

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN EN LAS HABILIDADES COMUNICACIONALES DE MÉDICOS RESIDENTES DE PRIMER AÑO DE PEDIATRÍA

EVALUATION OF THE IMPACT OF AN INTERVENTION ON THE COMMUNICATION SKILLS OF FIRST-YEAR PEDIATRIC RESIDENTS

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DE UMA INTERVENÇÃO NAS HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO DE RESIDENTES PEDIÁTRICOS DO PRIMEIRO ANO

Marcela Urtasun¹, Vanesa Denise Labanca¹, Paula González Pannia¹, Luisa De Rochebouët¹, Romina Chiappino¹, Fernando Claudio Ferrero¹, María Fabiana Ossorio¹, Fernando Adrian Torres¹

La relación entre el médico y su paciente tiene como pilar fundamental la comunicación. Es importante que, a lo largo de la formación, los médicos puedan aprender y desarrollar sus habilidades comunicacionales con diferentes estrategias para poder brindar una atención de calidad a sus pacientes. Realizamos este trabajo de investigación, para poder evaluar si realizando la grabación de una consulta médica, valorando este aspecto de la consulta con una escala, y luego mostrándole al médico su propio video en una instancia de aprendizaje, podemos mejorar su capacidad de lograr una comunicación efectiva.

Conceptos claves:

La comunicación efectiva se considera como una competencia fundamental en la formación médica; su enseñanza no solo se sustenta en el contenido teórico, sino que resulta importante el desarrollo de habilidades prácticas para perfeccionar la técnica. Por esto, se desarrolló la escala CICAA, como un instrumento validado para evaluar la comunicación médica, que ha sido utilizado en residentes de la especialidad de medicina de familia de España y es aplicable a otras especialidades. Este trabajo evaluó la utilidad de una intervención, basada en la videograbación de una consulta médica, valorando el desempeño en la competencia comunicacional por medio de la escala antes mencionada; con una nueva videograbación de otra consulta luego de una instancia reflexiva. No se encontró en la literatura intervenciones similares llevadas a cabo en residentes de especialidades médicas en Argentina.

1- Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA, Argentina.
Mail de contacto: vanesalabanca@hotmail.com

Recibido: 2020-10-21 Aceptado: 2021-02-09

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.31036>



©Universidad Nacional de Córdoba

Resumen:

Introducción: La comunicación es una competencia básica en educación médica. Precisa de conocimientos, actitudes y habilidades que pueden enseñarse, aprenderse y evaluarse durante el proceso formativo.

Objetivo: Explorar si la implementación de una intervención específica mejora las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría.

Población: Se incluyeron 23 médicos residentes de primer año de pediatría de un hospital pediátrico.

Material y métodos: Estudio prospectivo de evaluación de impacto, tipo antes y después (control intrasujeto). Se realizó una videograbación de una consulta médica, previo consentimiento informado de los participantes. Dos investigadores, de manera independiente, valoraron el desempeño en la competencia comunicacional a través de la escala de CICAA, instrumento diseñado y validado para tal fin. En una instancia de retroalimentación, cada médico observó su filmación y recibió una devolución sobre sus fortalezas y debilidades. Posteriormente se realizó la videograbación de otra consulta y nueva valoración mediante escala CICAA, a fin de evaluar el impacto de la intervención.

Resultados: El puntaje total en la escala de CICAA previo a la intervención, presentó una mediana de 16,4 (IIC 13-20) y posterior a la misma un valor mediano de 31,1 (IIC 27-36) (p<0,01).

Conclusión: Una intervención basada en observación crítica y objetiva (escala CICAA), la auto observación de consultas médicas, junto con una retroalimentación constructiva, tuvo un impacto positivo en las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría.

Palabras clave: educación médica; comunicación; retroalimentación; pediatría

Abstract:

Introduction: Communication is a basic competence in medical education. It requires knowledge, attitudes and skills that can be taught, learned and evaluated during the training process.

Objective: To explore if the implementation of a specific intervention improves the communication skills of first-year pediatric residents.

Population: 23 first-year pediatric resident physicians from a pediatric hospital were included.

Material and methods: Prospective study of impact evaluation, before and after type (within-subject control). A video recording of a medical consultation was made, with the prior informed consent of the participants. Two researchers independently assessed performance in communicational competence using the CICAA scale, an instrument designed and validated for this purpose. In an instance of feedback, each physician observed their recording and received feedback on their strengths and weaknesses. Subsequently, a video recording of another consultation and a new assessment was made using the CICAA scale, in order to evaluate the impact of the intervention.

Results: The total score on the CICAA scale prior to the intervention, presented a median of 16.4 (IIC 13-20) and after it a median value of 31.1 (IIC 27-36) (p < 0, 01).

Conclusion: An intervention based on critical and objective observation (CICAA scale), self-observation of medical consultations, together with constructive feedback, had a positive impact on the communication skills of first-year pediatric residents.

Key words: medical education; communication; feedback; pediatrics

Resumo

Introdução: A comunicação é uma competência básica na educação médica. Requer conhecimentos, atitudes e habilidades que podem ser ensinadas, aprendidas e avaliadas durante o processo de treinamento médico.

Objetivo: Explorar se a implementação de uma intervenção específica melhora as habilidades de comunicação de residentes pediátricos do primeiro ano.

População: 23 médicos residentes pediátricos do primeiro ano de um hospital pediátrico foram incluídos.

Material e métodos: Estudo prospectivo de avaliação de impacto, antes e depois do tipo (controle dentro do sujeito). Foi realizada a gravação em vídeo de uma consulta médica, com o consentimento prévio dos participantes. Dois pesquisadores avaliaram de forma independente o desempenho em competência comunicacional por meio da escala CICAA, instrumento elaborado e validado para esse fim. Em uma instância de feedback, cada médico observou sua filmagem e recebeu feedback sobre seus pontos fortes e fracos. Posteriormente, foi realizada a gravação em vídeo de outra consulta e realizada nova avaliação pela escala CICAA, para avaliação do impacto da intervenção.

Resultados: O escore total da escala CICAA anterior à intervenção apresentou mediana de 16,4 (IIC 13-20) e após a mediana de 31,1 (IIC 27-36) (p < 0, 01).

Conclusão: Uma intervenção baseada na observação crítica e objetiva (escala CICAA), auto-observação das consultas médicas, juntamente com feedback construtivo, teve um impacto positivo nas habilidades de comunicação de residentes pediátricos do primeiro ano.

Palavras-chave: educação médica; comunicação; retroalimentação; pediatría

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la entrevista clínica depende fundamentalmente de la comunicación. El resto de las competencias clínicas (el conocimiento médico, la exploración física, el razonamiento clínico para resolver los problemas) que se aplican durante la entrevista son moduladas por las habilidades comunicacionales, determinando la efectividad de la relación médico-paciente (1).

La forma en la que se comunica es tan importante como el contenido de lo que se comunica. Una comunicación eficaz facilita la participación del paciente en la toma de decisiones, mejora la adherencia al tratamiento, optimiza la atención médica e influye positivamente en los resultados de salud de los pacientes (2).

Actualmente, la comunicación efectiva es considerada como una de las competencias básicas de la educación médica y precisa conocimientos, actitudes y habilidades que pueden enseñarse, aprenderse y evaluarse durante el proceso formativo. Es decir, requiere de una enseñanza formal. (3-6)

Para la enseñanza de una comunicación efectiva no solo es necesario el contenido teórico, sino que resulta importante la observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades para poder realizar una evaluación y posterior instancia de análisis conjunto de su desempeño, con el fin de permitir al estudiante reconocer y mejorar su competencia comunicacional (7). Escuelas de medicina de Chile, Estados Unidos y países de Europa reconocen la importancia que tiene la comunicación y, por lo tanto, incluyen dentro de la formación de grado el entrenamiento de las habilidades comunicacionales de sus estudiantes (8-10).

Para la evaluación de la comunicación en la entrevista clínica existen dos modelos: uno que prioriza el proceso de la entrevista y el estilo profesional, y otro que enfatiza el contenido del encuentro y las tareas a conseguir en la entrevista. La escala CICAA (Conectar, Interpretar, Comprender, Acordar y Ayudar a actuar) pertenece al segundo grupo; se trata de un instrumento validado por Ruiz Moral R. et al y fue creado para evaluar las habilidades comunicacionales de los residentes de medicina de familia de España, sin embargo, es aplicable a otras especialidades médicas (11, 12).

Por lo anteriormente mencionado y entendiendo la comunicación como una competencia básica esencial para la práctica diaria de los humanos y en concreto en el contexto de este trabajo, de los profesionales médicos, se consideró relevante desarrollar estrategias e intervenciones que permitan evaluar y mejorar dicha competencia dentro del sistema de residencia médica de pediatría.

Por tanto, en este estudio se implementó una estrategia con el fin de mejorar las habilidades comunicacionales de los médicos residentes de pediatría de primer año, valorando su impacto.

OBJETIVOS

Evaluar si una intervención, basada en la auto observación de una consulta médica video grabada y analizada con la escala CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar), mejora las habilidades comunicacionales de los médicos residentes de primer año de pediatría de un hospital pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio prospectivo de evaluación de impacto, de tipo antes y después (control intrasujeto).

Población

La muestra fue de tipo no probabilística, de este modo, se incluyeron a todos los médicos residentes de primer año de pediatría que se encontraban rotando en los consultorios de atención médica espontánea de un hospital pediátrico entre el 01 de Julio de 2019 y el 28 de febrero de 2020.

Ámbito de estudio

Los residentes de pediatría en el transcurso del primer año de formación realizan 3 rotaciones cuatrimestrales, dos en sala de internación y una en los consultorios de atención médica espontánea. En el presente trabajo, se incluyeron los primeros dos grupos que realizaron su rotación por los consultorios de atención médica espontánea.

Procedimiento

Se invitó a participar, en forma personal, a todos los médicos residentes de primer año de pediatría que rotaron por los consultorios de demanda espontánea de un hospital pediátrico en el periodo de estudio. Se les explicó el propósito del presente trabajo, el procedimiento y se remarcó el carácter voluntario de su participación. Finalmente, se incluyó a todos los que prestaron su consentimiento informado.

El estudio se desarrolló en tres etapas: la primera etapa de observación durante el segundo mes de rotación (pre-intervención), otra de intervención durante el tercer mes de rotación y una tercera de observación durante el cuarto y último mes de rotación por los consultorios externos (post-intervención). Ambas etapas de observación (pre y post intervención) consistieron en la videograbación de una consulta médica desarrollada por los participantes. Para la videograbación se destinó un consultorio de modo de no compartir la consulta con otros médicos ni pacientes; la cámara se posicionó de manera tal que sólo el médico residente fuera filmado, evitando así imágenes del paciente y su cuidador. Respecto a las características de la consulta, se incluyeron aquellas de pacientes menores de 3 años, cuyos cuidadores hablaran castellano y no presentaran hipoacusia. Previo al inicio de la consulta, se solicitó y obtuvo consentimiento informado para realizar la videograbación por parte del padre/madre o tutor legal del paciente. Luego de finalizada la consulta se le ofreció al cuidador observar la filmación si así lo deseaba.

Tanto en la etapa pre como en la post intervención, luego de realizada la videograbación, se evaluó la competencia comunicacional utilizando la escala CICAA (Anexo 1) (11). Dos investigadores entrenados en el uso de esta herramienta, analizaron la videograbación de manera independiente evaluando el proceso de comunicación y calificaron la entrevista siguiendo la escala CICAA. Posteriormente, se promediaron ambas puntuaciones y se adjudicó el resultado a cada sujeto.

La intervención consistió en invitar al médico residente a ver su videograbación y recibir una devolución oral y escrita por parte de uno de los investigadores (retroalimentación), reforzando los aspectos positivos y reflexionando sobre las debilidades acerca de la competencia comunicacional.

Luego de la observación post intervención (etapa tres) se les ofreció a los médicos residentes observar su segunda videograbación y todos recibieron un informe escrito a modo de devolución de la consulta. Además, aquellos residentes que no mejoraron luego de la intervención recibieron material teórico acorde para reforzar la capacitación.

Variables

Se consideraron como variables de resultado los puntajes del cuestionario CICAA por tarea (variable numérica discreta) y total (variable numérica discreta), antes y después de la intervención.

Se consideraron como variables de control la etapa del ciclo lectivo en la que se encontraba el residente -primer cuatrimestre o segundo cuatrimestre- (variable cualitativa dicotómica), el tiempo total de la consulta -expresado en minutos (variable cuantitativa continua), el sexo del médico residente -femenino o masculino- (variable cualitativa dicotómica) y si el motivo de consulta fue por una patología aguda o crónica (variable cualitativa dicotómica).

Análisis estadístico

Se describen las variables del estudio utilizando porcentajes para variables categóricas, y promedio con desvío estándar (DS) o mediana con intervalo intercuartílico (IIC), según ajuste a normalidad (Prueba de Kolmogorov-Smirnov), para las variables continuas.

Para explorar el impacto de la intervención se compararon ambos cuestionarios considerando el puntaje total y por tarea obtenido utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon (Signed rank test) para datos pareados. Además, se compararon los puntajes obtenidos por cada grupo según cuatrimestre de la residencia en curso utilizando la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney (Rank sum test) para datos independientes.

A pesar de la distribución, se incluyó un análisis comparando las medias de los puntajes en cada ítem de la escala CICAA antes y después (prueba de t para muestras relacionadas) de la intervención para poder comparar ese aspecto con un trabajo que lo contempla de esa manera (13).

En todos los casos los resultados se expresaron con sus Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) y se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$. Análisis con SPSS 20.0/ Statistix 7.0.

Consideraciones éticas

A los médicos residentes que participaron, se les solicitó consentimiento informado para ser videograbados durante la consulta, restringiendo información acerca de qué ítems serían observados, en función de no invalidar o alterar los resultados de la investigación (14). Así mismo, se les solicitó el consentimiento informado a los cuidadores, en donde aceptaron que la consulta fuese videograbada, evitando imágenes suyas y del paciente y se les informó que al finalizar la consulta podían acceder a revisar la grabación. Tanto los datos del médico residente, así como los del paciente y su cuidador fueron anonimizados (Ley 25.326).

Considerando que los médicos residentes, en tanto que alumnos, constituyen una población vulnerable se solicitó y obtuvo la aprobación de los Comités de Ética en Investigación y de Docencia e Investigación del hospital para la realización de este trabajo. Además, los encargados de la evaluación promocional directa de los residentes (jefes de residentes) no participaron de la investigación ni estuvieron al tanto de quienes participaron o no de la misma. La investigación fue inscrita en el registro de investigaciones en salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el número 41/19.

RESULTADOS

Se invitó a participar a 27 médicos residentes de primer año, de los cuales 4 no prestaron su consentimiento, por tanto, fueron incluidos finalmente 23 participantes, edad promedio 27.7 ± 2.5 años, 20 mujeres y 3 hombres. En relación a las consultas observadas 40 de 46 correspondieron a patologías agudas.

El tiempo global de la consulta pre-intervención presentó una mediana de 36.5 min (IIC 30-40), mientras que el posterior fue de 35 min (IIC 27-45.5); no se halló una diferencia estadísticamente significativa entre dichos valores ($p=0.9$).

El puntaje total en la escala de CICAA previo a la intervención, presentó una mediana de 16.4 (IIC 13-20) y el puntaje posterior a la misma una mediana de 31.1 (IIC 27-36), $p<0.01$ (prueba de Wilcoxon) (Tabla 1). Todos los participantes excepto 1 mejoraron su puntaje posterior a la intervención y el 86.9 % (IC95% 66.4-97.2%) lo incrementó en al menos un 50%.

Al comparar los grupos de residentes que recibieron la intervención en la primera rotación de la residencia, con aquellos que la recibieron en la segunda rotación, utilizando la prueba U de Mann-Whitney no se halló diferencia estadísticamente significativa respecto de los puntajes totales previos ($p = 0.56$) como tampoco en los puntajes totales posteriores ($p = 0.46$). Tampoco se observó diferencia significativa en la duración total de la consulta de cada una de las rotaciones de residentes.

Considerando las diferentes tareas en las cuales se encuentra dividida la escala CICAA ("Conectar"; "Identificar y comprender los problemas" y "Acordar y ayudar a actuar"), se halló una diferencia significativa por prueba de Wilcoxon ($p < 0.01$) entre los puntajes obtenidos en cada una de estas, antes y después de la intervención (Tabla 1).

Se compararon las medias de los puntajes de los 29 ítems que conforman las tareas anteriormente mencionadas, encontrando diferencias estadísticamente significativas en casi todos. Se evaluó también para cada ítem, el porcentaje de residentes que incrementaron su puntaje después de la intervención (Tabla 2).

Tabla 1. Puntaje total y por tarea según escala CICAA; y tiempo global de la consulta pre y post intervención

	Pre intervención		Post intervención		p (Prueba de Wilcoxon)
	Mediana	IIC	Mediana	IIC	
Puntaje total	16,4	(13-20)	31,1	(27-36)	<0,01
Conectar	7	(6-9)	11	(9-11)	<0,01
Identificar y comprender los problemas	5	(4-6)	11	(8-14)	<0,01
Puntaje por tarea					
Acordar y ayudar a actuar	4	(1-7)	9	(7-11)	<0,01
Tiempo total (minutos)	36,5	(30-40)	35	(27-45,5)	0,90

Tabla 2. Puntajes según ítem de escala CICAA antes y después de la intervención y porcentaje de médicos residentes que incrementaron puntaje post intervención.

Ítem	Pre intervención		Post intervención		P (T de student para muestras relacionadas)	% *
	Media	DS	Media	DS		
1	1,56	0,50	1,91	0,29	0,021	43,5
2	0,78	0,59	1,65	0,48	0,001	65,2
3	1,78	0,42	2,00	0,00	0,025	21,7
4	1,39	0,49	1,91	0,29	0,001	52,2
5	0,69	0,76	1,43	0,59	0,001	60,9
6	0,82	0,57	1,47	0,51	0,001	60,9
7	0,82	0,57	1,52	0,59	0,001	60,9
8	0,78	0,42	1,39	0,49	0,002	47,8
9	1,30	0,55	1,82	0,38	0,001	52,2
10	0,17	0,38	0,69	0,56	0,005	60,9
11	0,13	0,34	1,17	0,71	0,000	73,9
12	0,00	0,00	0,21	0,52	0,059	17,4
13	0,04	0,21	0,43	0,84	0,035	21,7
14	0,13	0,45	0,39	0,58	0,124	30,4
15	0,00	0,00	0,30	0,47	0,008	30,4
16	0,13	0,34	0,39	0,58	0,340	30,4
17	0,04	0,21	0,04	0,20	1,000	4,3
18	0,39	0,65	0,65	0,71	0,166	39,1
19	1,04	0,76	1,43	0,66	0,058	43,5
20	0,39	0,65	1,00	0,79	0,100	52,2
21	0,56	0,66	1,60	0,58	0,000	78,3
22	0,52	0,66	1,30	0,63	0,005	65,2
23	0,29	0,54	1,52	0,51	0,001	60,9
24	0,73	0,68	1,47	0,51	0,001	69,6
25	0,17	0,38	0,52	0,59	0,021	34,8
26	0,69	0,76	1,69	0,47	0,001	73,9
27						
**						
28	0,26	0,44	0,56	0,72	0,710	39,1
29	0,31	0,57	0,60	0,65	0,109	34,8

* Porcentaje de médicos residentes que incrementaron el puntaje post intervención

** Calificada como "no procede" en la totalidad de las consultas

DISCUSIÓN

El presente trabajo buscó evaluar las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría antes y después de una intervención. Según los resultados, el puntaje total del cuestionario CICAA luego de realizar la intervención, mejoró en 22 de los 23 residentes, con resultados estadísticamente significativos. Esto refuerza lo descrito en trabajos previos que argumentan que la comunicación es una habilidad que puede ser enseñada, siendo el resultado más efectivo cuando las estrategias que se utilizan coinciden con la práctica profesional (15,16). Se ha demostrado que para mejorar las habilidades comunicacionales son más efectivas las intervenciones con un fuerte componente experimental y/o práctico (Ej: exámenes clínicos objetivos y estructurados, juego de roles, simulación, videograbaciones de pacientes, etc.) que aquellas que se basan únicamente en el abordaje teórico (16-18). Acorde a la experiencia obtenida, realizar videograbaciones de consultas en un contexto real permitió, evidenciar problemáticas que surgen en forma espontánea durante las consultas y que requieren de una comunicación espontánea y fluida y también, evaluar y mejorar la comunicación no verbal.

Otro pilar en la enseñanza de las habilidades comunicacionales es la retroalimentación constructiva, que para ser considerada efectiva debe ser específica, estructurada y orientada al comportamiento (19). Se consideró que el uso de instrumentos como la escala CICAA o cuestionarios como el GHATA-RES (20), ayudan al observador a valorar aspectos específicos de la comunicación de forma más objetiva, y sirven para estructurar la retroalimentación. Es importante resaltar que el hecho que los residentes pudieran observarse, enriqueció esta instancia de retroalimentación ya que hizo que pudieran reconocer sus aciertos y sus errores y auto evaluarse (21).

En relación a los puntajes obtenidos, la tarea mejor puntuada en la etapa pre intervención fue "Conectar con el paciente" (Tarea 1). Este hallazgo coincide con lo descrito por Salazar-Blanco y col. (18). Esta tarea hace referencia a establecer y mantener la relación con el paciente, proceso que transcurre a lo largo de toda la entrevista. Entre las habilidades comunicacionales que contribuyen a construir una relación, se destaca el respeto, la autenticidad, la empatía y la escucha activa (1). Esta tarea fue la mejor puntuada en la etapa pre intervención y la que obtuvo un menor porcentaje de mejoría en la post intervención. En particular, el ítem 3 ("¿En qué medida el profesional se muestra amable y cortés durante la entrevista?") fue el que obtuvo un menor porcentaje de mejoría ya que en ambas etapas la mayoría de los médicos (78.2%) obtuvo el máximo puntaje. Creemos que, posiblemente, esto tenga relación con que compromete habilidades comunicacionales sociales que se aprenden y perfeccionan a lo largo de toda la vida (ej.: saludar, presentarse, invitar a sentarse, el contacto visual).

En cuanto a "Identificar y comprender los problemas del paciente" (Tarea 2) se observó un gran porcentaje de mejoría post intervención. Es una tarea compleja y exigente, que implica escuchar atentamente no solo lo que dice cada paciente, sino también lo que quiere decir y lo que significa para él, todo esto manifestando respeto, comprensión y apoyo. A su vez, se elaboran hipótesis diagnósticas y se van pensando posibles soluciones. Luego de la intervención, el ítem 11 ("¿En qué medida emplea preguntas abiertas?") obtuvo una mejoría del 73.9%. Estimamos que esto puede deberse a que es una conducta relativamente sencilla de modificar, sobre todo luego de ver en las videograbaciones que realizar preguntas cerradas llevan a un diálogo disruptivo.

Por último, en la tarea "Ayudar y acordar" (Valoradas en conjunto como tareas 3 y 4) se obtuvo el menor puntaje en la etapa pre intervención. Sin embargo, la mejoría luego de la intervención fue importante, en forma similar a lo observado por Tiese Aguirre y col. en su trabajo, en el que realizaron un entrenamiento corto en comunicación y utilizaron el mismo instrumento de medición (13). Esta tarea hace hincapié en compartir la información con el paciente y alcanzar acuerdos. Una condición sine qua non para que cualquier plan sea eficaz es que éste sea aceptado por el paciente, lo que exige que médico y paciente (o familia) compartan al menos lo esencial tanto sobre lo que le está pasando a éste como sobre lo que se podría hacer para afrontarlo. Se destaca el ítem 21 ("¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?") y el ítem 26 ("¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?") donde mejoraron en un 78.3% y 73.9% respectivamente luego de la intervención.

Comparando los residentes de la primera y segunda rotación, no se hallaron diferencias significativas en sus puntajes totales pre y post intervención. Es decir que, a pesar de contar con 4 meses más de experiencia, los médicos de la segunda rotación no manifestaron mejor desempeño. Este hallazgo es mencionado por otros autores (22, 23), reforzando la idea de que las habilidades comunicacionales no mejoran sólo con la experiencia y requieren de una enseñanza formal.

No se halló diferencia significativa respecto del tiempo promedio de la consulta en la etapa pre y post intervención. Dado que la mayoría de los residentes mejoraron sus habilidades comunicacionales, podríamos decir que comunicarse mejor, no necesariamente, requiere de más tiempo.

Como fortaleza del estudio, se destaca que la intervención propuesta cumple con la mayoría de los elementos necesarios para la enseñanza formal de las habilidades comunicacionales (8). Al realizarse la valoración de la comunicación con un instrumento validado se logra una sistematización de la observación realizada. Además, al realizar videograbaciones, permite al médico residente observarse a sí mismo, lo cual brinda una oportunidad de auto evaluación valiosa y, por último, el contar con una retroalimentación constructiva, sistematizada y específica favorece el aprendizaje. Por otro lado, esta implementación no requiere de erogaciones por parte de las instituciones, ya que solo se necesita un dispositivo con capacidad de grabar video, que en la actualidad es de fácil acceso.

El sesgo de observación podría ser considerado como una potencial debilidad de esta investigación. Los profesionales, al saberse observados, pudieron haber modificado su conducta en relación a la habitual, observándose así mejores resultados. Sin embargo, la experiencia en el tema acumulada por Coleman (24) sugiere que en la práctica es muy difícil modificar el estilo propio de la entrevista. Si bien algunos autores recomiendan realizar varias observaciones, otros encuentran que luego de 5 minutos los cambios de conducta o actitud son menores, y una única entrevista podría ser suficiente para evaluar las habilidades comunicacionales (18, 24). Además, los profesionales fueron provistos de información general sobre el estudio, sin información precisa sobre qué ítems se evaluarían para disminuir la posibilidad que pudieran modificar su conducta (14).

CONCLUSIÓN

Con los hallazgos del presente trabajo, concluimos que la implementación de una intervención basada en la observación crítica y objetiva con un instrumento validado de la videograbación de una consulta médica, acompañada de una instancia posterior de retroalimentación constructiva mejora globalmente las habilidades comunicacionales de los médicos residentes de primer año de pediatría de un hospital pediátrico.

Aquellas habilidades relacionadas con el identificar y comprender el problema del paciente y el cierre de la consulta, fueron las que presentaron un mayor porcentaje de mejoría luego de la intervención. Asimismo, no se observó una diferencia significativa en relación a la duración del tiempo de la consulta antes y después de la intervención, ni tampoco en relación a la cantidad de meses de experiencia que presentaban los residentes.

Limitaciones de responsabilidad

La responsabilidad del trabajo es exclusivamente de los autores.

Conflictos de interés

Ninguno

Fuentes de apoyo

No posee

Originalidad del trabajo

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

Cesión de derechos

Los participantes de este trabajo ceden el derecho de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

Participación de los autores

Todos los autores han participado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final.

Bibliografía

1. Ruiz Moral, R. *Comunicación Clínica. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana*; 2015.
2. Rider A, Hinrichs M, Lown B. A model for communication. *Skills assessment across the undergraduate curriculum. Med Teach* 2006; 28: 27-34.
3. *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative*; 2011.
4. Frank, JR. (Ed). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. 2005.
5. Shield R, Tong I, Tomas M, Besdine R. *Teaching Communication and compassionate care skills: an innovative curriculum for pre-clerkship medical students. Med Teach* 2011; 33: 408-16
6. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al. *Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. Acad Med* 2004; 79: 495-507.
7. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning Communication Skills in Medicine. Oxford: Radcliffe Medical Press*; 2005
8. Moore P., Gómez G., Kurtz S. *Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. Aten Primaria. 2012;44(6):358-365*
9. Von Fragstein, M., Silverman, J., Cushing, A., Quilligan, S. et al. *UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education. Medical Education* 2008; 42: 1100–1107.
10. Ruiz Moral, R., Caballero Martínez, F., García de Leonardo, C., Monge D. et al. *Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina. La experiencia de la Francisco de Vitoria (Madrid). Educ Med. 2017. 18 (4):289 -297.*
11. Ruiz Moral R, Gavilan Moral E, Perras Rejano JM. *Escala "CICAA": escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Manual de utilización. Barcelona: Esteve. 2007.*
12. Ruiz Moral R, Perula de Torres LA. *Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria. 2006;37:320–4*
13. Ticse Aguirre R., Cuba Fuentes M., Nestares Rojas J., Aguilera L. *Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. Rev Med Hered. 2019; 30:148-156.*
14. *Gobierno de la Ciudad de Buenos aires, Ministerio de Salud. Resolución N° 595/MSGC/2014. Requisitos y procedimientos aplicables a proyectos y trabajos de investigaciones conductuales, socio-antropológicas y epidemiológicas que se efectúen en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Anexo, capítulo 3, Artículo 5. 2014.*
15. Crisp, AH. *Undergraduate training for communication in medical practice. J.R. Soc. Med.* 1986; vol 79.
16. Ahsen N., Batul S., Ahmed A., Imam S., et al. *Developing counseling skills through pre-recorded videos and role play: a pre- and post-intervention study in a Pakistani medical school. BMC Medical Education. 2010;10(1):7*
17. MacDonald-Wicks, L. PhD; Levett-Jones, T. *Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review. JBI Library of Systematic Reviews. 2012; 10 (28); 1-12. doi: 10.11124/jbisr-2012-327*
18. Salazar-Blanco, O., Casasbuenas-Duarte, L., Idárraga-Arenas, C., Marcela-Vélez C. *Valoración de las habilidades comunicativas en la*

entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA. FEM 2014; 17 (4): 293-248

19. Engerer C., Berberat P., Dinkel A., Rudolph B. et al. *Specific feedback makes medical students better communicators. BMC Medical Education* 2019. 19:51.

20. Ruiz Moral R., Prados Castillejo J., Juradob, A., Bellón Saameño J. et al. *Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. Aten Primaria* 2001; 27: 469-477.

21. Morán Barrios J. *La evaluación del desempeño de las competencias en la práctica clínica. 1ra Parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. Educ Med. 2016; 17 (4): 130- 139.*

22. Fallowfield L, Jenkins V., Farewell V., Saul J. et al. *Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial, Lancet* 2002 Feb 23; 359(9307):650-6.

23. Florenzano R., Altuzarra R., Carvajal C., Weil K., et al. *Improving the quality of clinical interview teaching: evaluation of an intervention with medical students. Rev Med Chil. 2000;128:294---300.*

1. Coleman T. *Using video- recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. Family Practice* 2000; 17: 422 - 427.

ANEXO 1. Cuestionario CICAA

Datos Globales

Clave:

Tiempo de consulta (en minutos):	Tiempo antes de examen físico:	Tiempo después de examen físico:
Género del discente: M F		
Motivo de consulta principal:	Motivo de consulta secundario:	
Proceso: Agudo Crónico	Visita: Inicial Revisión	

Tarea 1: CONECTAR

	0	1	2	NP
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?				
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
6. ¿En qué medida cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
Observaciones y Comentarios (Establecer y Mantener una Relación)				

Tarea 2: IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS

	0	1	2	NP
7. ¿En qué medida ha mostrado una reactividad adecuada?				
8. ¿En qué medida facilita el discurso del paciente?				
9. ¿En qué medida establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?				
10. ¿En qué medida capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
Observaciones y Comentarios (Escucha Activa)				
11. ¿En qué medida emplea preguntas abiertas?				
Observaciones y Comentarios (Preguntas)				

INTERVENCIÓN EN LA COMUNICACIÓN MÉDICA

12. ¿En qué medida ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen o causa de su síntoma o proceso?				
13. ¿En qué medida ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
14. ¿En qué medida ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?				
15. ¿En qué medida ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
16. ¿En qué medida ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
17. ¿En qué medida ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?				
18. ¿En qué medida ha explorado el entorno socio familiar?				
19. ¿En qué medida ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o ha realizado actividades preventivas?				
Observaciones y Comentarios (Integrar información Psicosocial)				

	0	1	2	NP
20. ¿En qué medida ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
Observaciones y Comentarios (Resumen)				

Tarea 3 y 4: ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR

	0	1	2	NP
21. ¿En qué medida trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
22. ¿En qué medida trata de explicar la evolución que puede seguir el proceso?				
23. ¿En qué medida ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
24. ¿En qué medida ofrece la información de forma clara?				
Observaciones y Comentarios (Información Personalizada y Comprensible)				
	0	1	2	NP
25. ¿En qué medida da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
26. ¿En qué medida permite que el paciente exprese sus dudas?				
27. <i>Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre Ud. y el paciente, ¿En qué medida busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?</i>				
28. ¿En qué medida comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
29. ¿Consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Observaciones y Comentarios (Participación en la toma de decisiones y negociación)				

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

PUNTUACIÓN TOTAL / Número de ítems con NP: