

## ORIGINALES

# Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES

R. Ruiz Moral<sup>a,b</sup>, J.A. Prados Castillejo<sup>b,c</sup>, M. Alba Jurado<sup>b,c</sup>, J. Bellón Saameño<sup>b,c</sup>  
y L.A. Pérula de Torres<sup>d</sup>

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.

**Objetivo.** Comprobar la validez de contenido, la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador de un cuestionario para la evaluación de la comunicación médico-paciente de los residentes de medicina de familia.

**Diseño.** Estudio observacional, de validación de un instrumento de medida.

**Emplazamiento.** Nivel de atención primaria. Unidades docentes de medicina de familia y comunitaria.

**Población de estudio.** Para el análisis de validez, 25 médicos residentes de medicina familiar y comunitaria.

Para el análisis de fiabilidad, 48 médicos de la misma especialidad.

**Mediciones e intervenciones.** Para la construcción del cuestionario, se partió de una versión (GATHA-BASE), compuesta por 42 ítems seleccionados por un panel compuesto por 60 médicos de familia. Para la validez de contenido, se utilizaron 68 encuentros clínicos con pacientes simulados, que fueron videograbados y evaluados. La validez de contenido del cuestionario se estudió mediante un análisis factorial, y para medir su consistencia interna se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach. La fiabilidad intraobservador de la versión GATHA-RES fue evaluada mediante los índices kappa y los coeficientes de correlación intraclass.

**Resultados.** Obtuvimos una versión del GATHA-RES con 27 ítems. El análisis factorial reveló la existencia de 9 factores: «empatía», «anamnesis», «bidireccionalidad», «negociación», «información», «miscelánea 1», «miscelánea 2» y «centrado en el paciente», que mostraron una buena correlación con los contenidos teóricos y formales del cuestionario original (inicialmente agrupados en 3 secciones: actitudes, tareas comunicacionales y habilidades). Todos los coeficientes de correlación intraclass presentaron cifras  $\geq 0,90$ .

**Conclusiones.** 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.

**Palabras clave:** Medicina de familia. Relación médico-paciente. Validación de cuestionarios.

## VALIDITY AND RELIABILITY OF AN INSTRUMENT TO ASSESS THE CLINICAL INTERVIEWS OF RESIDENTS IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE: THE GATHA-RES QUESTIONNAIRE

**Objective.** To check the validity of content, the internal consistency and the intra-observer reliability of a questionnaire to evaluate the doctor-patient communication of family medicine residents.

**Design.** Observation study, to validate a measurement instrument.

**Setting.** Primary care. Family and community medicine teaching units.

**Study population.** For the validity analysis: 25 family and community medicine residents. For the reliability analysis: 48 doctors in the same specialty.

**Measurements and interventions.** The questionnaire was constructed on the basis of a version (GATHA-BASE) composed of 42 items selected by a panel of 60 general practitioners. For content validity, 68 clinical encounters with simulated patients, video-recorded and evaluated, were used. The questionnaire's validity content was studied through a factorial analysis. To measure its internal consistency, Cronbach's alpha coefficients were calculated. Intra-observer reliability of the GATHA-RES version was evaluated through the kappa indexes and the intra-class correlation coefficients.

**Results.** We obtained a version of the GATHA-RES with 27 items. The factorial analysis revealed that there were 9 factors («*empathy*», «*anamnesis*», «*two-way communication*», «*negotiation*», «*information*», «*miscellaneous 1*», «*miscellaneous 2*» and «*patient-focused*») which showed close correlation with the theoretical and formal contents of the original questionnaire (originally grouped in three sections: attitudes, communication tasks and skills). All the intraclass correlation coefficients had figures  $\geq 0.90$ .

**Conclusions.** The GATHA-RES questionnaire is a valid and reliable instrument that can be used for evaluating the communication skills of general practitioners in training.

**Key words:** General practitioners. Doctor-patient relationship. Validation of questionnaires.

(Aten Primaria 2001; 27: 469-477)

<sup>a</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. <sup>b</sup>Grupo Comunicación y Salud. <sup>c</sup>Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Tutores de Atención Primaria. <sup>d</sup>Máster en Epidemiología. Técnico de Salud de la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.

Correspondencia: Dr. Roger Ruiz Moral.  
Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba. C/ Dr. Blanco Soler, 4. 14003 Córdoba.  
Correo electrónico: med021013@nacom.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 14-II-2001.

## Introducción

La comunicación clínica representa uno de los aspectos más importantes de la atención médica, es lo que posibilita la aplicación de conocimientos, técnicas y estrategias para conseguir los fines del acto médico. Disponemos de evidencias que indican que una comunicación clínica efectiva tiene una repercusión positiva en el proceso diagnóstico y terapéutico<sup>1</sup>. Las habilidades comunicativas son específicas, pueden ser observadas y evaluadas<sup>2-4</sup>. Son muchos los países que han introducido la enseñanza de habilidades comunicacionales desde el pregrado<sup>5-7</sup>. En España, el interés por estos aspectos se ha desarrollado de forma paralela al de la especialidad de medicina de familia. El Programa Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria<sup>8</sup> contempla la entrevista clínica como una tarea educativa para desarrollar a lo largo de la formación de estos especialistas. Así, este tipo de formación se ha incluido, aunque generalmente de forma poco sistematizada, en la mayoría de las unidades docentes de España. Más recientemente<sup>9</sup> se ha introducido la evaluación de las distintas actividades que un residente realiza en su período formativo, incluyendo este importante campo. Tanto las necesidades docentes (formativas) como

las evaluativas (sumativas) exigen el desarrollo de métodos adecuados para su puesta en práctica. En general, los métodos actualmente disponibles para la evaluación (bien sea con fines evaluativos propiamente dichos o de investigación) de las habilidades en entrevista clínica se encuentran poco o nada desarrollados en nuestro país, y los que existen fuera de nuestras fronteras tienen una validez y fiabilidad muy variada y en todo caso no comprobada en nuestro ámbito<sup>10</sup>. Un grupo de médicos, la mayoría con responsabilidades docentes en el ámbito de la comunicación clínica, ha trabajado desde 1992 en el desarrollo de un instrumento (el cuestionario GATHA-BASE) para la valoración de las habilidades en entrevista clínica. El desarrollo inicial del mismo<sup>11</sup> y su subsecuente aplicación a una población de residentes de medicina de familia para establecer su consistencia interna y fiabilidad interobservador ha sido ya comunicado<sup>12</sup>. El presente trabajo pretende presentar la validación de contenido y la fiabilidad intraobservador del cuestionario GATHA-RES, específicamente desarrollado para valorar el perfil comunicacional de los médicos residentes en medicina de familia.

## Material y método

### Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo, de validación de un instrumento de medida (cuestionario).

### Análisis de la validez

Para analizar la validez de contenido se siguieron los siguientes pasos:

Realización de las entrevistas. Todos los participantes fueron médicos residentes de la Unidad Docente de Córdoba. Los 25 residentes fueron videograbados en circunstancias experimentales con 3 pacientes estandarizados que interpretaron diferentes papeles. Los pacientes estandarizados fueron seleccionados

por casting y entrenados en sus respectivos roles. Los desafíos clínicos incluyeron:

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

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

Análisis de las entrevistas. Las entrevistas fueron observadas por 2 evaluadores, independientes ambos, involucrados en la enseñanza de la entrevista clínica y que habían sido previamente entrenados en el uso del cuestionario GATHA-BASE (JAPC & RRM). Los observadores usaron el manual del cuestionario<sup>13</sup>, que incluía comentarios, definiciones y explicaciones y, en muchos casos, ejemplos referentes a los ítems, orientaciones y sugerencias sobre cómo realizar la cumplimentación. Esta valoración duró 15 días. Cada entrevista fue visualizada 3 veces, focalizándose la atención en cada ocasión en cada uno de los 3 ejes del cuestionario. El tiempo de análisis de cada entrevista fue de unos 30 minutos.

Tras procederse a la valoración de la fiabilidad interobservador y de la consistencia interna del instrumento resultante, que se denominó GATHA-RES (anexo 1), se realizó el análisis de validación del contenido del mismo. Las dimensiones subyacentes del cuestionario fueron estudiadas mediante un análisis factorial. Primero, mediante análisis booleano y después con el método de componentes principales con rotación varimax. Finalmente, la conveniencia de la muestra se midió con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin y el test de esfericidad de Barlett; la bondad de ajuste del modelo factorial se midió por la magnitud de los residuales<sup>14</sup>. En vista de que los resultados del análisis booleano y el de los componentes

principales fue muy similar y que, además, las medidas de adecuación de la muestra y la bondad de ajuste del factor de análisis mediante los componentes principales fue satisfactorio, se decidió presentar el último por ser más conocido y empleado en la bibliografía. Las relaciones entre las diferentes subescalas del cuestionario se midieron con el coeficiente de correlación de Pearson. Para valorar la consistencia interna de la versión GATHA-RES, se estimaron los coeficientes alfa de Cronbach, a fin de comprobar el grado de homogeneidad del nuevo cuestionario.

### Análisis de la fiabilidad

Por otra parte, se estudió la concordancia intraobservador, para lo cual se utilizó una muestra de 48 entrevistas seleccionadas aleatoriamente de un total de 1.024 que realizaron 193 médicos residentes pertenecientes a 8 unidades docentes del Estado español, que participaban en un estudio para comprobar la eficacia de un programa de formación en habilidades comunicacionales. En este caso los escenarios clínicos fueron también tres, interpretados por 3 pacientes estandarizados, y el desarrollo de los encuentros clínicos se produjo en condiciones similares a los anteriores. Los casos correspondían a un varón de 65 años con diarrea, una mujer de 36 años con cefalea que demandaba una derivación y una mujer de 45 años con un dolor en rodilla que presentaba una intensa reacción emocional a consecuencia de la muerte de su madre. Una investigadora previamente adiestrada en la valoración de las entrevistas con el cuestionario GATHA-RES fue recibiendo en 4 oleadas, separadas por un intervalo de un mes, 24 entrevistas elegidas al azar, que fueron camufladas entre las que debía de evaluar (unas 200 entrevistas en cada tanda). Las entrevistas de las tres primeras tandas fueron las mismas, con objeto de comprobar si la evaluadora mejoraba su fiabilidad conforme aumentaba el número de entrevistas evaluadas, mientras que para la cuarta medición se seleccionaron otras 24 entrevistas diferentes. Las entrevistas habían sido previamente codificadas con objeto de poderlas identificar, pero la investigadora evaluadora desconocía el significado de dichos códigos. El estudio de la fiabilidad intraobservador fue realizado por otro investigador encargado del análisis estadístico. Éste

**TABLA 1. Validez (análisis factorial) y homogeneidad (consistencia interna) del cuestionario GATHA-RES**

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

F1: empatía; F2: anamnesis; F3: comunicación centrada en el paciente; F4: bidireccionalidad; F5: búsqueda de acuerdos; F6: miscelánea 1; F7: miscelánea 2; F8: información, y F9: razones por las que el paciente acude.

**TABLA 2. Matriz de correlaciones entre los 9 factores o subescalas del GATHA-RES**

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

<sup>a</sup>p < 0,001. <sup>b</sup>p < 0,01. <sup>c</sup>p < 0,05. <sup>d</sup>p > 0,05 (test de 2 colas).

consistió en el cálculo de los índices kappa, para valorar la concordancia de cada ítem del cuestionario entre sí, y de los coeficientes de correlación intraclase (R) para estimar el grado de acuerdo obtenido en los 3 ejes en que se divide el cuestionario y en la puntuación total del GATHA-RES. Finalmente, como complemento a la información que proporciona el R, se utilizó el método de la media de las diferencias propuesto por Bland y Altman<sup>15</sup>, el cual permite analizar gráficamente la dispersión de las diferencias respecto a cero (acuerdo total) o si las diferencias intraobservador son mayores o menores a medida que aumenta el valor de la puntuación media. Para poder determinar la existencia de un posible sesgo relativo (diferencia sistémica entre ambas observaciones), se calcularon las medias de las diferencias de los valores obtenidos en cada entrevista, sus desviaciones estándar (DE) y sus límites de concordancia (media de las diferencias  $\pm 1,96 \times DE$ ). Para la interpretación del R, nos hemos basado en la clasificación establecida por Jiménez<sup>16</sup>, según la cual un  $R \geq 0,91$  indica una concordancia muy buena; 0,71-0,90, buena; 0,51-0,70, moderada; 0,31-0,50, mediocre, y si es  $\leq 0,30$ , la concordancia sería mala o muy mala. Para valorar la reproducibilidad con el estadístico kappa hemos seguido la clasificación propuesta por Fleiss<sup>17</sup>, que establece que un kappa < 0,40 indica acuerdo deficiente; 0,40-0,75, aceptable, y > 0,75, excelente.

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

## Resultados

La solución factorial de la escala final de 27 ítems se muestra en la tabla 1. Nueve factores explicaban el 62% de la variancia obtenida. El índice de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,63 y el test de Barlett de 953,92 ( $p < 0,0001$ ). Un 39% de los residuales se encontraban por encima de la diagonal ( $> 0,05$ ).

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

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

**TABLA 3. Validez (análisis factorial) y homogeneidad (consistencia interna) de la subescala del GATHA-RES compuesta por los ítems relacionados con la «comunicación centrada en el paciente» (GATHA-RES-PC)**

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

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

F1: empatía, abordaje biopsicosocial; F2: exploración de creencias y llegar a acuerdos;

F3: bidireccionalidad, y F4: impacto sobre la vida del paciente.

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

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

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

— En la tercera oleada, los índices kappa bascularon en 0,80-1,0.

— Por último, en la cuarta medición los kappa obtenidos en los ítems del cuestionario presentaron valores de 0,727-1,0.

En la tabla 4 se muestran los coeficientes de correlación intraclassa (R), tanto de los 3 ejes del cuestionario como de la puntuación total para cada una de las mediciones efectuadas. Como se puede apreciar, todos los R mostraron cifras  $\geq 0,90$ , excepto en el eje 1 de la cuarta medición.

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

## Discusión

En los últimos años se han desarrollado instrumentos para valorar la comunicación clínica de forma específica o junto a otras habilidades clínicas. Los índices de validez, fiabilidad y aplicabilidad de estos instrumentos son muy variados<sup>10,18</sup>. El cuestionario GATHA-RES es un instrumento para valorar la comunicación clínica en el contexto español y en el ámbito de la atención primaria. Este cuestionario se basa en otro más amplio que, fundamentado en modelos de entrevista conocidos y aceptados en nuestro país<sup>19,20</sup>, fue validado inicialmente por consenso entre expertos en comunicación clínica<sup>11</sup>. La propuesta presente representa una adaptación específica a una población concreta (médicos residentes en medicina de familia) que en el momento actual ha demostrado ser una herramienta fiable entre observadores para este fin con una alta consistencia interna<sup>12</sup>. El proceso de fiabilidad

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

Mediciones	Coeficientes de correlación intraclassa (R)			
	Eje 1, Actitudes	Eje 2, Tareas	Eje 3, Habilidades	Puntuación total
1. <sup>a</sup>	0,938	0,90	0,927	0,939
2. <sup>a</sup>	0,975	0,909	0,916	0,94
3. <sup>a</sup>	0,932	0,921	0,947	0,945
4. <sup>a</sup>	0,875	1,00	1,00	0,998

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

Las puntuaciones medias totales que obtuvimos con el cuestionario GATHE-RES en las entrevistas utilizadas para analizar la concordancia intraobservador, oscilaron entre  $15,52 \pm 3,56$  —DE— (lí-

mites, 10-21) con la primera medición y  $15,70 \pm 3,18$  —DE— (límites, 10-20) con la cuarta de las mediciones realizadas. Al analizar la fiabilidad intraobservador de cada ítem del cuestionario, obtuvimos los siguientes valores:

— En la primera medición, el ítem número 4 presentó un kappa de  $-0,059$ . Los demás ítems mostraron coeficientes kappa de 0,625-1,0.

— En la segunda medición, los valores de kappa estuvieron comprendidos en 0,646-1,0.

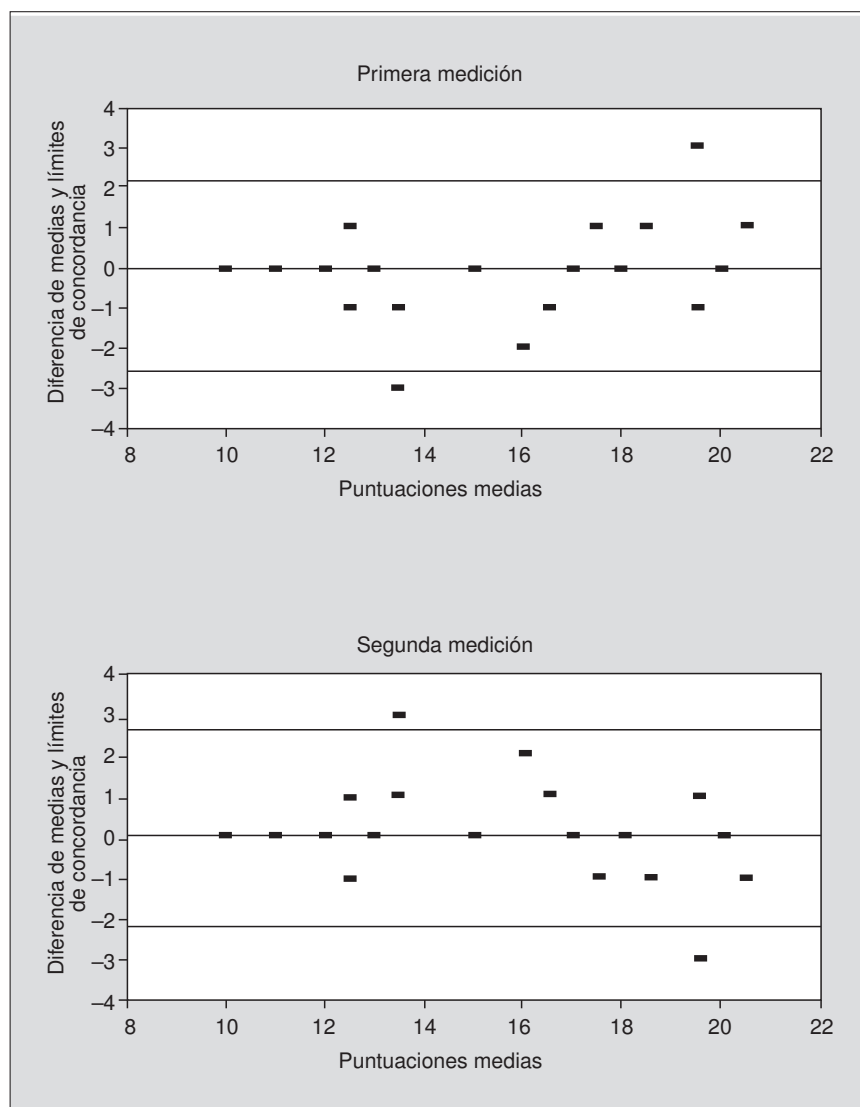


Figura 1. Diferencias intraobservador en los valores del cuestionario GATHA-RES obtenidas en las dos primeras mediciones realizadas.

se ha completado con el análisis de su concordancia intraobservador. Ésta va mejorando con las distintas mediciones efectuadas o se mantiene en unos valores que se catalogan como buenos o muy buenos, tanto cuando se tienen en consideración cada uno de los ítems como cuando se evalúan los ejes del cuestionario y las puntuaciones globales obtenidas ( $R \geq 0,90$ ). De la lectura de los gráficos de Bland y Altman se desprende que las diferencias de medias no

varían apenas según los valores promedios; además, las medias aritméticas de las diferencias están muy cercanas a cero y no parece existir ningún sesgo de sobre o infraestimación en ninguna de las distintas mediciones. La magnitud de las diferencias no parece ser importante, puesto que éstas no suelen ser superiores a  $\pm 2$  puntos en la mayoría de las ocasiones. Por todo ello, en este proceso no se ha producido la modificación en el número de ítems.

Siguiendo a Steiner y Norman<sup>21</sup>, el proceso de validación y fiabilidad debe inicialmente llegar a una selección de los 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 la validación de su contenido. El análisis factorial agrupa las habilidades, tareas y actitudes en 9 factores subyacentes que, en términos generales, revela la estructura de una consulta médica de acuerdo con la mayoría de los modelos teóricos propuestos<sup>19,20</sup>: establecimiento de la relación entre el médico y el paciente (empatía, bidireccionalidad, 7 ítems), anamnesis (4 ítems), razones por las que el paciente acude (un ítem), información (2 ítems) y acuerdos (2 ítems). Sin embargo, dos de estos factores, los catalogados como anamnesis y bidireccionalidad, contienen ítems que teóricamente no se relacionan con estas facetas (explicación terapéutica, en el primer caso, y cronología, en el segundo, se agruparían mejor en información y anamnesis), aunque finalmente hemos optado por mantenerlos en las series originales. También existen otras subescalas cuya consistencia interna fue despreciable y, lógicamente, no debían ser tenidos en cuenta. Éstos han sido agrupados bajo los epígrafes de miscelánea 1 y 2, dada la variedad de ítems que incluyen. Catalogar el factor 3 como «contexto» haría difícil explicar los ítems «acuerdo con el paciente» o «respetar la opinión del paciente»; sin embargo, estos ítems parecía adecuado incluirlos en esta dimensión si la hubiésemos etiquetado como «comunicación centrada en el paciente». Es interesante destacar que esta subescala muestra una relación altamente significativa con empatía, bidireccionalidad, información y con la miscelánea 2, que incluye ítems tales como control emocional, conocimiento de expectativas,

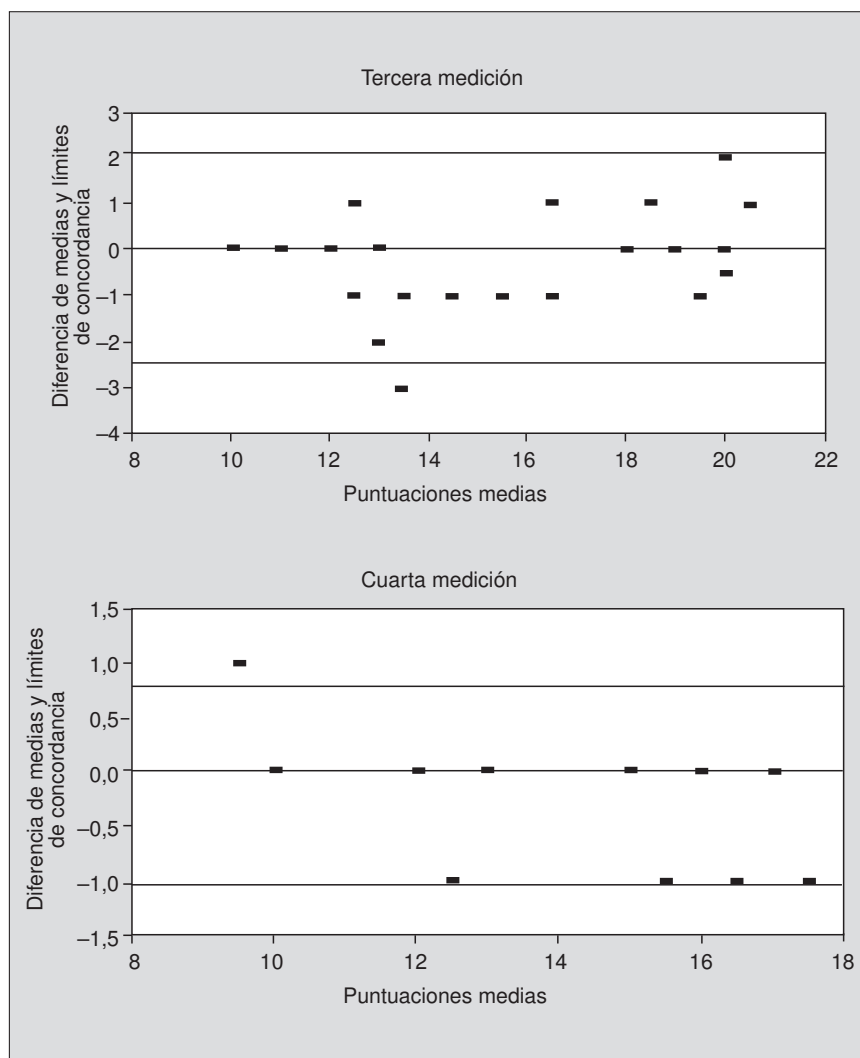


Figura 2. Diferencias intraobservador en los valores del cuestionario GATHA-RES obtenidas en las dos segundas mediciones realizadas.

ejemplificación e invitar a volver. Estas relaciones son muy coherentes y revelarían la homogeneidad de la escala global y la validez del contenido teórico.

Los tres tipos de contenido que el GATHA presenta (actitudes, tareas y habilidades) no son dimensiones teóricas de la comunicación clínica que deberían verse reflejadas en el análisis factorial. Más bien se trata de una división didáctica que puede ayudar a una sistemática comprensión de las entrevistas. El resultado del análisis factorial expresa, desde una aproximación matemática proba-

bilística, la complejidad de lo que denominamos habilidades comunicativas. Por ejemplo, podemos demostrar con este método que, cuando un entrevistador expresa empatía, esto se encuentra relacionado con una aproximación al paciente de tipo psicosocial o con un enfoque centrado en el paciente y no con otros aspectos de las habilidades comunicacionales. Esto último ha sido puesto de manifiesto en otros estudios con métodos diferentes<sup>22,23</sup>.

De los 27 ítems resultantes, seleccionamos 13 que, a priori, pudiesen catalogar una entrevista co-

mo centrada en el paciente. Esta escala mostró una consistencia interna fiable y los ítems incluidos en las 4 subescalas que el análisis factorial detectó eran muy coherentes, incluyendo los conceptos que definen la actuación centrada en el paciente (aproximación psicosocial, exploración de creencias y búsqueda de acuerdos, bidireccionalidad e impacto en la vida del paciente) con un nivel de simplicidad y aplicabilidad muy alto. De hecho esta escala ha sido utilizada para valorar el grado en el que 2 grupos de médicos con diferente entrenamiento se centraban en el paciente, detectando cambios significativos entre ellos (mediante su aplicación en una entrevista videograbada con paciente estandarizado) que eran corroborados después por sus pacientes reales, y que tenía un reflejo en la mejora clínica de las pacientes que consultaban a estos médicos, lo que supone un paso más en el proceso, a saber, una validación de constructo de la misma<sup>24,25</sup>.

En nuestro país, el GATHA-RES representa el instrumento más específico, fiable y válido, con el que se tiene experiencia práctica sobre todo en el ámbito de la investigación, aunque también se ha aplicado para la formación de carácter no sumativo de los residentes de medicina de familia<sup>26</sup>. J. Gervás et al crearon un protocolo para la observación de las consultas de medicina general basado en modelos teóricos de análisis de contenidos e interacción didáctica, que ha sido utilizado para el análisis de actividades concretas<sup>27</sup> o para valorar la influencia de determinadas variables<sup>28</sup>. Su uso se ha limitado al análisis de audio de fragmentos de entrevistas clínicas sin que exista información, que sepamos, sobre su validez y fiabilidad para los fines pretendidos y en el ámbito utilizado. También, M. Girón y E. Sánchez<sup>29</sup> han usado una escala para valorar las habilidades

psicodiagnósticas del médico que no seguiría un modelo teórico concreto de entrevista, ni se dispone de su validación para el análisis de la comunicación médico-paciente en el ámbito de la medicina clínica.

El GATHA-RES, al contrario que otros instrumentos como el de Cox y Mulholland<sup>30</sup>, el Leicester Assessment Package<sup>31</sup> o el desarrollado por Hays<sup>32</sup>, evalúa exclusivamente el perfil comunicacional y no las habilidades clínicas globales de los residentes, y esto lo hace más restrictivo y específico. Igualmente, el hecho de que se trate de un cuestionario tipo check list, y no con escalas de gradación tipo Likert, lo convierte en más objetivo (aunque teóricamente ofrecería menos información que estos últimos) y simplificaría el proceso de entrenamiento de los observadores, lo que lo haría por el contrario más asequible y aplicable. Comparado con otras herramientas específicas para valorar la comunicación clínica como el Maastricht History-taking and Advice Checklist (MASS)<sup>33</sup> y el Roter Interaction Analysis System (RIAS)<sup>34</sup>, la ventaja del GATHA-RES respecto al primero sería el número de ítems que es mucho menor y quizás su mayor especificidad, con la que se puede valorar la comunicación clínica respecto al segundo, el cual resulta mucho más adecuado para el análisis de las conductas socioemocionales. En conclusión, creemos que el GATHA-RES es un instrumento válido, fiable y práctico para la valoración del perfil comunicacional de los residentes de medicina de familia con fines de investigación y formativos.

## Bibliografía

1. Stewart M, Brown JB, Boon H, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control* 1999; 3: 25-30.
2. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The consultation. An approach to learning and teaching. Oxford: Oxford University Press, 1984.
3. Lipkin M, Putnam SM, Lazare A. The medical interview. Clinical care, education, and research. Nueva York: Springer-Verlag, 1995.
4. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.
5. General Medical Council. Tomorrow's doctor. Recommendations on undergraduate medical education. Londres: General Medical Council, 1993.
6. Association of American Medical Colleges. Learning objectives for medical student education. Guidelines for medical schools. Washington, DC: Association of American Medical Colleges, 1998.
7. Consensus statement from the workshop on the teaching and assessment of communication skills in Canadian medical schools. *Can Med Assoc J* 1992; 147: 1149-1152.
8. Programa de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación. Madrid: Ministerio de Sanidad, 1993.
9. Ministerio de la Presidencia. Orden de 22 de junio de 1995. BOE número 155. Madrid, 30 de junio de 1995.
10. Kraan HF, Crijnen AAM, Van der Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. En: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, editores. The medical interview. Clinical care, education, and research. Nueva York: Springer-Verlag, 1995; 460-472.
11. 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. *Aten Primaria* 1996; 18 (Supl 1): 246-247.
12. Ruiz Moral R, Prados Castillejo JA, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The «GATHA-RES» questionnaire. *Educ Gen Pract* 2001 (en prensa).
13. GATHA-BASE. Manual de uso. Córdoba 1996 (material mimeografiado).
14. Mickey MR, Mundie P, Engelman L. Boolean factor analysis. En: Dixon WJ, editor. BMDP statistical software manual. Vol 2. Los Angeles: University of California Press, 1990; 849-860.
15. Bland JM, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurements. *Lancet* 1986; 1: 307-310.
16. Jiménez J. Comparación de métodos cuantitativos de medida. *FMC* 1994; 1: 404-410.
17. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley and Sons, 1981; 212-225.
18. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling* 1998; 35: 161-176.
19. Borrell Carrió F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.
20. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage, 1995.
21. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press, 1991.
22. Marvel MK, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with psychosocial concerns of individual patients: a developmental model. *Family Medicine* 1993; 25: 337-342.
23. Marvel MK, Schilling R, Doherty WJ, Baird MA. Levels of physician involvement with patients and their families. *J Fam Pract* 1994; 39: 535-544.
24. Ruiz Moral R, Muñoz Álamo M, Alba Jurado M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001; 18: 60-63.
25. Ruiz Moral R, Muñoz Álamo M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a patient-centered approach in patient attending primary care surgeries for chronic musculoskeletal pain/fibromyalgia. International Conference on Health & Communication. Barcelona, septiembre 2000.
26. Sobrino A, Esteban J. Aplicación del cuestionario GATHA para feedback docente y evaluación de los alumnos de un curso de entrevista clínica. X Taller Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial. El Escorial (Madrid), junio 1999.

27. Gérvas J, Hernández LM, Martí A, García-Sagredo P, Elvira P, Estévez A et al. La comunicación médico-paciente y la educación para la salud. *Aten Primaria* 1991; 8: 202-205.
28. Hernández-Monsalve LM, García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Gérvas J. Influencia del sexo del médico y del paciente en la entrevista clínica. *Aten Primaria* 1992; 10: 719-724.
29. Girón M, Sánchez García E. Eficacia de una técnica de adiestramiento sobre las destrezas de entrevista clínica asociadas con la capacidad psicodiagnóstica del médico. *Aten Primaria* 1998; 21: 125-130.
30. Cox J, Mulholland H. An instrument for assessment of videotapes of general practitioners' performance. *BMJ* 1993; 306: 1043-1046.

## Anexo 1. Cuestionario GATHA-RES

### Datos globales

– Tiempo de consulta (minutos):

< 5 ( )                      5,1-10 ( )                      10,1-15 ( )                      > 15 ( )

– Sexo profesional:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Sexo paciente:                      ( ) Varón                      ( ) Mujer

– Acompañante:                      ( ) Sí                      ( ) NO

Respuestas posibles a cada una de las siguientes preguntas SÍ o NO/NO APLICABLE

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

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

### EJE 2.º- TAREAS COMUNICACIONALES

7. ¿Ha sido delimitada la demanda en la fase exploratoria de la entrevista?
- Sobre el síntoma o síndrome en el que ha transcurrido más tiempo de entrevista, ¿se ha llegado a delimitar:
8. La evolución cronológica?
9. La localización?
10. El/los factores que lo modifican?
11. ¿Se conoce al final de la entrevista cómo afecta su síntoma o proceso a su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?
12. ¿Se conoce al final de la entrevista lo que el paciente espera del profesional (expectativas)?

– Dentro de los aspectos psicosociales, ¿el profesional conoce datos sobre:

13. El estado de ánimo?
14. Los acontecimientos vitales estresantes?
15. El entorno sociofamiliar?
16. ¿Ha informado sobre el diagnóstico, pauta diagnóstica y/o situación del paciente?
17. ¿Ha informado sobre el tratamiento y/o conducta terapéutica?
18. ¿Expresa el paciente acuerdo con el diagnóstico o medida terapéutica propuesta por el profesional?
19. El profesional, ¿ha invitado al paciente a volver si lo considera necesario?
20. ¿Se despide del paciente?

### EJE 3.º- HABILIDADES TÉCNICAS

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

21. Contacto visual-facial

22. Señalamientos

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

23. Ejemplificación

24. ¿Se explica la forma de actuar de la medida terapéutica?

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

25. Respuesta evaluativa

26. Exploración de creencias

27. En caso de emociones fuertes por parte del paciente, ¿ha tenido contención emocional el médico?

31. Fraser RC, McKinley 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.
32. Hays RB. Assessment of general practice consultations: content validity of a rating scale. *Medical Education* 1990; 24: 110-116.
33. Kraan HF, Crijnen AAM. Construct validity studies with the MAAS in primary mental care. En: Kraan HF, Crijnen AAM, editores. *The Maas-trich history-taking and advice checklist*. Amsterdam: Lundbeck Fund, 1987.
34. Roter DL. *Coding manual for roter international analysis scheme*. Baltimore: Johns Hopkins University, 1989.