficiente de concordancia que puede suplirlo, se trata del coeficiente delta..

En la siguiente tabla 47 se puede visualizar los diferentes índices kappa de cada uno de los ítems, o el índice de concordancia simple, cuando el valor de Kappa fue $<$ de 0,5 se usó el coeficiente delta, y en aquellos en los que no se pudo calcular ninguno de los dos se estimó el índice de concordancia simple :

Tabla 47: Concordancia intraobservador (n=46)

Nº de ítem	Kappa +/-EE (n=46)	Delta +/-EE	Indice Concordancia simple (%)
1	0,94+/-0.052	---	----
2	0,95+/-0.047	---	----
3	0,95+/-0.047	---	----
4	0,78+/-0.151	---	----
5	0,84+/-0.151	---	----
6	----	----	97,8
7	----	----	100,0
8	0,83+/-0.092	---	----
9	0,55+/-0.199	---	----
10	----	----	97,8
11	----	----	97,8
12	0,78+/-0.204	---	----
13	0,89+/-0.074	---	----
14	0,71+/-0.119	---	----
15	1,0	---	----
16	0,70+/-0.109	---	----
17	-0,30	0.818+/-0.079	----
18	----	----	95,6
19	----	----	100,0
20	0,84+/-0.151	---	----
21	----	----	97,8
22	0,63+/-0.190	---	----
23	0,84+/-0.104	---	----
24	0,94+/-0.054	---	----
25	0,72+/-0.181	---	----
26	0,70+/-0.112	---	----
27	0,54+/-0.227	---	----
28	0,84+/-0.104	---	----
29	0,93+/-0.061	---	----
30	----	----	97,8
31	0,70+/-0.102	---	----
32	0,64+/-0.234	---	----
33	1,0	---	----
34	0,82+/-0.097	---	----
35	0,48	0.857+/-0.071	----
36	----	----	95,6
37	----	----	100,0
38	0,43	0.715+/-0.097	----
39	0,90+/-0.066	---	----
40	0,65+/-0.319	---	----
41	0,83+/-0.092	---	----

Nº de ítem	Kappa +/-EE (n=46)	Delta +/-EE	Indice Concordancia simple (%)
42	0,76+/-0.110	---	----
43	0,60+/-0.123	---	----
44	0,66/-0.154	---	----
45	1,0	---	----

Para ver el grado de concordancia de una forma más ilustrativa, usamos el gráfico de Bland y Almand, que nos muestra el grado de acuerdo entre las dos mediciones y las posibles desviaciones o sesgos que existen entre estas. En la figura 1 podemos observar como la mayoría de las diferencias de las puntuaciones medias (el 95%) están por debajo ± 3 puntos. También podemos comprobar como conforme la puntuación obtenida en la entrevista es superior, las discordancias aumentan, aunque ligeramente.

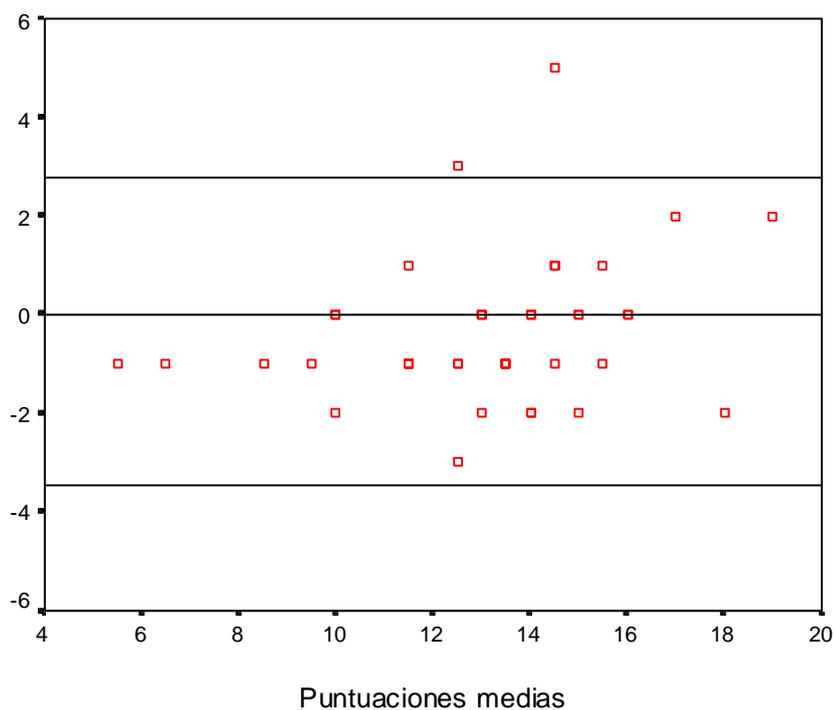


Fig. 1 . Gráfico de Bland y Almand

6.2.2.2 -RESULTADOS DEL ENTRENAMIENTO DEL OBSERVADOR.

Para poder saber si el entrenamiento del observador fue correcto, se hizo con una muestra de 10 entrevista de un patrón oro (gatha-res con 27 ítems) comparándolas con el visionado de nuestro observador. En este caso el CCI se realizó en el global de las entrevistas, siendo de 0,44 con un intervalo de confianza para el 95% de 0,21-0,82. En la siguiente tabla 48 se muestran los diferentes valores kappa y en su caso coeficiente delta de cada uno de los ítems:

Tabla 48: Tabla resultados de entrenamiento observador

Nº ítem	Kappa+/-EE	Delta+/-EE	Concordancia simple (%)
1	0,44+/-0.223	---	
2	-,034+/-0.233	-.072+/-0.263	
3	---		100
4	0,54+/-0.256	---	
5	---		90,0
6	---		100
7	1	---	
8	0,54+/-0.216	---	
9	0,60+/-0.232	---	
10	0,60+/-0.232	---	
11	0,28+/-0.241	0.383+/-0.241	
12	0,61+/-0.337	---	
13	0,80+/-0.186	---	
14	0,48+/-0.321	0.154+/-0.263	
15	0,74+/-0.288	---	
16	---		100
17	---		100
18	---		100
19	,783+/-0.201	---	
20	1	---	
21	0,54+/-0.256	---	
22	0,52+/-0.294	---	
23	1	---	
24	0,44+/-0.223	---	
25	1	---	
26	1	---	
27	---		100

6.3. ANALISIS DE LA VALIDEZ

Con estos 32 ítems que quedaron se realizó un análisis factorial global, identificándose 13 factores que nos explicaban el 64,31% de la varianza, con un punto de corte en el coeficiente de correlación de 0,35 (tabla 46).

Tabla 46. Análisis factorial global

FACTORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ITEM12	0,821												
ITEM14	0,768												
ITEM13	0,485											0,380	
ITEM9		0,755											
ITEM41		0,743											
ITEM43		0,620											
ITEM42			0,903										
ITEM24			0,885										
ITEM4				0,852									
ITEM5				0,814									
ITEM32				0,421							0,372		
ITEM2					0,662								
ITEM3					0,642								
ITEM44					0,563								
ITEM20						0,770							
ITEM22						0,664							
ITEM8							0,662						
ITEM28							0,658						
ITEM31							0,462						
ITEM15							0,438	0,367					
ITEM34								0,789					
ITEM35								0,656					
ITEM11									0,775				
ITEM25									0,701				
ITEM26										0,757			
ITEM27										0,529			0,465
ITEM 16											0,582		
ITEM17											0,545		
ITEM18						0,359					0,474		
ITEM39												0,753	
ITEM1												0,519	
ITEM29													0,825
Alpha de Cronbach	0,600	0,608	0,825	0,625	0,388	0,446	0,432	0,426	0,360	0,304	0,173	--	--

Test de adecuación de la muestra KMO (p=0,539); Test de Barlett: p < 0,001.

Cuando un ítem se encuentra en varios factores, lo incluimos en aquel donde la correlación es mayor y donde metodológicamente debería ir incluido, ya que en este análisis factorial hay que tener precaución en la llamada falacia de la designación, según la cual por designar con un nombre un factor consideremos que todos los ítems que lo integran midan solo lo que se designa y de forma homogénea.

Los factores que tenemos serían:

- FACTOR 1. Compuesto por los ítems 12,13 y 14, que denominamos como *anamnesis*.
- FACTOR 2. Compuesto por los ítems 9,41,43, que denominamos como *respeto*.
- FACTOR 3. Compuesto por los ítems 24, 42, denominado como *información*.
- FACTOR 4. Compuesto por los ítems 4,5,32, denominado *empatía*.
- FACTOR 5. Compuesto por 2,3,44, denominado *cercanía*.
- FACTOR 6. Compuesto por 20,22, denominado *biopsicosocial*.
- FACTOR 7. Compuesto por 8,15,28,31, denominado *atención al enfermo*.
- FACTOR 8. Compuesto por 34,35,denominado *habilidades informativas*.
- FACTOR 9. Compuesto por 11,25, denominado *miscelánea*.
- FACTOR 10. Compuesto por 26,27, denominado *acuerdo*.
- FACTOR 11. Compuesto por 16,17,18,32, denominado *método centrado en paciente*.
- FACTOR 12. Compuesto por 39,1, denominado *organización*.
- FACTOR 13. Compuesto por 29 que podría denominarse *cordialidad-cercanía*.

6.4 ANALISIS FACTOR CCP (ITEMS RELACIONADOS CON EL MÉTODO CENTRADO EN EL PACIENTE)

Por último y siguiendo lo publicado en la validación del cuestionario GATHA-res, se ha seleccionado 6 ítems de los 32 que componen el Gatha real, que pueden reflejar el grado con el que un médico se “centra en el paciente”. Esta subescala fue objeto de un análisis de la consistencia interna que arrojó un alpha global de 0,22 y un estudio factorial con tres factores que explican un 67,20% de la varianza que serían (Tabla 49):

- factor 1, “empatía”, con el ítem 4 y 5 y un alpha de 0,69
- factor 2, “entorno biosicopsocial”, 20 y 22 con un alpha de 0,44
- factor 3, “participación del paciente”, formado por el 9, 26 cuyo alpha es 0,20

Tabla 49. Análisis Factorial con las preguntas seleccionadas del MCP

	Component		
	1	2	3
item4	,884		
item5	,871		
item22		,796	
item20		,771	
item9			,766
item26			,719

La numeración de estos ítems corresponde al Gatha base

EJE 2º.-TAREAS COMUNICACIONALES

Ítems	SI	NO	CODIGO
- Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11-8
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:			
- Cualidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-9
- Evolución cronológica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13-10
- Localización?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14-11
- Factores que lo modifican?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15-12
- Se conoce al final de la entrevista la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntomas o proceso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-13
- Se conoce al final de la entrevista las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17-14
- Se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18-15
- Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:			
- Estado de ánimo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-16
- Entorno sociofamiliar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22-17
- Ha informado el profesional sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-18
- Ha informado sobre la evolución que puede seguir el proceso?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25-19
- Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26-20
- Comprueba la asimilación de la información suministrada?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27-21

- El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?..... 28-22
- Se despide del paciente?..... 29-23

EJE 3º. - HABILIDADES TECNICAS

Ítems	SÍ	NO	CÓDIGO
- Cuando apoya la narración del paciente, ha realizado alguna de las siguientes técnicas:			
- Contacto visual-facial?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31-24
- Señalamientos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32-25
- Cuando informa al paciente ha explicado la forma de actuar de la medida terapéutica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34-26
- Cuando informa al paciente ha dado instrucciones por escrito?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35-27
- Ha evitado alguno de los siguientes errores:	SI	NO	
	EV	EV	
- Mezclar consejos y/o información en la fase exploratoria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39-28
- Antagonizar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41-29
Dar instrucciones sin orientar el Problema?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42-30
- Seguridad prematuras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43-31
Utilizar jerga médica /o técnica sinExplicar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-32

HE REVISADO LA CUMPLIMENTACIÓN DE TODOS LOS ÍTEMS

7. DISCUSION

7. DISCUSIÓN

7.1. DISCUSION SOBRE LA METODOLOGIA DESARROLLADA

La comunicación médico-paciente es fundamental en el proceso asistencial con influencia positiva y determinante en los resultados de la labor de cualquier médico o profesional de la salud.

Para conocer cómo se comporta un profesional en la comunicación con sus pacientes debemos estudiarlo en la situación real de la consulta. Con el nuevo Cuestionario diseñado y validado podemos analizar como actúa desde el punto de vista comunicacional en la realidad, sin sentirse observado. Medirla además en este cuarto escalón de Miller adquiere especial relevancia desde los trabajos de autores como Rethans y cols. En los que han demostrado claramente las diferencias existentes en las mediaciones entre los dos escalones de Miller (Miller 1990) el tercero y el cuarto . En sus estudios llegaron a encontrar diferencias en la valoración global de un 49% más alto cuando se media el demostrar como se hacia frente al hacerlo sin saberse observados, con una $p < 0,0001$.

En los últimos tiempos se están desarrollando diferentes herramientas de evaluación a nivel internacional para valorar la comunicación clínica de forma específica, con índices de validez, fiabilidad y aplicabilidad muy variados. La mayoría de ellos han sido desarrollados en entornos culturales, laborales, asistenciales diferentes y su aplicabilidad en nuestros entornos requeriría procesos de validación a menudo tan o mas costosos que el diseño partiendo de un instrumento de evaluación totalmente desarrollado en nuestro País como es el Cuestionario GATHA base. El GATHA -BASE es un instrumento creado en España por expertos en Comunicación asistencial del Grupo Comunicación y Salud desde 1992 hasta nuestros días, estando en continua revisión. Se ha realizado mediante el consenso de un conjunto de profesionales y un proceso largo de validación en distintos entornos (residentes, tutores con pacientes estandarizados infiltrados en consultas reales en audio (Prados, 1996), y últimamente con especialistas hospitalarios (Ruiz, 2006) La propuesta presenta un avance muy importante del desarrollo de este cuestionario, al validarlo con pacientes reales y en

situaciones reales. Actualmente, está en proceso su validación para enfermería en la Escuela de Enfermería de Huelva.

7.2. COMENTARIOS SOBRE EL PROCESO DE VALIDACIÓN

La población de estudio elegida ha sido un grupo de médicos de primaria de la provincia de Córdoba en una consulta de demanda. Se perfilaron unos criterios de inclusión que aseguraran la uniformidad y un conocimiento mínimo de los cupos de pacientes respectivos, y se prefijaron los criterios de exclusión lógicos, implícitos en el diseño.

El tamaño muestral (muestra de inicio con 190 entrevistas y 23 profesionales) aunque puede parecer pequeño, es similar a otros trabajos relevantes con pacientes estandarizados, como Rethans que usa grabaciones de 30 profesionales en dos de sus artículos (Rethans, 1991), o como Prados en su Tesis Doctoral con 92 entrevistas y 23 profesionales (Prados, 1996). Existen varias razones que limitan de forma importante el número de profesionales y pacientes a valorar:

- Culturalmente no existe todavía mucha tradición de evaluación de la comunicación, y en concreto de videograbación de los aspectos comunicacionales, lo que unido a la necesidad ética de permisos en ambas partes hace que el número de voluntarios no sean tan alto como se desearía. No obstante la cultura está cambiando y Córdoba es una provincia muy interesada en el análisis comunicacional. A lo largo de estos últimos 15 años se han desarrollado en ella trabajos de investigación premiados como el Comcord y el realizado en fibromialgia, y se ha liderado gran parte del desarrollo del Cuestionario GATHA Base y todas sus distintas herramientas.

- El coste que tienen este tipo de trabajos tanto de análisis como de campo es muy alto. Es necesario recursos de videograbación suficientes, que no siempre se tienen disponibles. Si además fuera necesario pagar pacientes simulados u observadores externos, el coste se elevaría de forma exponencial. En este sentido, es importante aclarar aquí la ayuda inestimable que el Doctorando ha tenido desde la Unidad Docente de MFYC de esta localidad y a través de distintas becas de investigación de la Consejería de Salud de la Comunidad

Autónoma de Andalucía. Recogida en Oren de 21 de junio de 2000 (BOJA 6-7-2000).

También se ha hecho una validación del observador, comparado el visionado del observador entrenado con un patrón oro (con el GATHA-res). Esta validación debe seguir unos requisitos para poder demostrar un buen conocimiento del instrumento, por decisión del Grupo coordinador del diseño y desarrollo del Cuestionario Gatha. Entre los requisitos: (ver anexo III)

-Superar un examen tipo test de 15 preguntas sobre el Manual del cuestionario, teniendo que responder el observador correctamente el 80% de las mismas

-Cumplimentar el cuestionario en seis de las treinta entrevistas estándar que se encuentran en un video aparte, superando correctamente al menos el 70% del patrón "oro" de las mismas. En este trabajo se hizo con 10 entrevistas.

Este proceso se ha realizado en todos aquellos trabajos que han usado este instrumento Gatha base como en sus variantes como el de residentes. (Ruiz , 2001)

Los resultados obtenidos en este trabajo con valores del kappa y delta de casi todos los ítems han estado por encima de 0,44 (solo en el ítem 11 del gatha-res no se llegó a este corte), por lo que se puede concluir que la preparación en el instrumento del observador fue la adecuada.

En relación al proceso estadístico llevado a cabo debemos destacar en primer lugar que el análisis de los distintos elementos y de la consistencia interna ha sido el adecuado. Para el análisis de los elementos se usó la tasa de endose de los mismos, como queda desarrollado en el apartado de resultados, y para la consistencia interna se midió el alpha de Cronbach. Ambas metodologías se encuentran suficientemente avaladas y el resultado global de 0,61 podemos afirmar que es un buen resultado ya que conforme esta medida más se acerque a la unidad mayor será la consistencia interna.

Posteriormente se estudió la estabilidad o reproducibilidad del cuestionario. Para ello se analizó la concordancia intraobservador, midiéndose el kappa de cada ítem y posteriormente el coeficiente de correlación intraclass. Se han comparado dos visionados de las entrevistas, usando el GATHA-base, por el mismo observador con un

período de tiempo determinado como se ha explicado en el apartado de material y método, eliminando previamente aquellos ítems que por su baja tasa de endose no era discriminativos, y aquellos que no aumentaban la validez con su eliminación. Siguiendo a Steiner y Norman, el proceso de validación y fiabilidad de un cuestionario, debe inicialmente llegar a una selección de ítems en función de 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, demostrar su validez.

En una segunda fase, y para aquellos casos donde el kappa no era significativo por la baja-alta tasa de prevalencia, se ha utilizado otro coeficiente, el coeficiente delta (Martín Andrés, A. 2005) . De esta manera en algunos ítems en los que el Kappa no se pudo calcular por ser del 100% la concordancia en la respuesta en los dos visionados, o por no cubrirse al menos 3 de las 4 casillas de la tabla tetracórica, o aquellos en los que el kappa era $<$ de 0,44 se les aplicó el coeficiente delta. Este parámetro, aunque menos conocido, se perfila como una alternativa clara para analizar la concordancia intraobservador en este tipo de situaciones

Para la validez de contenido se usó lógicamente el análisis factorial, quedando agrupadas las habilidades, tareas y actitudes en 13 factores subyacentes que, en términos generales, revela la estructura de una consulta médica de acuerdo con la mayoría de los modelos teóricos propuestos: anamnesis con 3 ítems; información con dos; respeto con 3; empatía con 3, cercanía con 3, biopsicosocial con 2, atención al enfermo con 4, habilidades informativas con 2, miscelánea con 2, acuerdo también con 2, método centrado en el paciente con 4, organización con 2 y cordialidad-cercanía con 1. El resultado del análisis factorial expresa desde una aproximación matemática probabilística, la complejidad de las denominadas habilidades comunicacionales. Los resultados son similares a otros trabajos de validación del GATHA-base con pacientes estandarizados con audiograbaciones (Prados 1996), con residentes (comcord, 2001) y en un estudio para modificación para el uso con médicos especialistas (Ortiz, 2004).

Como es habitual también en este tipo de estudios, se ha realizado un adecuado control de los sesgos inherentes a este tipo de metodologías:

POR PARTE DEL PROFESIONAL:

- Sesgo del voluntario, ya que la muestra pertenece a una determinada población de Córdoba, con profesionales que aceptan participar. Por ello se les presupone un interés y posiblemente una formación especial en el tema que no tiene por qué coincidir con el resto de compañeros de la población. Es un sesgo inevitable desde un punto de vista ético y habitual en este tipo de estudios. En cualquier caso, su importancia es menor al ser un proceso de validación del Cuestionario mas que una evaluación real de perfiles comunicacionales. Por supuesto, cualquier otra conclusión que se extrajera podría ser extrapolada tan solo a poblaciones que tuvieran criterios de selección similares.
- Sesgo del observado, que presupone que un profesional al sentirse observado cambia de alguna manera su forma de actuar, como ya ha sido comentado en otros apartados de esta tesis. Este sesgo, al igual que el anterior, presenta poca importancia debido al objetivo de la tesis de validación de Cuestionario. Aunque es inevitable también, para autores como Pendelton su influencia es mínima. Además se ha intentado minimizar aún más eliminando las tres primeras entrevistas de cada profesional.

POR PARTE DEL OBSERVADOR:

- Sesgo del observador. El sesgo del observador nos habla de la influencia que puede tener la/las persona/as que realiza/n la valoración si esperan unos determinados datos que confirmen la hipótesis de trabajo. En este sentido, hay que decir que la validación de Cuestionario presenta menos influencia también de este sesgo. Por otro lado, el observador que ha visualizado las entrevistas ha sido diferente del que ha llevado a cabo el proceso de la grabación, y el investigador que ha realizado los cálculos estadísticos es también distinto a éstos anteriores.

También se han mantenido las normas éticas habituales como obtener permiso de los profesionales a participar, la institución y Comités de Ética correspondientes, y los pacientes grabados. Del mismo modo se enviará feed-back a los profesionales que han participado sobre su perfil comunicacional y los resultados del estudio.

7.3. VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL CUESTIONARIO RESULTANTE

El resultado final es un cuestionario para la valoración del perfil comunicacional (Cuestionario GATHA real) que reúne las características que debe tener un buen instrumento para medir la comunicación asistencial (Kraan, 1995):

- Nº de ítems asequible (32) lo que le hace una herramienta con un tiempo mas que razonable para la evaluación. Para una visualización completa se puede estimar unos 20-30 minutos, en 2 o 3 visualizaciones (una por eje) aunque con entrenamiento suele ser suficiente con dos visualizaciones y a veces una tercera dirigida a aquellos ítems no detectados en las dos primeras. Es un número similar a otros cuestionarios como la guía CICAA con 29 (Ruiz, 2005)
- Es un cuestionario que valora exclusivamente comunicación y muy completo, ya que analiza actitudes, tareas, habilidades y errores comunicacionales del profesional. A diferencia de otros como el de Brown que mide específicamente la CCP (Brown, 1995) o com el de Hays que valora principalmente el cumplimiento de tareas tanto comunicacionales como “clínicas”. (Hays, 1990)
- Presenta buenas características psicométricas. En el análisis de la estabilidad se midió la concordancia intraobservador. Para ello se calculó los coeficientes Kappa de cada ítems, para posteriormente hallar los de correlación intraclase (CCI) por ejes y el global. Todos estos coeficientes intraclase han sido superiores a 0,70, lo que se puede considerar un muy buen resultado. También ha demostrado una buena consistencia interna con un alpha global por encima de 0,50 de todos los ítems que lo componen, y el análisis factorial explica un porcentaje adecuado de la varianza (64,31%) con una distribución racional desde el punto de vista teórico.
- Responde a un modelo de entrevista subyacente, entrevista semiestructurada (desarrollado por el Dr. Francesc Borrell) ampliamente utilizada en entornos de Atención Primaria y Hospitalaria en nuestro País, y un modelo aceptado internacionalmente desarrollado en Inglaterra (Pendelton, 1984) y Canadá (Stewart, 1979) como es el Modelo de Comunicación Centrada en el Paciente. En esta línea

hay que comentar, que durante el proceso estadístico, algunos ítems con bajo nivel de discriminación, han sido mantenidos por su alta importancia desde el punto de vista teórico o filosófico.

Siguiendo igualmente a las características consensuadas por profesionales del Grupo Comunicación y Salud en el consenso de Segovia de 1993, el Cuestionario GATHA Real presenta las siguientes características:

- Al igual que el Cuestionario GATHA Base del que procede, los ítems favorecen la objetividad de la medición. Para ello se eligieron ítem con respuesta dicotómica y basados en que aparezcan o no un determinado hecho objetivo dejando menos lugar a la interpretación externa (como cambiar valoración de cordialidad por "sonrisa" o "saludo").
- Se centra principalmente en el análisis del proceso comunicacional desarrollado en la entrevista y no en resultados comunicacionales.
- Asequible para cualquier profesional de la salud que desee validarse para su uso
- Que huya de tecnicismos, matices o juicios de valor, teniendo una lectura sencilla.
- Que valore tanto aspectos en la comunicación de tipo verbal como de la no verbal (actitudes corporales, faciales, gestos...)
- Que todos sus ítems se valoren en positivo para evitar errores en la cumplimentación del cuestionario. Los errores comunicacionales de hecho, en los que su existencia no es algo positivo, se han invertido para conseguir este efecto (el profesional evita errores o no)
- Que aporte información cuantitativa y cualitativa. Es decir, aporta una "puntuación" por eje y global a la vez que describe de forma pormenorizada numerosas características comunicacionales del profesional.
- Se estructura por ejes para que la atención del observador se haga de forma escalonada sobre diferentes aspectos aumentando así la sensibilidad de captación de los diferentes ítems. Además, el orden de los mismos se acerca mucho al orden

cronológico de aparición de los mismos en las entrevistas reales, facilitando así también su correcta valoración.

En cuanto a las limitaciones que presenta este cuestionario podríamos destacar:

- Queda por medir la validez convergente-discriminativa. Si aceptamos las hipótesis previas avaladas por la literatura, que un mejor perfil comunicacional en el profesional debe tener mejor satisfacción en sus pacientes, más adherencia o mejores resultados clínicos a igualdad de capacidad profesional, resultados positivos con el GATHA Real deben correlacionarse con mejores índices en estos parámetros. Nuevos trabajos deberán aportar datos en este sentido.
- Tampoco se ha medido la validez predictiva, que es otra forma de medir la validez de criterio, que se halla valorando la capacidad que tiene el instrumento para predecir o detectar los resultados esperados. Para poder hallarla habría que poder medir si el instrumento es capaz de detectar si ha habido cambios en las habilidades puestas de manifiesto por el profesional cuando aumento su nivel de formación en comunicación.

Estos dos aspectos son habituales en los diseños de validación de Cuestionarios, y suelen complementarse con el uso de la herramienta.

- Es un cuestionario que con sus ítems no recoge datos sobre la valoración que el paciente hace del proceso comunicacional realizado. Es decir, se basa en la opinión de expertos en comunicación, no teniendo en cuenta la perspectiva del paciente, elemento de gran importancia en el proceso comunicacional. Esta limitación es una constante en otros instrumentos de medida , entre otros el de Hays (Hays, 1990), Pendelton (Pendelton , 1984) o la guía CICAA (Ruiz, 2005)
- Es un cuestionario que para algunos autores (Ruiz , 2005) le han visto como limitación el no seguir un modelo de consulta definido. Para ello solo hay que ver el orden de sus ítems donde de forma secuencial se pasa por las diferentes partes una consulta semiestructurada (saludo, anamnesis, exploración y ultima parte de toma de decisiones)

En cualquier caso, a pesar de las limitaciones descritas, se puede decir que el cuestionario GATHA Real, presenta unas características adecuadas para su uso en entrevistas en AP, con un nivel de validación adecuado, con los criterios psicométricos necesarios, con un diseño y estructura que permite el uso cómodo y eficaz del mismo en nuestro contexto cultural-laboral, y aportando una alternativa válida para la valoración del cuarto escalón de Miller con pacientes reales, llenando un vacío metodológico existente hasta ahora en nuestro País. Por supuesto, como cualquier otra herramienta de evaluación, debe ser algo "vivo", en continuo desarrollo, y el uso que se haga de él deberá aportar mejoras que hagan de él un instrumento cada vez más completo.

7.4 COMPARACION CON OTROS CUESTIONARIOS.

Aunque algunos elementos ya han sido comentados, a modo de resumen podría ser interesante comparar el Cuestionario GATHA Real con otros Cuestionarios ya existentes en el ámbito internacional y nacional:

- En el ámbito internacional.

A diferencia de otros cuestionarios como el de Cox y Mulholland, o el Hays, el Gatha real es más específico. Ya que no solo evalúa el perfil comunicacional, como los anteriores, sino también las habilidades clínicas globales del médico. También al ser de tipo check list y no con escalas de gradación es más objetivo y simplificaría el proceso de entrenamiento de los observadores lo que lo haría más asequible y aplicado.

Entre otros de los instrumentos con los que podemos compararlo es con el Leicester Assessment Package, que es uno de los instrumentos de valoración más completos y desarrollados de los últimos años. En él se realiza una valoración cualitativa, incluyendo siete componentes y cuatro opciones para cada uno. Como inconvenientes puede resultar complicado de realizar y su validación se ha llevado a cabo en pacientes estandarizados y no en entrevistas reales.

El GATHA además también permite valorar la comunicación centrada en el paciente. En esto se parecería al publicado en 1995 por Brown, aunque éste último mide específicamente la CCP y se basa en la observación de tareas aportando información

cuantitativa sobre si la entrevista presenta una orientación más centrada en la enfermedad (modelo clásico) o en el paciente y no de forma cualitativa como se recoge con el GATHA.

Para terminar estas comparaciones con los instrumentos que hay en el ámbito internacional se va a comparar con el publicado en 1993 por la Dra. Debra Roter que desarrolló un instrumento muy complejo para el análisis de la audiograbaciones, valorando tanto aspectos comunicacionales como "clínicos" pero no con videograbaciones como ocurre en instrumento objeto del presente trabajo.

- En el ámbito nacional.

En nuestro ámbito Gervás y col. En el 91 desarrollaron el protocolo OCA (Obsevación Consulta Ambulatoria) basándose en audiograbaciones de entrevistas, como en el Gatha es un observador externo cualificado el que evalúa los contenidos. Establece 10 categorías de actividades durante la entrevista y diez categorías de contenidos. Así se forma tres matrices con la asociación de las dos categorías. Es un cuestionario que ha diferencia del Gatha no tiene categorías que midan la comunicación centrada en el paciente.

Dentro del mismo cuestionario Gatha hay diferencias entre el real que nos ocupa y el resto de las modalidades, así :

- Con el gatha audio se parece en que se estructura de la misma manera en tres ejes. Pero en el audio se realiza con 23 ítems, ya que se tuvieron que eliminar los ítems no operativos en el audio como "si mira al paciente", "contacto visual-facial" y "las instrucciones por escrito". El alpha definitivo también fue alto por encima de 0,80 y en este caso sí se realizó fiabilidad interobservador.
- En cuanto al gatha-res, es parecido ya que ambos parten del mismo instrumento como es el GATHA base, el cual ha sufrido las modificaciones oportunas en sus ítems para poder medir cada uno de ellos lo que pretendían medir, el perfil de residentes con ps (paciente estandarizado) en caso del gatha-res y el perfil de los médicos de ap con pacientes reales en el caso que ocupa este trabajo de investigación.. Los resultados de ambos son también similares en cuanto a la

consistencia interna cuyo coeficiente alfa de 0,73 y un análisis factorial en 9 factores son comparables con los del real 0,61 y 13 factores donde se pone de manifiesto la estructura de una consulta médica de acuerdo con la mayoría de los modelos teóricos propuestos (Borrell Carrió. F, 1989) atención al enfermo con 4 ítems; anamnesis con 3 ítems; respeto con tres ítem, empatía con tres ítems, cercanía con 3 ítems, habilidades informativas con dos ítems, método centrado en el paciente con 4 ítems entre otros.

- Hay que también que mencionar el Gatha para especialistas, otra nueva aportación que se hizo con el GATHA-base enfocado para médicos especialistas, se midió la concordancia intraobservador simple y los kappa de cada uno de los ítems adaptados con resultados de kappa por encima de 0,40 salvo en tres puntuaciones que fueron menores.
- En cuanto al cuestionario CICAA, del que se ha hablado en otros apartados de este trabajo, viene de una evolución del Gatha con el que comparte 22 ítems del total de 29 que lo compone. Y que ha surgido como una propuesta de una guía para observar y evaluar la relación clínica. Está estructurada por tareas, y presenta una escala de graduación de tipo Likert con tres niveles y un "no procede", y también ofrece espacios para que el observador haga su propia descripción cualitativa de la interacción y anote comentarios y observaciones que facilitan la realización de un feedback descriptivo al alumno. Por ahora la validez documentada es tipo aparente y de consenso y en estudio todavía para evaluar su fiabilidad intra e interobservador, consistencia interna y validez de contenido, concurrente (con el cuestionario GATHA) y de constructo en pacientes crónicos atendidos en atención primaria por médicos de familiar y enfermeros. Hasta ahora se ha validado la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador con 29 ítems, donde el Kappa también fue menor de 0,4 en tres factores y el alfa fue de 0,95. Todavía sin desarrollar el resto de estudios como la fiabilidad interobservador y la concurrente. Además se ha hecho con pacientes estandarizados y reales, tanto con médicos como personal de enfermería.

En la siguiente tabla se puede visualizar de forma esquemática las diferencias entre todos estos cuestionarios (tabla 50)

Tabla 50: Comparación entre cuestionarios existentes en comunicación

CUESTIONARIOS	ORIGEN	FORMAS GRABACION	TIPO CHECK-LIST	POR EJES	SIGUE PATRON CONSULTA	MIDA CCP
COX Y MULHOLL.	INGLÉS	VIDEO	SI	NO	NO	SI
HAYS	AUSTRALIANO	VIDEO	NO	NO	SI	NO
LEICESTER	INGLES	TELEFONO / CORREO	NO	NO	SI	NO
BROWN	CANADA	AUDIO/VIDEO	NO	NO	NO	SI
ROTHER	CANADA	AUDIO	SI	NO	NO	NO
GERVAS	ESPAÑOL	AUDIO	NO	NO	NO	NO
GATHA AUDIO	ESPAÑOL	AUDIO	SI	SI	SI	SI
GATHA RES	ESPAÑOL	VIDEO	SI	SI	SI	SI
GATHA ESP	ESPAÑOL	VIDEO	SI	SI	SI	SI
CICA	ESPAÑOL	VIDEO	SI	SI	SI	SI
GATHA REAL	ESPAÑOL	VIDEO	SI	SI	SI	SI

7.5. DISCUSION DEL FACTOR CCP EN EL CUESTIONARIO GATHA REAL

Como se ha comentado en la introducción, la Comunicación centrada en el paciente se considera hoy en día, un elemento comunicacional que aporta especial calidad en los cuidados de salud. Así, a los estudios ya clásicos de Kaplan (Kaplan ,1989) sobre impacto en resultados, se han añadido estudios recientes (Epstein, 2005) en los que se ha demostrado la relación existente entre la comunicación centrada en paciente, la duración de las visitas y los costos en pruebas diagnósticas con diferencias significativas. Conforme aumenta la comunicación centrada en paciente se encuentran aumento en la duración del tiempo entre las visitas y descenso de los costes de diagnóstico.

Para medirla hay diferentes métodos, cuantitativos y cualitativos, poniéndose de manifiesto la importancia que este tipo de enfoque tiene (Stewart, 1979).. En nuestro cuestionario se ha estudiado al igual que en el Gatha-res, unos ítems que a priori ayudan a catalogar una entrevista como centrada en el paciente, el Factor CCP.

En este caso se han tenido en cuenta 6 ítem en vez de los 13 del proyecto Comcord. Esta subescala fue objeto de una análisis de consistencia interna que arrojó un alpha global de 0,22. El estudio factorial describe 3 factores que explican una varianza por encima del 65 % con alphas parciales buenos ($>0,40$) en todos salvo el ultimo factor (0,20). Los tres factores se han denominado empatía, entorno biopsicosocial y participación del paciente. Estos valores, no tan buenos como otros obtenidos en trabajos similares, podrían poner de manifiesto la falta de aplicabilidad que en ocasiones se le asocia a los test estadísticos más cuantitativos para la valoración de aspectos tan cualitativos como la comunicación asistencial. La información cualitativa que puede aportar a los profesionales de la salud así como el impacto educativo que supone que el profesional se sienta evaluado en estos aspectos, puede ser suficiente razón para su uso, utilizando los datos que así se obtengan para mejorar sus medidas psicométricas.

8. CONCLUSIONES

8.CONCLUSIONES

Como conclusiones del presente trabajo de investigación se describen las siguientes:

1. El Gatha real diseñado para entrevistas reales en atención primaria como variante al Gatha base, ha demostrado ser una herramienta fiable para su uso en investigación en el análisis de elementos comunicacionales.
2. El Gatha real ha demostrado ser un instrumento con validez de constructo y de contenido para su uso en el estudio de la relación médico-paciente en entrevistas reales en Atención Primaria.
3. El Gatha real también ha demostrado ser un instrumento factible y reproducible para su uso en evaluación de la comunicación, con utilidad en el campo de la investigación, del estudio de la calidad del proceso asistencial y del desarrollo profesional.
4. El Cuestionario Gatha aporta ventajas relevantes a las herramientas diseñadas en el ámbito internacional y nacional.
5. El factor CCP puede ser un instrumento de medida de forma aislada para la valoración de la comunicación centrada en el paciente que aporte información cualitativa relevante sobre este modelo comunicacional.

9.BIBLIOGRAFIA

9. BIBLIOGRAFÍA

1. AMEEII. Medical Education Guide: Portfolio-based learning and assessment in medical education. *Medical Teacher* 1999 4(5) 370-386.
2. Anstett R.: The difficult patient and the physician-patient relationship. *J Fam Pract.* 1980; 11:281-286
3. Balint M: El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Pitman, London 1957
4. Bartlett EE, Grayson M, Barker R, Levine DM, Golden A, Libber S: The effects of physician communications skills on patient satisfaction, recall and adherence. *J. Chron Dis* 1984; 37:755-764.
5. Beckman HB, Frankel RM: The effect of physician behavior of the collection of data. *Ann Intern Med* 1984; 101: 692-696.
6. Balint M.: El médico, el paciente y la enfermedad. Ed. Pitman, London 1957.
7. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986; 1: 307-310.
8. Blay C: Evaluación de la competencia profesional: ¿Están cambiando los tiempos?. *Atención Primaria* 1995,16:2-4.
9. Bohigas LL: Toma de decisiones en medicina. Comunicación personal. Fundación Avedis Donavedian, 1993.
10. Boon H, Stewart M, Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling* 1998; 35:161-176.
11. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona. Doyma 1989.
12. Borrell, F.: Guía para mejorar el abordaje biosicosocial en nuestra práctica clínica. Aprendiendo de nosotros mismos. V Congreso del SAMFYC (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria), Jaén 1993.

13. Borrell F, Bosch JM, Cebriá J.: Avances en Entrevista Clínica. Libro del Año de la SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria) 1995.
14. Borrell F, Toll J, Matamoros J, Martí M, León M: Errores percibidos por los médicos de cabecera. *Salut Catalunya* 1996. 10:22-25.
15. Brown J, Stewart M, Tessier S.: *Assesing communication between patients and doctors: a manual for scoring patinet-centred communication. Worsing Paper series, Centre for Studies in Family Medicine; The University of Western ntario, Londond, Ontario, Canadá, 1995*
16. Carroll JG, Monroe J. Teaching clinical interviewing in the health professions: a review of empirical research. *Evaluation and the Health Professions*. 1980; 3: 21-45.
17. Carroll JG, Schwartz MW, Ludwing S. An evaluation of simulated patients as instructors: implications for teaching medical interview skills. *J Med Educ* 1981; 56: 522-524.
18. Carroll JG: Evaluation of medical interviewing: concepts and principles, In *The Medical Interview*, by Lipkin M, Putnam S, Lazare A/editors), Springer-Verley, New York, 1995
19. Cleveland G, Peter Franks, Kevin Fiscella, Sean Meldrum , Ronald M. Epstein: Rochester Participatoy Decision-makinf scale (RPAD): Realiability and validity. *Ann Fam Med* 2005; 3: 436-442.
20. Comstock Lm, Hooper EM, Goodwin JM, Goodwin JS: Physician behaviors that correlate with patient satisfaction. *J Med Educ* 1982; 57:105-112
21. Consenso sobre ética de las grabaciones del Grupo Comunicación y Salud. Zaragoza 1998. Documento mimeografiado.
22. Corney R: *Developing Communication and counselling skills in Medicine*. Routledge, London and New York, 1991.
23. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners` performance. *BMJ* 1993; 306:1043-1046.

24. Crijnen AAM, Kraan HF. Convergent and divergent validity of four measures of medical interviewing skills: a multitrait-multimethod approach. In : Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht History-taking and Advice Checklist. Amsterdam:Lundbeck Fund; 1987 a.
25. Crijnen AAM, Kraan HF. Scalability and reliability of the MAAS General Practice. I : Kraan HF, Crijnen AAM. The Maastricht History-taking and Advice Checklist. Amsterdam :Lundbeck Fund, 1987 b.
26. Davenport S, Goldberg D, Muller T: How psychiatric disorders are missed during medical consultations. Lancet 1987; 439-441.
27. Delgado A, López LA, Luna JD: La satisfacción de los usuarios con los dos modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. Gac. Sanit. 1993; 7: 32-40n.
28. Enelow AJ, Adler LM, Wexler M. Programmed instruction in interviewing: an experiment in medical education. JAMA. 1970; 212: 1843-1846.
29. Epstein, RM, Franks P, ShieldsCG, Meldrum S, Miller KN, Campbell TL, Fiscella K: Patient-centered Communication and diagnostic testing. Ann Fam Med 2005;3 :415- 421.
30. Essex B, Healy M: Evaluation of a rule base for decision making in general practice. Br J Gen Pract 194; 44: 211-213.
31. Evans BJ, Kiellerup FD, Stanley RO, Burrows GD, Sweet B.: A communication skills programme for increasing patients' satisfaction with General Practice consultation, Br J. Med. Psy. 1987; 60:373-378.
32. Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. Addressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patient: discussion paper. J R Soc Med. 1987; 80: 696-700.
33. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley and sons 1981; 212-225

34. Foster JT, Lass SL. The identification of interaction patterns in student-patient communications. *J Med Educ.* 1970; 45: 815-816.
35. Fraser RC, Kinley RK, Mulholland H. Consultation competence in general practice: establishing the face validity of prioritized criteria in the leicester assessment package. *Br. J. Gen Pract* 1994; 44: 109-113.
36. Gervas, JJ, Hernandez-Monsalve ML, Martí A, Garcia-Sagredo P, Elvira P, Estevez A, Salcedo JA, Perez MM: La Comunicación médico-paciente y la Educación para la salud. *Atención Primaria* 1991; 8:202-205.
37. Graw G Metodología para la validación de cuestionario. *Medifam* 1995. 5(6): 351-359.
38. Grayson M, Nuegent C, Oken SL. A systematic and comprehensive approach to teaching and evaluating interpersonal skills. *J Med Educ.* 1977; 52: 906-913.
39. Hall JA: Affective and non verbal aspects of the medical visit. *The Medical Interview*, by Lipkin, M; Putnam, S; Lazare, A(editors), Springer-Verlag, New York 1995.
40. Hays RB.: Assessment of General Practice Consultations: contents validity of a rating scale. *Med Educ* 1990; 24: 110-116.
41. Hernández M: La entrevista en Atención Primaria de Salud. Cuadernos de salud Mental-I Bristol –Myers, SAE IDEPSA, 1990.
42. Hernández-Monsalve ML, García LM, Pérez MM, Gervas JJ: La influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Atención Primaria* 1992; 10:33-37.
43. Hess JW. A comparison of methods for evaluating medical student skill in relating to patients. *J Med Educ* 1969; 44:934-938.
44. Inui TS, Yourtee TL, Williamson JW: Improved outcomes in hypertension after physician tutorials. A controlled trial. *Ann Intern Med* 1976; 84: 646-651.
45. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. *FMC* 1994; 1: 404-410.

46. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. : Assenssing theeffects of phsycian-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 1989; 27: S110-S127.
47. Kevin Fiscella. Patient trust. *Medical care* 2004; 42:1049-1055.
48. Kraan HF, Crijnen AAM, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. En :Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editors. *The medical interview. Clinical care, education, and research.* Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 460-472.
49. Martín Andrés, A. And Femia Marzo, P Delta: a new measure of agreement between two raters. *British Journal of mathematical and statistical Psychology* 57 ,2004 (1), 1-19.
50. Martín Andrés, A and Femia Marzo, P. Chance-corrected measures of reliability and validty in k x k tables. *Statistical methods in medical research.* 2005. 14: 473-492
51. McWhinney IR: *Medicina de Familia.* Doyma Libros. Barcelona, 1995.
52. Miller G: The assessment of clinical Skills/competence/performance. *Acad. Med.* 1990; 65: S63-S67.
53. Mira JJ et all. Estudio de validación de una escala de conocimiento sobre educacion diabetológica. *At Primaria* 1993
54. Mitchell SK. Interobserver agreement, reliability, generalizability of data collected in observational studies. *Psychol Bull.* 1979; 86:376-390.
55. Pendelton D: *The consultation: an approach to learning and teaching.* Oxford university Press, Oxford 1984.
56. Prados JA: Importancia de la Relación Médico-enfermo y la Entrevista Clínica en el Cumplimiento del Tratamiento. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 1992; 16: 209-216
57. 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. *Atenc. Primaria* 1996; 18 (Supl. 1): 246-247.

58. Prados JA, Borrell F, Bosch JM, Alonso S, Pérez JJ, Cebriá J (Grupo de Trabajo para valoración de la comunicación asistencial del Grupo Comunicación y Salud GCYS): Instrumento de valoración de la Comunicación asistencial: Cuestionario por ejes GATHA. VI taller Nacional del Entrevista Clínica del GCYS. Santa Cruz de Tenerife, Abril 1995.
59. Prados JA, Ruiz R, Bellón JA, Cabrera R, Alba M, Pérula L: Validación de un Cuestionario para análisis de la Comunicación desarrollada por residentes de MFYC: Cuestionario GATHA para residentes. VII Taller Nacional de Entrevista Clínica del GCYS. Santander, Mayo 1996 (Registro de la Propiedad Intelectual).
60. Prados JA: Preguntas sobre la evaluación de la competencia y alguna respuesta: portfolio. Aten Prim 2005; 36:3-4
61. Rethans JJ, Sturmans F, Drop R, Van der Vleuten C, Hobus P: Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. Brit Med J 1991; 303: 1377-1380.
62. Roter D: The Roter Method of Interaction Process Analysis. The Johns Hopkins University. Baltimore, Maryland. Copy right 1993.
63. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres LA, Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. Atención Primaria vol. 27, Núm. 7, 2001:469-477.
64. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. Cap. 10. 2005. 345-352.
65. Ruiz Moral R, Perula Torres LA.. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la Comunicación Clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. 2005 .Documento mimeografiado.
66. Ruiz R, Pérez E, Pérula LA, de la Torre J. Physician-patient communication: A study on the observed behaviors of specialty physicians and the ways their patients perceive them. Patient education and counseling 2006 (in press).

67. Samph T, Best AM. A experimental videotape examination of medial student interpersonal skills. Paper presented at the annual meeting of de the American Educaational Research Association . 1979, San Francisco.
68. Simpson M, Beckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J: Comunicación médico-paciente. El informe del consenso de Toronto. BR Md J (de Esp.)1993; 8:40-45.
69. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'lugoff BC: The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. AM J. Public Health 1981; 71:127-131.
70. Stewart MA, Mcwhinney JR, Buck CW: The doctor-patient relationship and its effect upon autocomme. J R Coll Gen Pract. 1979; 29: 77-82.
71. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousnad Oaks: Sage, 1995
72. Stiles WB, Putnam SM, Wolf MH, James SA: Interactin exchange structure and patient satsifaction with medical interview. Med. Care 1979; 17: 667-681.
73. Stillman, PL: Arizona clinical interview medical rating scale. MECIAL Teacher, 1980; 2: 248-251.
74. Stillman PL, Swanson DB, Smee S, et al. Assessing clinical skills of residentes with standarized patients. Ann Inter Med. 1986; 105: 762-771.
75. Stillman, PL, Haley H-LA, Sutnick AI, Philbin, MM, Smith SR, O'Donnell J, Pohl H: Is test security an issue in a multitation clinical assesment? A preliminary study. Acad. Med. 1991; 66 supl: s 25-s27.
76. Streiner DL. Global rating scales. In : Neufeld VR, Norman GR, eds. Assessing Clinical Competence. New York, NY: Springer; 1984.
77. Streiner DL, Norman GR. Health measurement sacles, A practical guide to their development an d use. Oxford: Oxford University Press, 1991

78. Stuart MY, Goldstein HS, Snope FC. Self evaluation by residents in family medicine. *J Fam Pract* 1980; 10: 639-642.
79. Thomas KB, General Practice consultations: is there any point in being positive?. *Brit Med J.* 1987; 294: 1200-1202.
80. Werner DW, Kagan N, Schbeuder J. The measurement of affective sensitivity: the development of an instrument. Proceedings: sixteenth Annual Conference on Research in Medical Education. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 1977: 187-193.
81. Wijnen WHF. Onder of boven de maat: een methode voor het bepalen van de grens voldoende/onvoldoende bij studietoetsen. (Below or above the standard: a method for assessment of sufficient/insufficient in educational tests). Lisse: Swets en Zeitlinger; 1971. Thesis.
82. Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stiles WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *J. Behav Med* 1978; 1: 391-401.

10. ABREVIATURAS MAS UTILIZADAS

10. ABREVIATURAS MAS UTILIZADAS

ABREVIATURAS	SIGNIFICADO
AP	Atención Primaria
MFYC	Medicina Familiar y Comunitaria
CS	Centro de Salud
SEMFYC	Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria
SAMFYC	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
WONCA	The World Organization of national Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Sociedad Mundial de Asociaciones de Medicina Familiar y Práctica General)
GCYS	Grupo Comunicación y Salud
GATHA	Cuestionario para la Valoración de la Comunicación creado por el GCYS. Las siglas representan el perfil comunicacional del profesional: G.- Datos Globales A.- Actitud del profesional T.- Tareas comunicacionales HA.- Habilidades Técnicas usadas
FACTOR CCP	Items del GATHA relacionados con la Comunicación centrada en el Paciente
PROF.	Profesional que participaba en la entrevista
PAC.	Paciente que participaba en la entrevista
GL	Grados de libertad
EC	Entrevista clínica
OSCE	Objective structured clinical examination. Metodología de Valoración de las Competencias Profesionales

11. GLOSARIO DE TERMINOS

11. GLOSARIO DE TERMINOS

EMPATIA

El Profesional le demuestra al paciente de forma verbal o no verbal, darse cuenta y entender sus emociones o sentimientos

REACTIVIDAD

Tiempo de reacción tras una intervención del paciente. Una alta reactividad, negativa habitualmente para la comunicación, consistiría en interrumpir al paciente antes de que acabe una frase o justo cuando acaba sin darle tiempo a decir nada mas

ASERTIVIDAD

El profesional responde a su Rol realizando la función que se espera de él con seguridad y respeto al rol del paciente

BIDIRECCIONALIDAD

Características de un diálogo por la cual es posible interrumpir al interlocutor en cualquier momento. El Profesional está continuamente pendiente del impacto, retención y comprensión de la información mediante observación de la Comunicación no verbal del paciente y creando espacios para que lo exprese de forma verbal

PERFIL COMUNICACIONAL

“Retrato” o características del profesional en los diferentes aspectos demostrados de utilidad en la comunicación médico-paciente. Basándonos en el GATHA, incluiría A.- Actitud o características del entrevistador importantes en la comunicación, B.- Tareas eficaces en comunicación y C.- Habilidades técnicas utilizadas para su consecución

ACTITUD COMUNICACIONAL

Disposición del profesional que incluye aquellas características emocionales que han demostrado eficacia en comunicación. Especialmente incluye empatía, asertividad, reactividad, cordialidad y bidireccionalidad. Otras características importantes de un buen entrevistador son: concreción, respeto y comunicación eficaz

TAREAS COMUNICACIONALES

Objetivos a cumplir desde el punto de vista comunicacional en la entrevista clínica

HABILIDADES COMUNICACIONALES

Instrumentos técnicos utilizados durante la entrevista para la ejecución de Tareas.

Incluye principalmente técnicas de apoyo narrativo (contacto visual facial, facilitaciones, señalamientos,...), técnicas de información (como la ejemplificación, la información por escrito, racionalización del tratamiento, complemento visual táctil,...), y técnicas de negociación (respuesta evaluativa, paréntesis, doble pacto, cesión intencional...)

BARRERAS COMUNICACIONALES

Aspectos cognitivos o emocionales tanto del profesional como del paciente, o elementos físicos del entorno de la entrevista, que generan interferencias en el proceso comunicacional desarrollado

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO/CUMPLIMIENTO

Conducta del paciente por la cual sigue el tratamiento propuesto por el profesional con las pautas adecuadas. La adherencia presenta un matiz importante de voluntariedad por parte del paciente, o sea, de toma de decisión. Mientras que la palabra cumplimiento parece expresar “aceptación” de lo “impuesto” por el profesional

ERROR ATRIBUIDO

El paciente piensa que el médico ha cometido un error en realidad no ha existido una decisión objetivamente equivocada

ERROR PERCIBIDO

El médico piensa que se ha equivocado sin que dicha percepción forzosamente sea cierta

ERROR OBJETIVO

El error es objetivable y sus consecuencias mensurables

NEGLIGENCIA

El profesional no aplica conocimientos o habilidades que posee, y eso conlleva que no llegue a un correcto diagnóstico y abordaje del caso

IMPERICIA

El profesional no tiene conocimientos y habilidades que se supone debería tener por su calificación profesional

IMPRUDENCIA

El profesional actúa en una situación en la que debería solicitar ayuda, supervisión o consejo, o sencillamente derivar al paciente a otro colega especializado en una determinada maniobra terapéutica. Se somete al paciente a un riesgo innecesario derivado de una cualificación profesional insuficiente

EFEKTOS ADVERSOS

Complicaciones imprevisibles debidas a la acción del azar o de variables no sujetas a control y propias del proceso, que desembocan en un resultado lesivo para el paciente.

12.ANEXOS

12. ANEXOS

12.1. -ANEXO I.- Cuestionario GATHA Base. Diseño y Descripción

- Proceso de Creación. Resumen.

Historia

Hace seis años se planteó la necesidad de tener un instrumento que valora el proceso comunicacional en sus distintas facetas. Un instrumento que objetivara la calidad del proceso con objeto de poder establecer perfiles de profesionales y de relacionarlo con elementos de la estructura (como influía por ejemplo el tiempo de consulta, la demanda...) o con los resultados (satisfacción, adherencia, resultados clínicos...)

La bibliografía consultada no lo aportaba o por lo menos con el grado de objetividad y simplicidad que desde nuestro punto de vista se debía exigir, por lo que se formó una comisión para su desarrollo en el marco del Grupo Comunicación y Salud. La comisión se encuentra coordinada por José Antonio Prados Castillejo, (Andalucía), Sira Alonso (Asturias), Juanjo Pérez Valencia (Canarias), Jordi Cebriá (Barcelona), José María Bosch (Barcelona) y Fransesc Borrell (Barcelona).

Diseño

En primer lugar se hicieron tres propuestas (dos de Barcelona y una de Andalucía) para valorar un modelo inicial del que partir. Se aceptó por unanimidad la de Andalucía que tenía como novedad la división de los ítems en cuatro ejes que permitían la fijación en cada visualización en una parte concreta de los mismos

Así, se hizo un primer GATHA ampliado. Su nombre provenía de los cuatro ejes que lo componen: Eje n. 1: Global, Eje n. 2: Actitud/Características del entrevistador, Eje n. 3: Tareas comunicacionales y Eje n.4: Habilidades técnicas utilizadas. En un principio sobre la base de una revisión bibliográfica extensa se creó un primer GATHA con todos los ítems que intentaban recoger aspectos que existieran indicios en la bibliografía sobre su utilidad en comunicación. Este primer instrumento tenía 95 ítems.

En el Congreso Nacional de Segovia de 1994 se consensó por todos los participantes en el Taller (profesores e investigadores de toda España en el tema de relación médico-

enfermo), una reducción eligiendo aquellos ítems que se consideraban más importantes o representativos del resto. Igualmente se redujeron todos los ejes a respuestas SI, NO Y NO PROCEDE, dándole una uniformidad y facilidad de respuesta, de tal manera que a la vez se buscaban elementos objetivos o lo más objetivos posibles que ayudaran a valorar determinadas características (p.e. saludo realizado para valorar cordialidad...)

Se obtiene así un cuestionario de algo más de 50 ítems, que daba aparentemente una imagen global y bastante pormenorizada de los distintos elementos comunicacionales.

Está basado en un apoyo bibliográfico importante consensuado por un número importante de expertos en el tema (más de 50 presentes en el Taller).

A partir de aquí se decide hacer un pilotaje y una aproximación estadística a su uso. Para ello se escogen entrevistas reales y se pasan por diferentes profesionales en toda España. Las conclusiones a las que se llegaron son las siguientes:

1. - Primero y más importante, no se sabía si se estaba validando a los profesionales grabados (su mayor o menor capacidad comunicacional), la calidad de las cintas (mal estado de la grabación por lo que se perdía parte de la información sin cuantificar), los observadores (estaban o no preparados para utilizar el instrumento) o el propio instrumento que era el objetivo primero.

Conclusión: La calidad de las grabaciones y uso de micrófono unidireccional era una exigencia previa a su utilización.

Cuando existía una concordancia simple importante era por muchos NO a la aparición de elementos positivos de comunicación. Esto era porque el instrumento era bueno y los profesionales “muy malos” o porque el instrumento no era capaz de captar la aparición de estos buenos elementos.

2. - Se apreciaba las diferencias importantes entre personas que tenían más conocimiento de comunicación y del instrumento y su manual que en el resto.

Conclusión: Se debería exigir una validación previa de los observadores. Es decir que debían demostrar que conocían el instrumento antes de su utilización en investigación. Así se ha diseñado un pequeño test sobre el Manual en el que se exige un 80% de

respuestas correctas. Igualmente se les exige un acierto del 70% en 10 entrevistas con respecto al “patrón oro” (ver anexo III).

3. - El hecho de que se cumplimentara cada ítem en tres opciones más la falta de respuesta por olvido complicaba el estudio estadístico. Además no existía la necesidad en investigación o docencia de distinguir entre “no” y “no procede”. Es decir, que lo que interesa es la aparición de la técnica o tarea, del ítem, y no si no aparece o no tenía que aparecer a la hora de establecer un perfil. En caso de utilizarlo en un futuro en Control de Calidad se acepta su necesidad por lo que podría volverse a utilizar con esas opciones. Por ello se consensuó que existieran sólo dos opciones a.- SI y b.-NO/NO PROCEDE para el establecimiento de perfiles y su comparación estadística con otros instrumentos. Se acepta que lo “no procede” son de aparición aleatoria, por lo que todos los profesionales podrán tener las mismas posibilidades en su aparición en un mismo ámbito.

Todos estos cambios se consensuaron por todos los participantes en el Congreso de Bilbao de 1994 y se comenzó la fase de validación definitiva que se ha hecho de la siguiente manera:

Los observadores utilizados han sido los considerados por el grupo como más expertos por su capacidad profesional y trayectoria: Dr. Borrell y Dr. Bosch. Son los considerados el patrón oro. Si ellos sobre la base de entrevistas estandarizadas no son capaces de detectar los ítems con el instrumento, se aceptaría que el instrumento no tiene la validez necesaria. Son además el punto de comparación para validar los observadores.

Las entrevistas deberían tener controlados previamente los ítems. El método clásico consiste en el desarrollo de entrevistas donde el diálogo está predeterminado y por tanto los ítems. La necesidad de recursos que este método tiene es muy alta. Cada entrevista requiere para su elaboración y grabación cerca de tres semanas de trabajo con un mínimo de calidad. Se preveían necesarias 30 al menos. Esto suponía cerca de 90 semanas de trabajo y lo que es más importante un coste económico inasequible al no tener el proyecto subvención de ningún tipo (contrato de actores, material de grabación...)

Por consiguiente se desarrolló el siguiente modelo. Se realizaron 30 entrevistas reales en las que en cada una de ellas, el profesional incluía y excluía cada uno de los ítems. Esto se prefijaba con anterioridad a la entrevista de forma aleatoria. Es decir, que el profesional iba cambiando sus actitudes con el paciente, tareas y habilidades comunicacionales desarrolladas de forma preestablecida, controlando entre tres y seis ítems en cada entrevista. En ocasiones tuvieron que repetirse las entrevistas reales hasta conseguirlo. Por fin se obtuvieron 31 entrevistas que al parecer del profesional reunían los cambios preestablecidos. A la vez se intentaba que el resto de ítem no controlados tuvieran abundantes “SI” para valorar la capacidad de percepción del Cuestionario así como extremar la calidad de la grabación.

Para valorar que las entrevistas cumplieran los criterios de estandarización fueron visualizadas por el equipo de Coordinación comprobando que cumplía cada entrevista la inclusión o exclusión preestablecida. Así se aceptaron todas menos una. Llegado a este punto, los observadores válidos pasaron el Cuestionario a 30 entrevistas.

Con posterioridad se ha realizado una nueva fase de validación para residentes con actores cuya visualización ha sido realizada por el Dr. Prados y por el Dr. Ruiz de la Unidad Docente de MFYC. En esta fase se eliminaron los ítems que no habían sido operativos en ninguna de estas tres fases (o sea, que no habían aparecido ninguna vez en ninguna de las tres fases con residentes o tutores, con entrevistas reales, reales modificadas o con actores). Tras valorar la fiabilidad y un análisis factorial adecuado ha quedado un instrumento suficientemente validado (pendiente de validez de constructo) para su uso consistente en 28 ítems.

El GATHA audio parte del GATHA base, eliminando y alterando aquellos ítems que necesitaban control visual de la grabación, y ha sufrido el mismo proceso de validación.

Descripción del Instrumento

Se describe el Cuestionario Base, del que parten todos los Cuestionarios validados.

Características generales. Se encuentra compuesto por 42 ítems más un código que identifica al observador y a la entrevista. Intenta obviar elementos de subjetividad del observador buscando elementos objetivos de comunicación verbal o no verbal que

representen la característica a observar (aunque esto no fue posible en 5 de los 56 ítems, en los cuales en alguna medida puede intervenir la subjetividad del mismo). Esto se intenta evitar con una búsqueda de igualdad de criterios en el Manual y abundantes ejemplos. En cualquier caso esta búsqueda de objetividad conlleva en sí un pequeño sesgo ocasional. P.e. : un saludo puede ser muy frío pero se acepta como muestra de cordialidad de igual manera que un saludo afectuoso.

En cualquier caso, estos aspectos son tan sólo observables en el segundo eje y se obvian con un adecuado conocimiento del Manual y un manejo del instrumento.

Está formado por cuatro ejes que van a describirse a continuación

Eje 1°. Eje Global

Introduce elementos de influencia demostrada en el proceso comunicacional y no encuadrables en el resto de ejes (4 ítems): Tiempo de consulta que se ha dividido en intervalos para aumentar su concordancia, sexo de los integrantes, y existencia de acompañante. Este eje puede estar sujeto a variaciones en función del estudio aunque reúne lo mínimo necesario.

Eje 2°. Actitud/Características del entrevistador

En este eje se busca la valoración de las siguientes características comunicacionales: empatía (2 ítem), asertividad (3 ítems), cordialidad (3 ítems), reactividad (2 ítem) y bidireccionalidad (2 ítem). Como algunos de los elementos observables dan ideas de varias de estas características, en total existen 10 ítem en este eje

Eje 3°. Tareas comunicacionales.

Recogen todas aquellas que se aceptan como importantes. Están tomadas de Pendelton, Borrell, el equipo Canadiense de la Universidad de Ontario y distintos autores. Pueden verse en el propio cuestionario. El saludo no está incluido al estarlo previamente como muestra de cordialidad (aunque es también una tarea aceptada). El total de ítems de este eje es de 18.

Eje 4°. Habilidades Técnicas Comunicacionales. Existencia de errores

Tiene un total de 14 ítems divididos en dos apartados: Técnicas utilizadas durante la entrevista y errores cometidos.

Estos últimos se expresan en términos negativos. Es decir, si se han evitado o no con objeto de que el si en esta pregunta (si evita) tenga un valor positivo como el resto de ítems.

Formas posibles de Análisis del Cuestionario GATHA

Es aconsejable utilizar un mínimo de dos observadores. Ambos deben estar validados y podrían trabajar siempre juntos, incluso con controles periódicos al inicio para mejorar la concordancia del instrumento. Los resultados obtenidos pueden ser pasados a una base de datos y procesados posteriormente.

Existen varias posibilidades de análisis:

1. - La más simple y útil es la de dar una puntuación sobre 10 en cada uno de los ejes, y posteriormente sacar la media de las mejores puntuaciones en cada una de las entrevistas de cada profesional. Es decir, que si un observador le da un 7,66 (7 de 9 respuestas en el eje 1º) y otro le da 8,88 (8 de 9 en el eje 1º), se toma como definitiva de esta entrevista la más alta (la segunda). Así se le van dando valores a cada una de las entrevistas de un mismo profesional y se extrae la media posteriormente. Igualmente puede hacerse con un valor global que incluya los tres ejes. Tendrían la misma utilidad utilizar la misma sistemática pero en porcentaje de ítems contestados en cada eje.
2. - Considerar la mejor observación en cada uno de los ítems de los dos observadores. Es decir, que predomine el que haya visto el hecho observable. P.e. si alguien ha visto un error o una interrupción predominaría la respuesta dos. Así se genera un cuestionario pro entrevista suma de ambos. Existe un programa informático que lo realiza automáticamente, realizado por Antonio Llergo y José Antonio Prados en Córdoba.

3. - Se adjunta la posibilidad de análisis del perfil en forma de gráfico en el que las abscisas expresan cada uno de los ítems y la ordenada el porcentaje de cumplimentación de cada uno de ellos o el valor medio que alcanza.

Los criterios para decidir una u otra deben basarse en la estructura del trabajo, tamaño muestral... La última opción debe tenerse muy en cuenta de cara al análisis cualitativo de perfiles y de cara a la docencia.

Dado el proceso de validación que ha seguido el cuestionario, una concordancia baja debía achacarse a insuficiente conocimiento o recuerdo del Cuestionario y el presente Manual. El trabajo coordinado y continuo de los mismos observadores mejora la concordancia.

Los primeros trabajos debían ser valorados por el José Antonio Prados (Córdoba) y Juan Bellón (Granada), con objeto de que mantener una línea adecuada que permita terminar el proceso de validación del Cuestionario en las diferentes facetas que aún lo requieran

-. CUESTIONARIO GATHA BASE

DATOS GLOBALES

CLAVE ENTREVISTA: _____

OBSERVADOR: _____

Tiempo de Consulta (mn):		
Sexo Profesional:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Sexo Paciente:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Acompañante:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

EJE 1º. -ACTITUD/CARACTERIS- TICAS DEL ENTREVISTADOR	SI	NO/NO PROC.	<u>CODIGO</u>
- Ha saludado al Paciente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. __
- En algún momento el profesional ha llamado por su nombre al paciente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. __
- Ha sonreído el profesional en algún momento de la entrevista?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. __
- Ha expresado verbalmente conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del paciente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. __
- Ha expresado de forma no verbal conocer los sentimientos, preocupaciones (miedos,...) o percepción de salud del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. __

paciente?.....

- Deja hablar al paciente sin interrumpirle en ningún momento?..... () () 6. __
- Se expresa el profesional de forma segura?..... () () 7. __
- Mientras informa el profesional, mira a la cara del paciente?..... () () 8. __
- Se tiene en cuenta en todo momento la opinión del paciente?..... () () 9. __
- Permite que el paciente realice preguntas o aclaraciones?..... () () 10. __

**EJE 2º. - TAREAS
COMUNICACIONALES**

SI NO/NO PROC. CODIGO

- Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?..... () () 11. __
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido mas tiempo de entrevista se ha llegado a delimitar:
 - Calidad?..... () () 12. __
 - Evolución cronológica?..... () () 13. __
 - Localización?..... () () 14. __
 - Factores que lo modifican?..... () () 15. __
- Se conoce al final de la entrevista la idea que tenia el propio paciente sobre el () () 16. __

origen y/o causa de su síntoma o proceso?.....			
- Ha expresado el paciente al final de la entrevista las emociones que el síntoma o proceso le ha provocado?.....	()	()	17. __
- Se conoce al final de la entrevista como afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?.....	()	()	18. __
- Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?.....	()	()	19. __
- Dentro de los aspectos psicosociales, el profesional conoce datos sobre:			
- Estado de animo?.....	()	()	20. __
- Acontecimientos vitales estresantes?.....	()	()	21. __
- Entorno sociofamiliar?.....	()	()	22. __
- Ha abordado el profesional factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?.....	()	()	23. __
- Ha informado el profesional sobre la naturaleza o causa del síntoma principal presentado por el paciente?.....	()	()	24. __
- Ha informado sobre la evolución que puede seguir el proceso?.....	()	()	25. __

- Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?.....	()	()	26. __
- Comprueba la asimilación de la información suministrada?.....	()	()	27. __
- El profesional ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?.....	()	()	28. __
- Se despide del paciente?.....	()	()	29. __

EJE 3°.- HABILIDADES TECNICAS SI NO/NO PROC. CODIGO

- **Cuando apoya la narración** del paciente, ha realizado alguna de las siguientes técnicas:

- Preguntas abiertas?.....	()	()	30. __
- Contacto visual-facial?.....	()	()	31. __
- Señalamientos?.....	()	()	32. __
- Cuando informa al paciente, ha utilizado alguna de las siguientes técnicas:			
- Ejemplificación?.....	()	()	33. __
- Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?.....	()	()	34. __
- Instrucciones por escrito?.....	()	()	35. __
- Ha utilizado el profesional alguna de las			

siguientes técnicas de negociación:

- Respuesta evaluativa?..... () () 36. __
- Exploración de creencias?..... () () 37. __
- En caso de emociones ha tenido
contención emocional?..... () () 38. __
- Ha **EVITADO** alguno de los siguientes
errores:
- Mezclar consejos y/o información en la
fase exploratoria?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 39. __
- Inducir respuestas?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 40. __
- Antagonizar?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 41. __
- Dar instrucciones sin orientar el
problema?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 42. __
- Seguridad prematuras?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 43. __
- Utilizar jerga médica y/o tecnicismos sin
explicar?..... SI Evita NO Evita/No Proc. 44. __
- Tomar la decisión de forma unilateral? SI Evita NO Evita/No Proc. 45. __

HE REVISADO LA CUMPLIMENTACION DE TODOS LOS ITEMS

12.2. -ANEXO III.-VALIDACION DE OBSERVADORES DEL CUESTIONARIO GATHA

Por decisión del Grupo coordinador del diseño y desarrollo del Cuestionario GATHA se deciden los siguientes requisitos para demostrar un buen conocimiento del instrumento:

1. - Superar un examen tipo test de 15 preguntas sobre el Manual El observador debe responder correctamente el 80% de las preguntas
2. - Cumplimentar el Cuestionario en seis de las treinta entrevistas estándar que se aportan en video aparte. Deberán responder correctamente el 70% al menos del patrón "Oro" de las mismas. Dicho patrón "Oro", será consensuado por el Dr. Borrell, Dr. Bosch, Dr. Prados, Dr. Pérez Valencia, Dra. Alonso, Dr. Cebriá y Dr. Bonal.

El Grupo Comunicación y Salud certificarán su validación mediante documento oficial que debe ir firmado por alguno de los doctores del grupo Coordinador: Dr. Prados, Dra. Sira Alonso, Dr. Pérez Valencia. Dr. Borrell, Dr. Cebriá y/o Dr. Bosch.

12.3. -ANEXO IV.-AUTORIZACIONES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO

Copia de la autorización firmada por cada profesional

D/Dña. _____ , trabajando en el CENTRO DE SALUD: _____

AUTORIZO:

a **D. JOSE ANTONIO PRADOS CASTILLEJO**, para realizar grabaciones reales en mi consulta con el permiso explícito de mis pacientes y con consentimiento del Distrito Sanitario. Este consentimiento será válido durante el plazo de 1 año a partir del día de la firma.

Las grabaciones así realizadas solo podrán ser utilizadas de forma anónima y exclusivamente para la realización del presente trabajo.

Por tanto, y manifestando mi consentimiento, firmo la presente autorización en Córdoba, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____

12.4. -CD ROM