

Enseñanza y evaluación de las habilidades en comunicación

En el contexto de la práctica clínica.

Revista Médica de Tucumán
Vol. 27 / Agosto 2023
ISSN 1515-5579

Correspondencia:

Dirección:
Lamadrid 875 (Facultad de
Medicina Universidad Na-
cional de Tucumán) /
CP 4000
San Miguel de Tucumán
Tucumán, Argentina.

Teléfono:
Dra. Miceli Susana C.
+54 9 381 5414551

Autores: Miceli Susana Cecilia*, Martinini María Ines*, Dastugue Mónica **, Sosa Lilian***, Caram María Emilia*,

*Cátedra de Medicina Infanto Juvenil 1. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán.

** UDA Hospital de Niños "Dr R. Gutierrez". Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

*** Encargada de la Enseñanza de Pediatría UDA Hospital Eurnekian de Ezeiza. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.

"Nada hay más fundamental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo; nada en ese quehacer parece ser más permanente". Pedro Laín Entralgo.

MÉTODOS PARA EVALUAR LA COMPETENCIA ALCANZADA POR LOS ESTUDIANTES EN HABILIDADES COMUNICACIONALES.

Para que los estudiantes o los profesionales noveles logren niveles adecuados de estas habilidades se necesita que sus tutores desarrollen cinco premisas fundamentales:

- definición y delineamiento sistemático de las habilidades
- observación de los estudiantes ejecutando sus habilidades
- retroalimentación, práctica de habilidades y
- evaluación de la competencia alcanzada y su evolución temporal

Para la evaluación de las competencias en el área de la comunicación se utilizan 2 tipos de instrumentos:

- las listas de verificación o de cotejo (*checklist*) y
- las escalas de valoración (*rating scales*) o métodos de escala.³⁶

a-Listas de verificación o de cotejo (*checklist*)

Se elaboran a fin de verificar la presencia o ausencia de una serie de conductas del profesional, para establecer si se ha alcanzado o no el nivel de desempeño requerido. Facilitan evaluar el desempeño en actividades concretas relacionadas con la comunicación (con el paciente, la familia o el equipo de trabajo), aplicada en las distintas instancias de evaluación formativa, sumativa y autoevaluación. Proporcionan una información precisa.

Mediante asignación de valores a cada criterio.

Ventajas

- Altas propiedades psicométricas con evaluadores entrenados
- Asegura la validez con consenso de expertos y redacción de criterios y su secuencia
- Método económico, fácil de administrar y de estandarizar
- Permite discriminar el nivel de competencia

Desventajas

- Interpretación equivocada de algunos criterios si no están consensuados
- Los niveles de escala (2 o 3) no permiten matices
- No proporciona información resumida sobre el nivel del desempeño

Métodos de escala o *rating scales*

Las escalas permiten graduar la presencia o ausencia de una determinada conducta, con la variabilidad del comportamiento e indica el grado alcanzado en cada uno de los criterios de las competencias evaluadas.

La evaluación se convierte en el eje de la estrategia formativa, en el motor del aprendizaje, y el paso previo es la definición del perfil del profesional a lograr y que es la base de todo el proceso evaluador.³⁶

J. Morán-Barrios

Modelos de referencia de perfiles profesionales adoptados por diferentes instituciones ³⁶

CanMEDS (Canadá)	Outcome Project (ACGME, EE.UU.)	Ser médico/profesional en el Hospital Universitario Cruces (2008)
1. Experto médico 2. Comunicador 3. Colaborador 4. Gestor 5. Consejero de salud 6. Erudito, estudioso (<i>scholar</i>) 7. Profesional	1. Profesionalidad 2. Habilidades interpersonales y de comunicación 3. Conocimiento médico 4. Cuidados del paciente 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud 6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora	1. Profesionalidad: valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética 2. Comunicación 3. Cuidados del paciente y habilidades clínicas 4. Conocimientos médicos 5. Práctica basada en el contexto del Sistema de Salud (salud pública, sistemas sanitarios) 6. Práctica basada en el aprendizaje y la mejora (análisis crítico e investigación) 7. Manejo de la información

Modificado con permiso de: Morán-Barrios J, Ruiz de Gauna P. Reinventar la formación de médicos especialistas. Principios y retos Nefrología. 2010;30: 604-612.

La evaluación del desempeño de las competencias en la práctica clínica ³⁷

Ejemplo para "Información y comunicación con el paciente" ante un procedimiento						
Criterios/Competencias	Tipos de escalas					
1. Información y comunicación con el paciente: Informa al paciente en un lugar privado, de forma clara, correcta y comprensible sobre el procedimiento a realizar, acorde a su nivel cultural y respetando sus creencias.	Escala gráfica/visual					
	<i>Nunca</i> ←————→ <i>Siempre</i>					
	Escala numérica					
	1 Totalmente en desacuerdo	2	3	4	5	6 Totalmente de acuerdo
	Escala verbal					
Desempeño pobre		Desempeño débil		Desempeño bueno		Desempeño destacado
2. Manejo del Consentimiento Informado (C.I.): Entrega el C.I. responde a las preguntas, asegura que lo entiende y solicita su conformidad.	Escala verbal con descriptor adicional y combinada con números					
	1. Muy por debajo de lo esperado No muestra ningún interés por la buena comunicación.	2. Por debajo de lo esperado Muestra interés por la buena comunicación, pero tiene determinadas dificultades.	3. Lo esperado Demuestra lo esperado para su nivel de formación, tal como se indica en el descriptor de la competencia.	4. Por encima de lo esperado Demuestra un desempeño por encima de su nivel y trasmite gran confianza al paciente.		

La mayoría de los métodos (Mini-CEX, DOPs, ACAT, 360°, evaluación de rotaciones del residente, etc.) utilizan modelos de escala. Estos formularios facilitan la evaluación de actividades o tareas más complejas en diferentes contextos laborales, donde se expresan simultáneamente

competencias relacionadas con ética, comunicación, trabajo en equipo, gestión, cuidados del paciente, conocimiento, etc. Estos instrumentos se han desarrollado en un intento de lograr mayor objetividad y mejorar la fiabilidad de la evaluación. ³⁷

Escala: puede ser gráfica, numérica, verbal, mixta y tipo rúbrica.

Se trata de identificar el grado alcanzado en el desempeño, minimizar la subjetividad y elevar la consistencia de la evaluación.

Las escalas deben ser cualitativas, procurando olvidar los números, ya que lo importante es cualificar conductas y no cuantificar. Los números son útiles si sirven para identificar de qué nivel de la escala hablamos en función de la gestión y de los resultados.

Como en las listas de verificación, los criterios pueden estar agrupados en categorías, los **Global Rating Scales**, están categorizados por grandes dominios competenciales.

Rúbricas: son el método más preciso y el ideal para minimizar al máximo la subjetividad de los evaluadores, haciendo la evaluación más simple, transparente y justa. Se trata de un tipo expandido de escala verbal en la que cada nivel de desempeño tiene un descriptor cualitativo específico. Proporcionan descripciones claras del comportamiento asociado a cada nivel, por lo que delimita claramente el nivel de desarrollo o ejecución de una tarea.^{37,38}

- Utilidad. Facilita la evaluación de actividades o tareas

complejas, una mayor coherencia en la medición del progreso, al definir con precisión cada nivel de desempeño, y el diálogo entre evaluado y evaluador (evaluación formativa) sobre los criterios concretos reflejados en la escala. También se pueden emplear como evaluación sumativa.

Tipos de rúbricas.

a) Analíticas. Son las más empleadas. Organizan las competencias por niveles de desempeño e identifican las fortalezas y deficiencias con más claridad. Al evaluarse cada aspecto de forma individual, aportan más información para la autoevaluación para el *feedback* que las rúbricas holísticas. En EE.UU. (ACGME) los programas de las especialidades se han diseñado por «hitos educativos, en función de rúbricas analíticas.³⁹

En el mismo documento se une la redacción de competencias y la evaluación en unos marcadores gráficos. Los programas están manteniendo el marco general de 6 dominios de competencias del Outcome Project del ACGME (EE.UU.).

b) Globales, holísticas o comprensivas. Evalúan la ejecución de la competencia como un todo. No provee información específica del desempeño en áreas particulares. Están enfocadas al proceso en su conjunto, sin dividirlo en categorías separadas.

Tipos de rúbricas. Modificado de: Morán-Barrios et al. (2015).⁴⁰

Competencia	Rúbrica analítica			
	<i>Muy por debajo de lo esperado</i>	<i>Por debajo de lo esperado</i>	<i>Lo esperado</i>	<i>Por encima de lo esperado</i>
Información y comunicación con el paciente	Utiliza un lenguaje técnico, sin respeto a las creencias del paciente, descuidando la privacidad.	Respeta la privacidad, pero muestra dificultades en la claridad de la comunicación.	Informa al paciente en un lugar privado, de forma clara, correcta y sin tecnicismos sobre el procedimiento a realizar, acorde a su nivel cultural y respetando sus creencias.	Además de lo anterior, empatiza con facilidad y trasmite mucha confianza al paciente. Muestra disposición para la gestión de problemas adicionales que plantee el paciente.
Manejo del Consentimiento Informado	Emplea el C.I. como un trámite administrativo, sin asegurarse de que el paciente ha entendido.	Explica confusamente el sentido del C.I. y no se asegura que lo ha entendido.	Entrega el C.I., responde a las preguntas, asegura que lo entiende y solicita su conformidad.	Además de lo anterior muestra una clara disposición para la gestión de problemas adicionales que plantee el paciente y ante dudas posteriores que tenga el paciente tras leer el C.I. detalladamente.

La Evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica

Evaluación de: Presentaciones orales				
Rúbrica analítica				
	Destacado	Bien	En el límite	Mejorable
1. Contacto visual	Mantiene siempre el contacto visual	Mantiene generalmente el contacto visual	Pocas veces mantiene el contacto visual	No mantiene el contacto visual
2. Conclusiones y aplicación	Resume y da conclusiones precisas y claramente aplicables	Resume y da conclusiones, aunque no del todo aplicables	Presenta algunos errores en las conclusiones, poco aplicables	Presenta conclusiones inapropiadas, con numerosos errores y sin aplicación
Etc.	Etc.	Etc.	Etc.	Etc.
Rúbrica holística				
	Destacado	Bien	En el límite	Mejorable
	1 - Mantiene siempre el contacto visual 2 - Resume y da conclusiones precisas y claramente aplicables. Etc.	1 - Mantiene generalmente el contacto visual 2 - Resume y da conclusiones, aunque no del todo aplicables. Etc.	1 - Pocas veces mantiene el contacto visual 2 - Presenta algunos errores en las conclusiones, poco aplicables. Etc.	1 - No mantiene el contacto visual 2 - Presenta conclusiones inapropiadas, con numerosos errores y sin aplicación. Etc.

Ventajas de los métodos de escala

1. Facilidad de uso, son muy fáciles de usar y reducen claramente la subjetividad.
2. Bajo costo, el costo es muy bajo, salvo el del tiempo dedicado a su diseño o adaptación.
3. Estandarización. Permite a los estudiantes conocer lo que se espera de ellos y los criterios por los que serán evaluados. Facilita la autoevaluación y promueve la responsabilidad y el aprendizaje.
4. Medida del progreso. Permite documentar cualitativamente el progreso del estudiante, detectar deficiencias y proporcionar criterios para la mejora. Facilitan la retroalimentación.
5. Flexibilidad, el mismo formulario se puede utilizar, actualizar y adaptar con facilidad a diferentes contextos de trabajo o procesos asistenciales (hospitalización, consulta externa, urgencias o paciente crónico)
6. **Facilitan la evaluación de áreas más subjetivas, como las relacionadas con la comunicación o el profesionalismo.**

Desventajas de los métodos de escala

1. Subjetividad si solo evalúa una persona.
2. Baja fiabilidad si existe un único punto de vista y si el tiempo de contacto entre evaluador y evaluado es escaso.
3. Sesgos de elaboración. Frases poco concretas que reducen su calidad y fiabilidad, quedando abiertos a la in-

terpretación del evaluador.

4. Errores de los evaluadores. Generalmente los observadores son inconscientes de lo que están haciendo, con lo cual son incapaces de corregirlos. El mero conocimiento de estos errores no los elimina, lo que obliga a formar a los evaluadores para reducir los mismos.

Propuesta para la formación especializada³⁸

La evaluación a través de actividades seleccionadas es una propuesta en desarrollo. También se las denomina tareas/actividades confiadas o *entrustable professional activities* (EPAS). En el diseño de esos formularios recomendamos mantener un esquema basado en grandes dominios de competencias, con el fin de no descuidar ningún aspecto clave. Implicar siempre a varios evaluadores (profesionales sanitarios o no).^{41,42}

Características de una actividad confiada (EPA)

Una actividad de gran importancia de la práctica diaria
Precisa adquirir conocimientos, habilidades y actitudes
Da lugar a resultados reconocidos en la especialidad
Son propias de especialistas cualificados
Ejecutable dentro de unos límites temporales
Tienen que llegar a realizarse de forma independiente por el residente
Son observables y medibles, tanto en su proceso como en sus resultados, para poder obtener conclusiones (lo hace bien/lo hace mal)
Deben expresar más de una competencia

Fuente: Ten Cate et al (2015)⁴²

Existen múltiples ^{38,40} instrumentos que evalúan Comunicación en Medicina, entre ellos podemos mencionar las Guía de Calgary-Cambridge (CC), el cuestionario GATHA y la Escala CICCА entre otros. La elección de los mismos dependerá de los objetivos establecidos en el currículum. Desde el año 2006 para desarrollar las habilidades de comunicación se está utilizando a nivel mundial y con traducción al español la Guía de Calgary-Cambridge (CC) ⁴³, usada en todos los niveles de educación médica, desde estudiantes de medicina de los primeros años hasta clínicos de mucha experiencia y en casi todas las especialidades. Esta Guía facilita el desarrollo sistemático de las habilidades de comunicación y sirve como base para ofrecer un “feedback” estructurado y específico en lugar de una retroalimentación al azar.²⁶ Esta Guía CC permite:

- Resumir la evidencia sobre habilidades comunicacionales en medicina.
- Proporcionar a los estudiantes una estructura detallando cuánto tienen que aprender.
- Definir las etapas de la entrevista mediante sub-clasificaciones.
- Permitir un “feedback” específico con flexibilidad que sirve

a médicos con estilos y personalidades muy diversas.

- Ayudar en la observación de las habilidades específicas durante una evaluación sumativa.

La Guía CC cuenta con 70 ítems que involucra toda entrevista médica, basados en evidencia y organizados por sesiones que siguen un orden secuencial:

1.Contacto Inicial 2. Recogiendo Información 3. Examen Físico 4. Explicación y plan de acción 5. Cierre de la sesión.

En forma paralela a cada sesión y a lo largo de toda la consulta se desarrollan dos aspectos primordiales: estructuración de la entrevista y construcción de la relación. Detallando las características de cada sesión se facilita anticipar los errores más frecuentes que acontecen desde el inicio al cierre de una consulta médica. Podemos observar en la siguiente tabla un resumen de las Habilidades específicas para cada tarea de la Entrevista y requeridas con mayor frecuencia. (Adaptada de las Guías Calgary-Cambridge).²⁶

**Habilidades específicas para cada tarea de la Entrevista.
(Adaptada de las Guías Calgary-Cambridge)**

Proporcionando estructura	Etapas de la entrevista	Construyendo la relación
Avanza de una sección a otra, utilizando enunciados que señalicen cambios o transición	<p>Iniciando la sesión</p> <p>Establece el contacto inicial</p> <p>Saluda al paciente y obtiene el nombre del paciente</p> <p>Se presenta, acara su rol y la naturaleza de la entrevista: obtiene consentimiento si fuera necesario</p> <p>Identifica lo(s) motivo(s) de consulta</p> <p>Identifica los problemas del paciente con preguntas abiertas</p> <p>Escucha atentamente el planteamiento inicial del paciente sin interrumpirlo ni guiar su respuesta.</p>	<p>Demuestra comportamiento no verbal apropiado: contacto visual, Postura</p> <p>Si lee, tomas notas, lo hace de manera que no interfiere con el diálogo o con la relación</p>
Está atento a los tiempos y a mantener el foco de la entrevista	<p>Recogiendo información</p> <p>Utiliza preguntas abiertas y cerradas en forma equilibrada</p> <p>Facilita en forma verbal o no verbal las respuestas del paciente</p> <p>Clarifica los enunciados del paciente que no resultan claros o que necesitan ampliación</p> <p>Resume periódicamente para verificar su propia comprensión</p> <p>Determina activamente la perspectiva del paciente (Expectativas, miedos etc.)</p>	<p>Acepta la legitimidad del punto de vista y los sentimientos del paciente; no juzga</p>
<p>Durante el examen físico, explica el proceso, pide permiso</p> <p>Estructura la entrevista siguiendo una secuencia lógica</p>	<p>Explicación y planificación</p> <p>Proporciona la cantidad y tipo de información correcta</p> <p>Contribuye a que el paciente recuerde y comprenda de manera precisa</p> <p>Estimula al paciente a formular preguntas</p> <p>Logra un entendimiento y planificación en común: incorporando la perspectiva del paciente</p>	<p>Reconoce y verbaliza las emociones evidentes en el paciente</p> <p>Brinda apoyo; expresa interés, comprensión, predisposición para ayudar</p>
	<p>Cerrando la sesión</p> <p>Establece junto con el paciente los pasos a seguir por el paciente y el médico</p> <p>Resume la sesión brevemente y clarifica el plan de cuidados</p> <p>Verificación final: chequea que el paciente esté de acuerdo y cómodo con el plan</p>	<p>Hace participar al paciente: Comparte su pensamiento</p>

Moore y col, desde el año 1995 en la Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile trabajaron en forma continua desarrollando estrategias referidas a la docencia en comunicación. Es así que introdujeron múltiples cambios que abrieron camino hacia un continuo aprendizaje de la relación médico-paciente. Es así que implementaron la formación docente en comunicación en medicina, organizaron cursos formales de comunicación en diferentes años de la carrera, mediante docencia en grupos pequeños en un clima de confianza, con aplicación de metodologías experienciales: ficha relacional adaptada en Chile de las Guías CC que permiten una observación estructurada de las entrevistas.^{44, 45}

En relación a los dos instrumentos mencionados para evaluación de la comunicación: el cuestionario **GATHA** y la escala **CICCA** son aplicados actualmente para evaluar la comunicación médica con pacientes reales en diferentes escenarios atención primaria, especialidades médicas, entre otros por lo cual para su utilización en la formación de grado en medicina requieren adaptación de acuerdo a los objetivos de enseñanza definidos en la currícula.^{46,47}

El cuestionario GATHA⁴⁸ ha sido diseñado por el Grupo Comunicación y Salud en España, para el análisis de la Comunicación realizada por un profesional durante una entrevista clínica mediante video o audiograbada.

Está basado en una extensa bibliografía y ha sido Consensuado por un grupo de reconocidos expertos en el tema (Grupo Comunicación y Salud. Consenso de Segovia 1993, Bilbao-1994 y Tenerife-1995 49) y sometido a un laborioso proceso de validación para médicos residentes considerando actualmente un instrumento válido, fiable y útil para evaluar el perfil comunicacional de los profesionales de atención primaria con pacientes reales. Se compone de cuatro apartados de donde deriva su nombre **GATHA**:

G- Datos globales y tres ejes:

A- Actitud/Característica del entrevistador,

T- Tareas

HA- Habilidades Técnicas utilizadas.

A continuación, se detalla cada apartado:

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

paciente y existencia de acompañante. Este apartado se mantiene igual en todas las versiones que se han desarrollado del cuestionario GATHA.

Eje 1º Actitud/características del entrevistador, incluye 10 ítems que valoran las siguientes características comunicacionales: empatía, asertividad, reactividad y bidireccionalidad.

Eje 2º. Tareas consensuadas y que han demostrado una influencia importante en el proceso comunicacional. Tareas comunicacionales. Incluye 18 ítems.

Eje 3º. Habilidades Técnicas Comunicacionales. Existencia de errores, con un total de 14 ítems divididos en dos apartados, las técnicas usadas y los errores cometidos. Estos últimos expresándose en términos negativos, o sea si se han evitado o no.

Todos los ítems se valoran en base a dos opciones que consisten en SI, en función de la aparición del hecho observable, y un No o No Procede, que se responde en función de la ausencia o excepciones descriptas.

Se puede usar con video o audiograbación, responde a un modelo de entrevista subyacente (semiestructurada) y comunicación centrada en el paciente, Fiabilidad documentada, especialmente la interobservador como la consistencia interna y evalúa solo proceso o valora aspectos verbales y no verbales.

Se considera que este cuestionario, reúne para su uso, criterios de fiabilidad necesarios, diseño y estructura que permite una aplicación cómoda y eficaz. Se cuenta con diferentes tipos de cuestionarios según la modalidad a evaluar:

GATHA-Base, GATHA-ESP para la consulta con médicos especialistas y GATHARES para médicos residentes.

La escala CICCA (Conectar Identificar Comprender Acordar Ayudar) es un instrumento diseñado para valorar la relación clínica (RC) desarrollada entre un profesional de la salud y un paciente. Puede ser utilizada para evaluar aspectos globales o parciales de la RC, se fundamenta en una evaluación externa mediante observación de la interacción y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos), sumativos o para la investigación.

El diseño del CICAA es adecuado para la evaluación de la RC de cualquier clínico, psicólogo o profesional de la enfermería, en el ámbito del proceso asistencial que tiene lugar en una consulta.

Igualmente presenta muchas similitudes con otras escalas de medición basadas en tareas.⁴⁶ El evaluador⁵⁰, debe saber que el concepto de relación clínica en el que se basa el CICAA está delimitado por: • Tareas comunicativas generales • Habilidades comunicativas estratégicas • Elementos comunicativos básicos.

"Las tareas": son objetivos generales a alcanzar y representan los conceptos claves de la RC. Son las siguientes: • Conectar con el paciente • Identificar y comprender los problemas de salud del paciente • Acordar con el paciente sobre el/los problemas/s, las decisiones y las acciones • Ayudar al paciente a entender, elegir y actuar.

"Las habilidades estratégicas": una habilidad es una secuencia de acciones intencionadas que se puede repetir voluntariamente, es una cadena de acciones que conducen hacia un objetivo. En el modelo CICAA se definen 10 habilidades estratégicas: • Recibir • Escuchar • Empatizar • Cerrar • Preguntar • Integrar • Comprobar • Negociar • Informar • Motivar

"Los elementos comunicativos básicos o técnicas comunicativas": Son las conductas comunicativas más

simples que conforman muchas de las habilidades estratégicas y que es preciso "hacer". Por ejemplo, la tarea "Conectar" conlleva la capacidad de desarrollar principalmente las siguientes habilidades: "Recibir, empatizar, escuchar y cerrar", pero también "usar los registros adecuadamente", o "comportarse con amabilidad". Y cada una de estas habilidades, se consigue poniendo en práctica algunos elementos o técnicas comunicativas. Por ejemplo, para "recibir": saludar, llamar por su nombre, acomodar, asegurar intimidad, contactar físicamente...^{46,47}

Resumen

1. Las listas de verificación y las escalas son los instrumentos que se emplean en la mayoría de los métodos de evaluación.
2. Las listas de verificación identifican o comprueban la presencia o ausencia de determinadas competencias.
3. Los métodos de escala identifican el grado de desempeño y su progresión, siendo preferibles los de escalas verbales, evitando las escalas impares o con un centro neutro (ni bien-ni mal).
4. Las rúbricas son las escalas más objetivas y las que más informan sobre el grado y progreso del desempeño.
5. Podemos diseñar tantos formularios como necesidades tengamos en evaluación.
6. Los errores y la subjetividad en el uso de formularios se evitan con un adecuado diseño, detallada descripción de las competencias y con la formación y colaboración de varios evaluadores.

BIBLIOGRAFÍA CITADA:

- 36 Morán Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 1. parte: principios y métodos, ventajas y desventajas. *Educ Med.* 2016; 17:130-139.
 - 37 Morán Barrios J. La evaluación del desempeño o de las competencias en la práctica clínica. 2. parte: Tipos de formularios, errores en su uso, principios y planificación de la evaluación. *Educ Med.*2017;18(1):2-12.
 - 38 Morán-Barrios J. La evaluación del proceso de formación especializada, una propuesta fundamentada en el proyecto de «Formación especializada basada en competencias del Hospital de Cruces 2008». *Educación Médica [Internet]* 2012. [consultado 5/9/2020] 15 (supl.1):S1-S54. [Disponible en: http://www.educmed.net/pdf/revista/15S01/2512058_AAVV_mdp_EDU]
 - 39 Accreditation Council for Graduate Medical Education and the American Board of Pediatrics. The Pediatrics Milestone Project. [Disponible en: http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PFAssets/ProgramResources/320_Ped_sMilestonesProject.pdf 83-1002]
 - 40 Morán-Barrios J, Olmos Rodríguez MA. Formularios de evaluación: tipos, diseño y aplicación. En: Millán J, Palés J, Morán-Barrios J, editores. *Principios de educación médica: desde el grado hasta el desarrollo profesional.* Madrid. Editorial Médica Panamericana. 2015. p. 583-95.
 - 41 Ten Cate O. Nuts and bolts of entrustable professional activities. *J Grad Med Educ.* 2013; 5 (1): 157-8.
 - 42 Ten Cate O, Chen H, Hoff RG, Peters H, Bok H, van der Schaaf M. Curriculum development for the workplace using Entrustable Professional Activities (EPAs): AMEE Guide No. 99. *Med Teach* 2015; 37(11), 9
 - 43 Ten Cate O. Entrustment Decision Making in clinical training. *Acad Med.*2016; 91:191-198
 - 44 Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico –paciente: una de las competencias básicas pero diferentes *Aten Primaria.*2012;44(6):358-365.
 - 45 Alves de Lima A. Feasibility and Satisfaction rates of a Spanish translation and transcultural adaptation of the Calgary-Cambridge process Guide. *Ref Type Conference Proceeding.* 2006.
 - 46 Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA. *Aten Primaria* 2006. 37:320-4.
 - 47 Gavilán E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Parras Rejano JM. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala CICAA. *Aten Primaria* 2010; 42:162-168.
 - 48 Canovaca Vega, A. Perfil Comunicacional del Médico de Atención Primaria en las consultas de demanda: Validación de un cuestionario. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba.* 2006. P: 130. ISBN-13: 978-84-693-2999-3 49 - Ruiz Moral R. *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: semFYC Ediciones, 2004. p: 331-52
-