

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

Ticse Aguirre, Ray Willy; Cuba Fuentes, María Sofía; Nestares Rojas, José Argentino; Aguilera, Luis
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

Revista Médica Herediana, vol. 30, núm. 3, 2019

Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338062292003>

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i3.3581>

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

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

Effect of a short training in communication abilities with the CICAA method in an university in Lima, Peru

Ray Willy Ticse Aguirre

Unidad de Educación Médica (UEM), Universidad Peruana Cayetano Heredia., Perú

DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v30i3.3581>

Redalyc: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338062292003>

Maria Sofia Cuba Fuentes

Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia., Perú

José Argentino Nestares Rojas

Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia., Perú

Luis Aguilera

Universidad de Valladolid, España

Recepción: 28 Febrero 2019

Aprobación: 20 Junio 2019

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la eficacia de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar) en una universidad de Lima-Perú. **Material y métodos:** Estudio de intervención antes y después, donde cada médico residente fue su propio control. Participantes: 25 médicos residentes del primer año académico de los programas de especialización en medicina familiar, medicina interna y pediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Intervención: Entrenamiento en entrevista clínica basado en el método CICAA. El método CICAA incluye cuatro tareas agrupadas en tres dominios: Conectar (dominio 1), Identificar y comprender (dominio 2), Acordar y Ayudar (dominio 3). Se realizó un entrenamiento de 26 horas de duración, el cual consistió en clases teóricas, talleres, role-play de escenarios diseñados por los docentes y alumnos. Se diseñó una evaluación clínica objetiva estructurada (ECOE) con la participación de dos pacientes estandarizados. Se utilizó el score CICAA para calificar la entrevista clínica tanto antes como una semana después del entrenamiento. **Resultados:** La media de la calificación total antes del entrenamiento fue de $29,84 \pm 1,44$; $8,72 \pm 0,33$, $12,8 \pm 1,02$ y $8,32 \pm 0,67$ para los dominios 1, 2 y 3, respectivamente. Despues del entrenamiento, la calificación total fue de $40,84 \pm 1,32$; $11 \pm 0,26$, $16,04 \pm 1,01$ y $13,44 \pm 0,51$, para los dominios 1,2 y 3, respectivamente. **Conclusiones:** La implementación de un entrenamiento corto sobre habilidades de comunicación basado en teoría y juego de roles tiene un impacto positivo en una evaluación temprana.

PALABRAS CLAVE: Comunicación, formación, prácticas y residencia, Communication, training, internship and residency.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the efficacy of a short training in communication abilities with the CICAA method in a university in Lima, Peru. **Methods:** A before-after study design was undertaken where each resident was a control. Participants: 25 first year residents of family medicine, internal medicine and pediatrics of Universidad Peruana Cayetano Heredia. Intervention: training in the CICAA method which includes four areas grouped in three domains; connecting (domain 1), identifying and learning (domain 2); and remembering and helping (domain 3). A short training of 26 hours was conducted including lectures, workshops, and play-role activities for students and teachers. A structure objective assessment with the participation of two standardized patients was carried-out. CICAA score was used to evaluate the clinical interview one week before and after the training. **Results:** The mean value of the overall evaluation was 29.84 ± 1.44 ; 8.72 ± 0.33 , 12.8 ± 1.02 and 8.32 ± 0.67 for domains 1-3, respectively. Values after the training were 40.84 ± 1.32 ; 11 ± 0.26 , 16.04 ± 1.01 and 13.44 ± 0.51 , for domains 1-3, respectively. **Conclusion:**

The implementation of a short training in communication abilities based on lectures and play-role has a positive impact on an early evaluation.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es una competencia esencial para los profesionales de salud; para el médico es indispensable para la elaboración de la historia clínica, y facilita la obtención de información de parte de los pacientes y de sus familiares sobre sus creencias, preocupaciones y expectativas acerca de la enfermedad. Además, la comunicación es útil para proporcionar un trato humano y brindar una atención de alta calidad (1,2). Las habilidades comunicativas también son esenciales para el trabajo en equipo, y la mejor relación con otros profesionales de salud, lo que va derivar indirectamente en un mejor servicio de atención para los pacientes (3,4).

En el Perú, según el Comité Nacional de Residentado Médico (CONAREME), los programas de especialización médica se realizan en la modalidad escolarizada de formación de especialistas en servicio, mediante la docencia-servicio-investigación; el médico residente adquiere las competencias profesionales de su perfil de egreso realizando los actos médicos correspondientes bajo la tutela de un tutor (5).

El Royal College of Physicians of Canada, agrupación que elaboró las Canadian Medical Education Directives for Specialist (CanMEDS) y el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (USA), determinaron de manera específica los métodos de enseñanza y evaluación que se deberían aplicar para el desarrollo de las competencias en comunicación de los médicos residentes en Canadá y EUA (6,7). Se requiere distinguir cuál es el nivel de entrenamiento que requiere el alumno y un médico residente; para este último será necesario mostrar que es competente en la práctica diaria (8).

El examen clínico objetivo estructurado (ECOE) es un instrumento que permite evaluar el nivel de competencia en condiciones de laboratorio, tanto de competencias comunicativas como clínicas (9). La aplicación del ECOE como instrumento de evaluación regular de competencias es relativamente nueva en el Perú, se está introduciendo tan solo en algunas escuelas de medicina de Perú; pero no se tiene información de que se esté utilizando de manera regular en los programas de Residentado médico.

La mayoría de los modelos usados para la evaluación de comunicación clínica son modelos amplios basados en los criterios de Kalamazoo, considerados como un referente para la evaluación de las tareas de la entrevista clínica (10,11,12,13). La guía CICAA (acrónimo de las tareas: conectar, identificar y comprender, acordar y ayudar), es un modelo utilizado para entrenar y evaluar la comunicación clínica, se fundamenta en el modelo de atención centrado en el paciente. Esta guía cumple con los criterios para desarrollar una medición adecuada, fundamentada en un modelo bien definido, con categorías observables de las habilidades de relación clínica, con unas validez y fiabilidad documentadas (14), es fácilmente aplicable, y disponible como instrumento de feedback tanto para la formación como para la evaluación (15,16).

El planteamiento de la valoración de la relación clínica durante el programa de especialización responde a la necesidad de, verificar el logro de las competencias relacionadas a comunicación como competencia transversal (17,18,19). Es importante evaluar la aplicación de cursos que contribuyan al logro de esta competencia. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA en una universidad privada de Lima Perú.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención antes y después, donde cada médico residente fue su propio control, con dos evaluaciones separadas en un periodo de una semana y el entrenamiento en comunicación en el periodo intermedio. El lapso de una semana se eligió para capturar la transferencia real de cambios a corto plazo de la habilidad entrenada (figura 1).

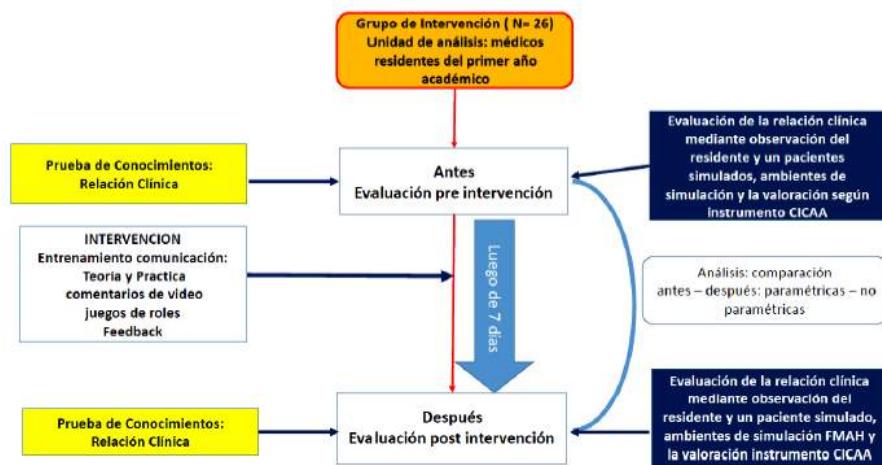


Figura 1.

El método de evaluación escogido para el presente trabajo fue la actuación del médico residente en una consulta con paciente estandarizado (estación ECOE); buscando permitir a cada estudiante la reflexión de su proceso de aprendizaje, pudiendo identificar aspectos a profundizar, a desarrollar y a perfeccionar. Se evaluaron los cambios en las habilidades de comunicación de los médicos residentes después de un entrenamiento corto con el método CICAA.

Se invitó mediante correo electrónico a participar a veinticinco médicos residentes de primer año académico de las especialidades de medicina familiar, medicina interna y pediatría, que tenían como sede docente el Hospital Cayetano Heredia (HCH) y en el caso de los residentes de medicina familiar centros de salud docentes. El HCH es un hospital público ubicado en la ciudad de Lima, está regido por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) y es una de las sedes docentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). La UPCH es una universidad privada, cuya sede central se encuentra en Lima, Perú. En el primer año académico los médicos residentes realizan rotaciones en los servicios de hospitalización, consultorio externo y emergencia. En la malla curricular no se cuenta con entrenamiento específico en comunicación.

El entrenamiento estuvo centrado en la comunicación en la entrevista clínica, específicamente en el método CICAA. Para los médicos residentes que manifestaron su interés en participar, se tramitó un permiso con sus coordinadores de especialidad.

Todos los participantes fueron evaluados antes y después de participar en el entrenamiento, mediante la aplicación de un ECOE de comunicación basado en el método CICAA, en dos pacientes simulados a los cuales se entrenó previamente en el caso hasta lograr una estandarización. En la sala de simulación los médicos residentes fueron evaluados por dos médicos entrenados en el método CICAA, el cual utilizó la escala de valoración. Los médicos evaluadores, son especialistas en Medicina Familiar, con entrenamiento específico en comunicación según el método CICAA, con más de 10 años de experiencia en docencia y evaluación de comunicación según este método. La duración de la entrevista con el paciente simulado fue de 10 minutos, el caso no requería la realización de examen físico y los participantes recibieron instrucciones de realizar la entrevista como usualmente la realizan en su práctica.

La observación de la entrevista ocurrió en el centro de simulación de la facultad de medicina, que cuenta con el equipamiento de una sala de examen médico estándar, espejos de una vía y aparatos de videograbación. Las calificaciones se realizaron durante el desarrollo de las entrevistas.

Para la evaluación de acuerdo a la Guía CICAA (16) se midió la comunicación y se estableció el perfil de comunicación del entrevistador. La guía estuvo compuesta por 29 ítems estructurados como una escala de tipo Likert con tres grados: 0 puntos (imposibilidad de llevar a cabo las tareas programadas), 1 punto

(capacidad para llevar a cabo las tareas programadas lo suficiente) y 2 puntos (capacidad para completar o casi realizar completamente todas las tareas programadas).

Los ítems se agruparon en tareas y dominios:

- Dominio 1: Conectar bien con el paciente / la familia (ítems 1-6).
- Dominio 2. Identificar y comprender los problemas de salud del paciente / familia (ítems 7-20).
- Dominio 3. Llegar a un acuerdo con el paciente / familia entorno al / los problemas/s, posibles soluciones y acciones, y ayudar al paciente / familia a comprender y decidir cómo tratar los problemas (ítems 21-29).

El puntaje total se calculó junto con la finalización exitosa o no exitosa de cada elemento. Se consideró no exitoso cuando el ítem obtuvo 0. Las calificaciones obtienen un puntaje único que varió de 0 a 58 para cada estudiante, reflejando el nivel general de habilidades del residente. Dos médicos, entrenados en habilidades de comunicación y guía CICAA, evaluaron a la vez todas las entrevistas antes y después de una semana de la intervención.

Durante la recolección de datos en la primera entrevista, los investigadores identificaron necesidades de aprendizaje en comunicación específicas que se incorporaron a los contenidos del entrenamiento.

Posterior a la primera evaluación se realizó un entrenamiento corto en comunicación, de 26 horas de duración; cuyo diseño se realizó en base a los conocimientos, habilidades y actitudes esperadas en comunicación según el método CICAA, e incluyó clases teóricas, talleres grupales, y juego de roles “rol-play”, en las que los alumnos participaban como médicos o pacientes según las pautas y escenarios elaborados por el equipo docente. También incluyó una evaluación escrita de conocimiento pre y post entrenamiento.

La segunda evaluación del ECOE se realizó con el mismo caso y las mismas pautas impartidas en la evaluación inicial una semana después del primer ECOE.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se determinó la media y desviación estándar de los valores de los puntajes de los 29 ítems de la escala CICAA, en las evaluaciones pre y post entrenamiento. La distribución de los valores fue normal. Se utilizó la prueba t-student para datos pareados para comparar las medias pre y post entrenamiento.

Se compararon las medias de los valores totales, así como por cada uno de los tres dominios de la escala CICAA. Se calculó la media y el intervalo de confianza de la diferencia de los valores antes y después. También se analizaron las proporciones, estas se obtuvieron cuando se compararon los valores valor obtenidos sobre el máximo posible, para la calificación global (58 puntos) y según dominios (dominio 1: 12 puntos, dominio 2: 28 puntos, dominio 3: 18 puntos). Se utilizó la prueba t-student para métodos pareados para comparar las medias pre y post entrenamiento, previa valoración de los supuestos de normalidad de la diferencia e independencia de los individuos no relacionados.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p<0,05$. Se consideró el 95% de intervalo de confianza. Los datos fueron analizados mediante el programa STATA 14.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH. Se elaboró el consentimiento informado en el cual se especificó los objetivos del estudio, el método aplicado, las grabaciones que se realizarían. Ingresaron al estudio los participaron que firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

Los ítems que mostraron menores valores antes del entrenamiento correspondieron a las tareas de los dominios 2 y 3 (tabla 1).

Tabla 1. Puntajes según ítem estructurado, antes y después del entrenamiento en habilidades de comunicación con el método CICAA en médicos residentes de una universidad de Lima, Perú.

ITEM	Antes		Después		P
	Media	DS	Media	DS	
1	1,56	0,51	1,84	0,37	0,015
2	1,58	0,5	1,96	0,2	<0,001
3	1,96	0,2	2	0	0,31
4	1,76	0,43	1,96	0,2	0,021
5	0,48	0,71	1,44	0,86	<0,001
6	1,36	0,81	1,8	0,5	0,012
7	1,52	0,65	1,72	0,45	0,10
8	1,56	0,58	2	0	<0,001
9	1,88	0,33	1,96	0,2	0,15
10	2,0	0	1,96	0,2	0,83
11	1,56	0,58	1,96	0,2	<0,001
12	0,44	0,82	1,08	0,99	0,008
13	0,36	0,75	0,8	0,95	0,038
14	0,4	0,76	0,52	0,87	0,30
15	0,28	0,67	0,48	0,71	0,15
16	0,24	0,66	0,56	0,86	0,07
17	0,24	0,59	0,6	0,86	0,046
18	0,84	0,89	0,8	0,95	0,56
19	0,88	0,97	0,44	0,82	0,95
20	0,6	0,81	1,16	0,8	0,009
21	1,68	0,55	1,68	0,47	0,5
22	1,28	0,93	1,48	0,65	0,19
23	1,36	0,7	1,84	0,47	0,003
24	1,76	0,52	2	0	0,013
25	0,48	0,71	1,4	0,64	<0,001
26	0,8	0,86	1,56	0,51	<0,001
27	0,28	0,61	0,84	0,89	0,006
28	0,2	0,5	1,2	0,76	<0,001
29	0,48	0,58	1,52	0,58	<0,001

Tabla 1.

Se observó incremento significativo de las medias en los ítems 1, 2, 4, 8, 11, 12, 20, 23-29, al ser comparados antes y después de la intervención. Sólo 4 de 14 ítems del dominio 2 mostraron incrementos significativos de sus valores. La mayoría de las medias de los ítems de las tareas del dominio 3 presentaron incremento significativo. Ningún ítem mostró disminución estadísticamente significativa después del entrenamiento. Los ítems que tuvieron las medias más bajas después del entrenamiento fueron los ítems

La media de la calificación total antes del entrenamiento fue $29,84 \pm 1,44$; $8,72 \pm 10,33$; $12,8 \pm 1,02$ y $8,32 \pm 0,67$ para los dominios 1, 2 y 3, respectivamente. Posterior al entrenamiento la calificación total fue de $40,84 \pm 1,32$; $11 \pm 0,26$; $16,04 \pm 1,01$ y $13,44 \pm 0,51$ para los dominios 1, 2 y 3, respectivamente. Cuando se compararon las medias de las calificaciones totales antes y después del entrenamiento, se observó que después del entrenamiento obtuvieron 10,64 puntos más (IC 95%: 6,69-14,58) que antes del entrenamiento (tabla 2).

Tabla 2. Puntajes globales y según tareas, antes y después de un entrenamiento en habilidades de comunicación con el método CICAA en médicos residentes de una universidad de Lima, Perú.

	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento		Diferencia de medias	p
	Media	DS	Media	DS		
PUNTAJE TOTAL	29,84	1,44	40,84	1,32	10,64 (6,69-14,58)	<0,001
Puntajes según dominios						
Dominio 1 (conectar)	8,72	0,33	11	0,26	2,28 (1,42-3,13)	<0,001
Dominio 2 (identificar y comprender)	12,8	1,02	16,04	1,01	3,24 (0,34-6,13)	0,029
Dominio 3 (acordar y ayudar)	8,32	0,67	13,44	0,51	5,12 (3,4-6,83)	<0,001

Tabla 2.

Se obtuvieron las proporciones de los valores obtenidos sobre la máxima calificación total posible y según dominios, antes y después del entrenamiento. Las proporciones se obtuvieron dividiendo la calificación lograda entre la máxima posible. La calificación máxima fue 58 puntos (global) y según los dominios (dominio 1: 12 puntos; dominio 2: 28 puntos; dominio 3: 18 puntos). Previo al entrenamiento, la proporción global fue de 51,4%, la mejor calificación fue la obtenida en el dominio 1 (72,7%), en los otros dominios se obtuvieron valores inferiores al 50%. Posterior al entrenamiento, se observó un incremento significativo en la calificación global (69,8%), y en todas las tareas, siendo mayor en el dominio 1 (91,7%) y menor en el dominio 2 (57,3%) (tabla 3).

Tabla 3. Media de las proporciones de los valores obtenidos sobre la máxima calificación total posible y según dominios, antes y después de un entrenamiento en habilidades de comunicación con el método CICAA en médicos residentes de una universidad de Lima, Perú.

	Antes del entrenamiento		Después del entrenamiento		p
	Media	DS	Media	DS	
Proporción global	51,4	12,5	69,8	11,4	<0,001
Proporciones según dominios					
Dominio 1 (Conectar)	72,7	13,9	91,7	11,0	<0,001
Dominio 2 (Identificar y comprender)	45,7	18,2	57,3	18,1	0,014
Dominio 3 (Acordar y Ayudar)	46,2	18,8	74,7	14,4	<0,001

Las proporciones se obtuvieron dividiendo la calificación lograda sobre la máxima posible. La calificación máxima posible fue 58 puntos (global) y en los dominios (dominio 1: 12 puntos; dominio 2: 28 puntos; dominio 3: 18 puntos).

Tabla 3.

DISCUSION

Se observó una mejora en la comunicación luego de la aplicación de un entrenamiento corto sobre habilidades de comunicación en médicos residentes. Esta mejora se apreció en todas las tareas definidas por el método CICAA para la entrevista clínica, especialmente en las tareas del dominio 3 “acordar y ayudar”.

En la evaluación previa al entrenamiento, el dominio “conectar” fue el que mostró valores marcadamente superiores a las otras tareas. Esto puede deberse a que las habilidades que implican esta tarea están vinculadas a la formación previa del médico, incluso previa a su ingreso a la carrera de medicina, como es saludar, presentarse, mantener contacto visual, no siendo generalmente necesario un entrenamiento específico. Incluso, estas habilidades forman parte de otras competencias trasversales como profesionalismo. En estudios donde se aplicó el método CICAA se obtuvieron resultados que concuerdan con los nuestros. Las preguntas con mejor calificación se encontraron dentro de esta tarea, que hace referencia al recibimiento, presentación y amabilidad por parte del profesional médico, en otras palabras, aspectos de “Respeto y cortesía”, principalmente al inicio de la entrevista clínica (20,21).

Los tareas con bajas calificaciones previo al entrenamiento fueron las de identificar, acordar y ayudar. Esto se puede deber a que existe una preparación subóptima en cuanto a las competencias de comunicación, tal como ocurre en los casos de profesionalismo o trabajo en equipo. En estudios en donde los pacientes brindaron sus percepciones sobre la entrevista clínica también se obtuvo menores puntajes en los ítems relacionadas a las habilidades que corresponden a estas tareas (22,23,24). Es conveniente obtener información de la percepción de los pacientes, lo que permitiría explorar el nivel de logro de la pirámide de aprendizaje de Miller en cuanto a la comunicación como competencia clínica (25).

Las tareas del dominio 3 “acordar y ayudar” mostraron un mayor incremento. El desarrollo de habilidades para desarrollar estas tareas requiere de entrenamiento más específico. Por ejemplo, implica considerar competencias no sólo de comunicación sino no también decisiones compartidas entre el profesional de salud y el paciente. Con el propósito de lograr una comunicación más empática y mejor impacto clínico se debe lograr acuerdos con el paciente respecto a la mejor opción de tratamiento dentro de las opciones disponibles, para lo cual es necesario tener en cuenta el contexto y las preferencias del paciente. La toma de decisiones compartidas todavía es un desafío en muchos países de Latinoamérica (26).

En el Perú, a pesar que el CONAREME reconoce como una competencia médica (5), salvo excepciones, las facultades o escuelas de medicina no tienen implementado en la malla curricular entrenamiento en comunicación. Se ha demostrado por diversos estudios la eficacia del entrenamiento en comunicación, especialmente cuando está insertado en la malla curricular. La comunicación debe ser parte integral de la malla curricular, de entrenamientos formales e informales del postgrado, con la aplicación de evaluaciones periódicas con el adecuado reforzamiento (27). Los planes y planteamientos pueden ser heterogéneos entre las diferentes facultades, así como el interés de los alumnos según se encuentre en pre o postgrado, por lo que los entrenamientos y escenarios se debe adaptar a sus intereses y necesidades (28).

La comunicación es una competencia para cuyo entrenamiento y evaluación se requiere la aplicación de diversas herramientas de evaluación formativa o sumativa, en las que se pueda verificar los aprendizajes de conocimientos, habilidades y actitudes. Además, se debe hacer lo posible para que los profesores brinden a los alumnos reciban un feedback oportuno, para estimular su autorreflexión y mejora continua (29,30,31).

Se puede incorporar de forma regular el uso del ECOE y pacientes estandarizados como instrumentos de evaluación de la comunicación en los programas de especialización médica. Los médicos residentes deben ser evaluados desde el primer año de su programa de especialización, esto para determinar sus conocimientos y habilidades con los que incorpora al programa; también pueden ser evaluados una vez año, como parte de evaluación de competencias, para lo cual se puede utilizar el de una serie de escenarios a acuerdo a su especialidad o área de interés. El ECOE es una herramienta de evaluación valiosa que se puede utilizar para realizar una evaluación estandarizada de las competencias de los estudiantes en varias áreas de la educación médica, incluidas las habilidades específicas de comunicación, la historia clínica y la planificación del tratamiento (27,32).

En nuestro estudio, el entrenamiento de corta duración y contar con una evaluación temprana pudo evitar que factores externos al entrenamiento influyan en la calificación final. Las habilidades en comunicación clínica pueden ser afectadas por el entrenamiento en otras competencias, el nivel de empatía clínica, el afronte de situaciones clínicas de la práctica asistencial, experiencias personales, incluso están vinculados al género del médico o al programa de especialización (33,34). Algunos estudios han determinado que el tiempo mínimo para que un entrenamiento en comunicación sea efectivo es de dieciocho horas, los entrenamientos que incluyen mayor participación de los estudiantes mediante estrategias como rol-play, son los que obtienen mejores resultados (35,36).

La aplicación de métodos de entrevista clínica estructurada pueden facilitar la comunicación médico paciente, ya que abarca todos los dominios que debe tener la misma. Así, el desarrollo de competencias comunicativas puede ser guiado mediante la Calgary-Cambridge guide to the medical interview o evaluadas mediante la escala CICAA, diseñadas para el reforzamiento y valoración de la competencia comunicativa y la

relación médico-paciente desarrolladas entre el profesional de salud y el paciente. Estos métodos de entrevista clínica estructurada brindan instrumentos de evaluación que ayudan a determinar los dominios que se deben mejorar (34-36).

Dentro de las limitaciones del estudio tenemos que se usó un ECOE de estación única, sólo se realizó una evaluación temprana del impacto del entrenamiento, no se determinó evaluación si el efecto persistía en el tiempo. El tipo de muestra no fue aleatoria, sin embargo, un ensayo clínico con selección aleatoria se habría requerido ofrecer el entrenamiento a sólo un grupo de médicos residentes y atenuar los desafíos de minimizar la contaminación entre los grupos de intervención y control. Cuando ambas poblaciones están la misma sede hospitalaria docente no es posible que esto se logre. Como fortalezas tenemos que cada alumno fue expuesto en la evaluación pre y post entrenamiento al mismo paciente estandarizado y escenario clínico, además que todos fueron evaluados por los mismos docentes.

En conclusión, la implementación de un entrenamiento sobre habilidades de comunicación basado en teoría y juego de roles tiene un impacto positivo en una evaluación temprana, siendo más notorio su impacto en las tareas del dominio 3 “acordar y ayudar” del método CICAA. Recomendamos que se implemente en la malla curricular de los programas de especialización entrenamientos en habilidades de comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Association of American Medical Colleges. Contemporary issues in medicine: Communication in medicine. Washington DC: AAMC; 1999.
2. Makoul G, Schoenfeld T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. Patient Education and Counseling 1999; 137:191-195.
3. Duffy F, Gordon G, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R. Assessing competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. Acad Med. 2004; 79:495-507.
4. Ministerio de la Presidencia. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Madrid: Ministerio de la Presidencia; 2008.
5. Consejo Nacional de Residentado Médico. Estándares mínimos de formación. Lima: Consejo Nacional de Residentado Médico; 2017.
6. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 Physician Competency Framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
7. Comisión Nacional de Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria 2005 Barcelona: Ediciones SEMFYC; 2016.
8. Ruiz R. Programas de formación en comunicación clínica: Una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. Educ Med. 2003; 6:159-167.
9. Blay C, Descarrega R, Iruela E, Kronfli E, Barragán N, Serrallach S. Evaluación de la competencia profesional de los médicos. Cuadernos de Gestión. 1997; 3:68-75.
10. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. Abingdon, Oxon, UK: Radcliffe Medical Press; 1998.
11. Pendleton D, Schoenfeld T, Tate P, Havelock P. The new consultation. Developing doctor-patient communication. Oxford, UK: Oxford University Press; 2003.
12. Stewart M, Belle Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
13. Makoul G. Communication Research in Medical Education. En: Jackson L, Duffy B, editors. Health Communication Research. A guide to developments and directions. Westport: Greenwood Press; 1998. p. 17-35.
14. Ruiz R, Péruela LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. Aten Primaria. 2006; 37(6):320-4.

15. Ruiz R. Relación clínica, Guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona:FYC ediciones; 2004.
16. Ruiz R, Gavilán Moral E, Parras Rejano JM. Escala CICAA: escala para valorar la relación clínica durante el proceso asistencial. Barcelona: Esteve;2007.
17. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS: Better standards, better physicians, better. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2018.
18. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project: General competencies 1999. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 1999.
19. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECOE) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. Rev Med Hered. 2017; 28:192-199. DOI: <https://doi.org/10.20453/rmh.v28i3.3188>
20. Salazar-Blanco LD, 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; 17:239-248. DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S2014-9832201400040001>
21. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA. Validity and reliability of a tool for assessing clinical communication in consultations: the CICAA questionnaire. Aten Primaria. 2006;37(6):320-4.
22. Jameel A, Noor SM, Ayub S, Ali SS, Park YS, Tekian A. Feasibility, relevance and effectiveness of teaching and assessment of ethical status and communication skills as attributes of professionalism. J Pak Med Assoc. 2015; 65(7):721-6.
23. Ramos-Rodriguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. An Fac med. 2013;69:12-6.
24. Mendoza C, Ramos-Rodriguez C, Gutiérrez E. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. Horiz Med. 2016; 16:14-19.
25. Ferreira G, Ferrandez T, Baleriola J, Almeida R. Competencia en comunicación en el currículo del estudiante de Medicina de España (1990-2014): de la Atención Primaria al Plan Bolonia: Un estudio descriptivo. Aten Primaria. 2015; 47(7):399-410. doi: 10.1016/j.aprim.2014.09.007
26. Serrano V, Larrea-Mantilla L, Rodríguez-Gutiérrez R, et al. Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. Rev Med Chile. 2017; 145:641-649.
27. Cannick GF, Horowitz AM, Garr DR, et al. Use of the OSCE to evaluate brief communication skills training for dental students. J Dent Educ. 2007; 71(9):1203-9.
28. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, et al. Efecto de la capacitación en comunicaciones sobre el rendimiento de los estudiantes de medicina. JAMA. 2003; 290(9):1157-1165.
29. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica: principios básicos. Educ Med. 2009; 12:223-229.
30. Moore-Clive P, Gómez G. Comunicarse efectivamente en medicina: ¿cómo adquirir habilidades comunicacionales durante la carrera de medicina? ARS Med. 2007; 15:1047-54.
31. Salazar-Blanco OF, Casasbuenas-Duarte L, Idárraga-Arenas C, et al. Valoración de las habilidades comunicativas en la entrevista clínica de estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Antioquia, por medio de la escala CICAA. FEM. 2014; 17(4):239-248.
32. Pagels P, Kindratt T, Arnold D, et al. Training family medicine residents in effective communication skills while utilizing promotoras as standardized patients in OSCEs: A health literacy curriculum. Int J Family Med. 2015; 2015:129187. doi: 10.1155/2015/129187
33. Graf J, Smolka R, Simoes E. Communication skills of medical students during the OSCE: Gender- specific differences in a longitudinal trend stud. BMC Medical Education. 2017; 17:75.
34. Mayo GV, Quijano EG, Ponce DA, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. Rev Neuropsiquiatr. 2019; 82(2):131-140. DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v82i2.3540>

35. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA, Krupat E, Frankel RM, Finset A. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):163-9. doi: 10.1016/j.pec.2010.08.028
36. Boissy A, Windover AK, Bokar D, et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2016; 31:755-761.