

# Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: el cuestionario CICAA

R. Ruiz-Moral y L.A. Pérula de Torres

**Objetivo.** Valorar la validez y la fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica de un profesional sanitario.

**Diseño.** Estudio descriptivo de validación de un instrumento.

**Emplazamiento.** Atención primaria y especializada.

**Participantes.** Participaron 20 profesionales expertos en comunicación y se realizaron 31 entrevistas con pacientes atendidos por enfermeros, médicos de atención primaria y especializada, residentes con pacientes agudos y crónicos, reales y estandarizados.

**Intervenciones.** Partiendo de una escala evaluativa de 3 niveles, multidimensional con 36 ítems basada en un modelo teórico de entrevista (CICAA) se realizó: *a)* estudio de validez aparente, de consenso y contenido: los expertos en comunicación clínica realizaron dos evaluaciones, una primera de tipo cualitativo y una segunda para ponderar la importancia de los ítems restantes, y *b)* estudio de la consistencia interna y la fiabilidad intraobservador. Un experto evaluó 31 entrevistas videogradas en dos ocasiones con un intervalo de 1-2 meses.

**Resultados.** Se obtuvo una escala de 29 ítems. El valor de alfa de Cronbach fue 0,957 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,932-0,976). El coeficiente de correlación intraclase global fue de 0,967 (IC del 95%, 0,933-0,984). Los valores kappa de los ítems fueron < 0,4 en 3; 0,4-0,6 en 6; 0,6-0,8 en 14, y > 0,8 en 4.

**Conclusiones.** El CICAA es un cuestionario válido y fiable para evaluar la comunicación clínica de diferentes profesionales sanitarios y pacientes.

**Palabras clave:** Habilidades de comunicación. Instrumentos de medida. Entrevista clínica. Validez. Fiabilidad.

VALIDITY AND RELIABILITY OF A TOOL FOR ASSESSING CLINICAL COMMUNICATION IN CONSULTATIONS: THE CICAA QUESTIONNAIRE

**Objective.** To assess the validity and reliability of a tool for evaluating the clinical communication skills of health professionals.

**Design.** Descriptive study of the validation of a tool.

**Setting.** Primary and specialist care.

**Participants.** Twenty communication experts, in 31 interviews with patients seen by real and standardised nurses, primary care, and specialist doctors, residents with acute and chronic patients.

**Interventions.** The study looked at a 36-item, multidimensional evaluative scale on 3 levels, based on the CICAA theoretical model of an interview and examined: 1) its apparent validity, consensus, and content: the clinical communication experts made 2 assessments, a qualitative one and one to weigh the importance of the remaining items; 2) its internal consistency and intra-observer reliability. An expert evaluated 31 interviews, video-recorded on 2 occasions with a 1-to-2 month interval.

**Results.** A 29-item scale was obtained. Cronbach's alpha was 0.957 (95% CI, 0.932-0.976). The overall Intra-class Correlation Coefficient was 0.967 (95% CI, 0.933-0.984). The Kappa values of the items were <0.4 in 3, 0.4-0.6 in 6, 0.6-0.8 in 14, and >0.8 in 4.

**Conclusions.** The CICAA is a valid and reliable questionnaire for evaluating the clinical communication between various health professionals and patients.

**Key words:** Communication skills. Assessment tool. Clinical interview. Validity. Reliability.

Grupo Comunicación la Salud.Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba. Facultad de Medicina de Córdoba. Departamento de Medicina. Nodo COGRAMA (redIAPP). Córdoba. España.

Este estudio se ha realizado con la colaboración de Laboratorios Esteve.

Correspondencia:  
R. Ruiz-Moral.  
Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.  
Hospital Reina Sofía.  
Blanco Soler, 4. 14004 Córdoba.  
España.  
Correo electrónico:  
roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

Manuscrito recibido el 28 de marzo de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 15 de junio de 2005.

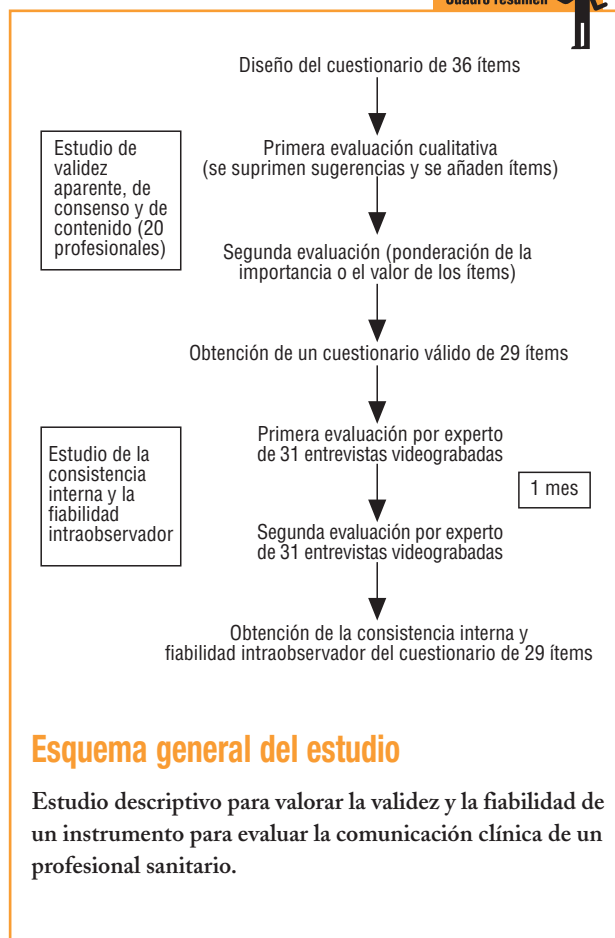
## Introducción

En la actualidad, la comunicación clínica se considera una competencia fundamental para cualquier médico, sobre todo porque se trata de la herramienta probablemente más utilizada por el clínico en su trabajo diario y es el medio que hace posible el desarrollo efectivo de otras competencias. Sus efectos pueden observarse y las ventajas prácticas de una utilización eficiente de ésta se han relacionado con diferentes resultados que abarcan aspectos como una mayor precisión diagnóstica, satisfacción del profesional y del paciente, cumplimiento terapéutico, mejor uso de los recursos sanitarios e incluso mejores resultados de salud en un amplio abanico de problemas clínicos<sup>1,2</sup>. Un aspecto muy importante es que estas habilidades clínicas pueden enseñarse y aprenderse efectivamente, por lo que hoy día forman parte integrante de los currículos de medicina en la mayoría de los países de nuestro entorno<sup>3</sup>. Lo que resulta imprescindible para evaluar la interacción comunicativa es disponer de herramientas que, como cualquier instrumento de medida, sean válidos, fiables y fáciles de utilizar. Hay una gran variedad de escalas desarrollados fuera de nuestro país para este fin, generalmente muy diferentes unos de otros y la gran mayoría no validados<sup>4,5</sup>. Aquí sólo disponemos de un instrumento, el cuestionario GATHA, que se ha desarrollado en los últimos años y que nos ha proporcionado hasta ahora la información más fiable que tenemos sobre este tema; sin embargo, su uso nos ha permitido conocer sus principales limitaciones<sup>6,7</sup>, entre las que se encuentran, principalmente, la falta de adaptación a un modelo de consulta claramente definido y, sobre todo, su escasa capacidad discriminativa, tanto global como en algunas áreas comunicativas concretas, así como su poca utilidad para captar los aspectos emocionales de la interacción. El objetivo de este trabajo es presentar un nuevo cuestionario y evaluar su validez y fiabilidad para el análisis de la comunicación clínica en distintos ámbitos sanitarios.

## Material y método

Se diseñó un cuestionario de carácter multidimensional, tipo *rating*, con una escala evaluativa con respuestas tipo Likert de 3 grados y con 36 ítems, que seguía un modelo teórico de entrevista centrada en el paciente por tareas (Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar: CICAA)<sup>2</sup>. En primer lugar se llevó a cabo el estudio de validez aparente, de consenso y contenido, desde el punto de vista cualitativo. Para ello se invitó a participar a expertos en comunicación ligados al grupo nacional Comunicación y Salud de la semFYC. Inicialmente esta invitación se hizo abierta mediante correo electrónico y se extendió a todos los profesionales cuyas direcciones están en la base de datos de la secretaría del grupo (unos 200). Finalmente, 20 profesionales de

### Material y métodos Cuadro resumen



diferentes lugares del país aceptaron participar y fueron involucrados en todo el proceso (17 médicos, 2 enfermeros y una psicóloga); se realizó una primera evaluación cualitativa del cuestionario en la que los participantes suprimieron e incorporaron ítems y aportaron sugerencias de redacción; en una segunda evaluación se les volvió a enviar el nuevo cuestionario para que ponderaran la importancia o el valor de los ítems en una escala ordinal de 5 grados, calculándose la varianza de cada ítem y la global. Con el cuestionario resultante se realizó un estudio de la fiabilidad en el que se valoraron la consistencia interna y la concordancia intraobservador. Para ello se seleccionaron entrevistas procedentes de la base de entrevistas videograbadas con objetivos de investigación en comunicación clínica que posee la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba (alrededor de 4.200 entrevistas). Dado el carácter exploratorio inicial del estudio y los objetivos del cuestionario, se buscó un número de entrevistas que, como mínimo, fuese superior al número de ítems de la escala (n = 29) y en cuyo contenido estuviesen representadas las distintas poblaciones de profesionales, pacientes y problemas de salud en las que se pretende aplicar la escala. Esto supuso finalmente la elección de 31 entrevistas de enfermeros (n = 5), médicos de atención primaria (n = 14) y especializada (n = 4), y residentes de medicina de familia (n = 8), con pacientes agudos (n = 19) y crónicos (n = 12), reales (n = 25) y estandarizados (n = 6). En la elección de las entrevistas también se tuvo en cuenta que, en conjunto, todos los ítems y sus diferentes gradaciones

podrían estar presentes para evitar, en la medida de lo posible, problemas con la tasa de endose o el cálculo de los coeficientes kappa. Un experto (RRM) evaluó estas entrevistas en 2 ocasiones con un intervalo de evaluación de entre 1 y 2 meses (procedimiento test-retest). A la vez, se fue perfilando un manual de uso del cuestionario adaptado a los escenarios incluidos.

El análisis estadístico de validación, realizado con el paquete SPSS 11.0 para Windows, consistió en la determinación de los siguientes parámetros: el coeficiente alfa de Cronbach para valorar la consistencia interna del test, el índice kappa de Cohen ponderado (o, en su defecto, el índice de concordancia simple), y el coeficiente de correlación intraclass (CCI) (según fueran variables cualitativas o cuantitativas) para determinar la fiabilidad intraobservador. Además, se aplicó el test de Kolmogorov-Smirnov para comprobar si los valores de la escala se ajustaban a una distribución normal, el test de la t de Student para la comparación de medias para datos emparejados, y el método de Bland y Altman para analizar la concordancia intraobservador de forma descriptiva<sup>8</sup>. Todos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, para una  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Validez aparente y de consenso

Tras la consulta con los expertos, la redacción inicial de 36 ítems se redujo a 29, se suprimieron 7, se modificó la redacción de 21 y se incluyó un nuevo ítem. Para estos 29 ítems (apéndice 1), el análisis estadístico mostró puntuaciones por encima de 4 en todos excepto en 3 en la valoración de la importancia dada a cada ítem.

### Fiabilidad interna

El coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,957 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,932-0,976). Como se aprecia en la tabla 1, los coeficientes de correlación con el total de la escala estuvieron todos por encima de 0,35, excepto el del ítem 19 ( $r = -0,05$ ), sin que mejorara sustancialmente el alfa de Cronbach global al eliminar dicho ítem.

### Fiabilidad intraobservador

En la tabla 2 se muestran los resultados del análisis de la concordancia intraobservador. Los índices kappa ( $\kappa$ ) más bajos se hallaron con los ítems 21 ( $\kappa = 0,248$ ), 28 ( $\kappa = 0,259$ ) y 19 ( $\kappa = 0,318$ ), mientras que los más altos fueron para los ítems número 3 ( $\kappa = 0,86$ ), 13 ( $\kappa = 0,868$ ) y 14 ( $\kappa = 868$ ). En 2 ítems no se pudo determinar el valor de kappa, dado que al menos una de las casillas presentaba cero casos. No obstante, los índices de concordancia simple fueron elevados en estos ítems. El CCI para valorar la concordancia pretest-postest en la puntuación total del cuestionario fue de 0,967 (IC del 95%, 0,933-0,984;  $p < 0,001$ ). En la figura 1 se representa gráficamente la concordancia intraobservador obtenida con el CICAA. La puntuación media global de la escala fue de  $24,68 \pm 15,31$  en la primera valoración (IC del 95%, 19,06-30,30), y de  $25,95 \pm 15,69$  (IC del 95%, 20,18-31,69) en la segunda, y se pudo comprobar que los valores de ambas valoraciones se ajustaban a

**TABLA 1**  
**Fiabilidad interna de la escala CICAA (n = 31)**

Ítem	Media $\pm$ DE	Correlación con total escala	Coefficiente alfa si el ítem es eliminado
1	1,097 $\pm$ 0,83	0,428	0,957
2	1,322 $\pm$ 0,79	0,817	0,954
3	1,645 $\pm$ 0,61	0,727	0,955
4	1,419 $\pm$ 0,76	0,769	0,955
5	0,548 $\pm$ 0,67	0,820	0,954
6	1,225 $\pm$ 0,88	0,386	0,958
7	1,580 $\pm$ 0,62	0,646	0,955
8	1,129 $\pm$ 0,88	0,888	0,953
9	1,354 $\pm$ 0,83	0,781	0,954
10	1,000 $\pm$ 0,93	0,855	0,953
11	0,903 $\pm$ 0,94	0,802	0,954
12	0,871 $\pm$ 0,92	0,802	0,954
13	0,806 $\pm$ 0,98	0,810	0,954
14	0,612 $\pm$ 0,91	0,670	0,955
15	0,774 $\pm$ 0,92	0,747	0,954
16	0,483 $\pm$ 0,85	0,618	0,956
17	0,709 $\pm$ 0,93	0,531	0,956
18	0,645 $\pm$ 0,87	0,579	0,956
19	0,419 $\pm$ 0,80	-0,055	0,961
20	0,258 $\pm$ 0,51	0,426	0,957
21	1,193 $\pm$ 0,70	0,622	0,955
22	1,096 $\pm$ 0,78	0,591	0,956
23	0,871 $\pm$ 0,88	0,840	0,953
24	1,225 $\pm$ 0,71	0,819	0,954
25	0,612 $\pm$ 0,80	0,561	0,956
26	1,064 $\pm$ 0,81	0,819	0,954
27	0,354 $\pm$ 0,70	0,352	0,957
28	0,451 $\pm$ 0,56	0,607	0,956
29	0,290 $\pm$ 0,64	0,544	0,956

DE: desviación estándar.

una distribución normal en ambos casos ( $p = 0,469$  y  $p = 0,719$ , respectivamente). La diferencia de medias entre las dos mediciones (pretest-postest) fue de  $-1,26 \pm 3,97$  (IC del 95%,  $-2,72$  a  $0,20$ ;  $t = -1,76$ ;  $p = 0,088$ ).

## Discusión

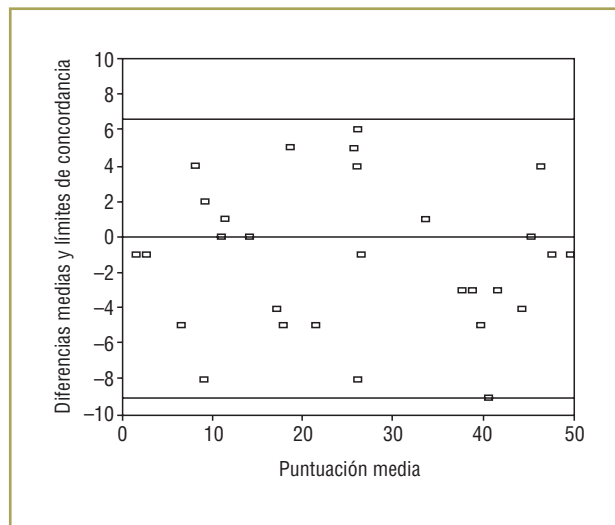
Los resultados de este estudio nos muestran que la escala CICAA para la evaluación de la comunicación clínica en las consultas de sanitarios es una escala válida, con una elevada consistencia interna y una reproducibilidad intraobservador global y para cada uno de sus ítems muy buena, lo que la convierte en un instrumento útil para el fin que

**TABLA 2** Fiabilidad intraobservador de los ítems del cuestionario CICAA

Ítem	Índice kappa	Error estándar	p
1	0,727	0,101	< 0,001
2	0,669	0,119	< 0,001
3	0,860	0,092	< 0,001
4	0,725	0,109	< 0,001
5	0,776	0,101	< 0,001
6	0,588	0,116	< 0,001
7	0,448	0,141	0,002
8	0,745	0,101	< 0,001
9	0,769	0,107	< 0,001
10	0,712	0,099	< 0,001
11	0,669	0,112	< 0,001
12	0,569	0,120	< 0,001
13	0,879	0,077	< 0,001
14	0,868	0,089	< 0,001
15	0,595	0,121	< 0,001
16	0,760	0,107	< 0,001
17	0,470	0,132	< 0,001
18	0,752	0,108	< 0,001
19	0,750	0,108	< 0,001
20	87,09%*	-	-
21	0,248	0,112	0,026
22	0,590	0,127	< 0,001
23	0,513	0,123	< 0,001
24	0,449	0,131	< 0,001
25	0,832	0,087	< 0,001
26	0,561	0,125	< 0,001
27	80,64%*	-	-
28	0,259	0,157	0,077
29	0,318	0,175	0,020

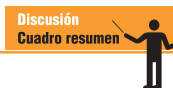
\*No se puede calcular el índice kappa; se muestra el índice de concordancia simple.

se propone, que no es otro que su uso en la formación en este ámbito clínico<sup>9</sup>, pero sobre todo en la investigación. La escala CICAA cumpliría los criterios que definieron Kraan et al<sup>4</sup> para recomendar el uso de una herramienta de este tipo: *a)* se trata de una escala que tiene su fundamento teórico en un modelo de entrevista bien definido y consensuado, el modelo por tareas CICAA<sup>2</sup>, algo de lo que carecen muchos de los instrumentos de este tipo y, particularmente, el más completo de los desarrollados en nuestro país<sup>6,7</sup>; *b)* la escala presenta en sus distintos ítems categorías observables de contenido, actos del habla, conductas comunicativas no verbales, valoración afectiva y actividades conjuntas, por lo que se trata de una escala multidimensional<sup>10</sup>; *c)* en el estadio de desarrollo que aquí mos-



**FIGURA 1** Representación gráfica de la concordancia intraobservador del CICAA.

tramos, presenta una validez aparente, de consenso y de contenido amplia (lo que ya lo haría útil para su uso en docencia), así como una consistencia interna y una fiabilidad intraobservador muy buenas, lo que sin duda representa un buen punto de partida para su utilización en el ámbito de la investigación clínica y para evaluar, así, otros componentes de la fiabilidad y la validez en sucesivos trabajos de campo; lo importante es que estos índices psicométricos se han conseguido con una muestra de ámbitos sanitarios diferentes y con problemas de salud variados, lo que la hace en principio aplicable a un abanico muy extenso de poblaciones. Estas características la cumplen muy pocos instrumentos de este tipo<sup>4,5</sup>, y *d)* finalmente, la escala presenta un número de ítems manejable de una forma práctica, dispone de un modelo de entrevista bien definido que el lec-



**Lo conocido sobre el tema**

- La comunicación clínica es una competencia que puede ser valorada.
- Para valorarla es preciso disponer de instrumentos fiables y validados.

**Qué aporta este estudio**

- La escala CICAA es un instrumento válido y fiable para evaluar la relación entre un profesional sanitario y un paciente.

tor puede consultar<sup>2</sup> y, sobre todo, tiene un manual de uso(1) adaptado a los distintos escenarios en los que ha sido utilizada, lo que la hace fácilmente aplicable. Su estructuración como escala tipo Likert evaluativa (*rating*) en 3 grados, en lugar de simplemente dicotómica como la otra escala hasta ahora más utilizada y mejor validada para nuestro medio (cuestionario GATHA), aumentaría, entre otras cosas, su poder discriminativo y, por tanto, su capacidad de proporcionar información.

En conclusión, la escala CICAA presenta una validez y una fiabilidad muy buenas, lo que permite su utilización para valorar la relación clínica que se produce en las interacciones entre distintos profesionales sanitarios y pacientes. En estudios futuros se deberá valorar en muestras más amplias otros aspectos de su validez, especialmente la de contenido (análisis factorial), así como la sensibilidad al cambio, convergente y de constructo, y la fiabilidad (interobservador) en los diferentes ámbitos en los que se utilice.

### Agradecimientos

A todos los miembros del grupo Comunicación Salud que han participado en el proceso de validación de la escala CICAA.

### Bibliografía

1. Stewart M, Brown J, Galajda J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention Control*. 1999;3:25-30.
2. Ruiz Moral R. Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar. 1.ª ed. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
3. Makoul G, Schoefield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Educ Couns*. 1999;137:191-5.
4. Kraan H, Crijnen A, Van der Vleuten C, Imbos T. Evaluation Instruments for medical interviewing skills. En: Lipkin SM, Lazare, A, editors. *The medical interview. Clinical care, education, and research*. New York: Springer-Verlag; 1995. p. 460-72.
5. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*. 1998;35:161-76.
6. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. An instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The GATHA-RESIDENT Questionnaire. *Educ Prim Care*. 2001;12:401-11.
7. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Aten Primaria*. 2001;27:469-77.
8. Bland J, Altman D. Comparing two methods of clinical measurement: a personal history. *Int J Epidemiol*. 1995;24 Suppl 1:7-14.

(1) Disponible bajo petición a la dirección electrónica del autor.

Apéndice 1. Cuestionario CICAA							
Datos globales: PROYECTO: _____		CLAVE: _____		OBSERVADOR: _____			
Tiempo total de consulta (seg. y min.):	Hasta explorar (seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de consulta: Pral.: ..... 2)..... 3).....				
Profesional: M ( ) F ( )	Tipo: Med. ( ) Resi. ( ) Enfer. ( )						
Especialidad:	Docente: Sí ( ) No ( )		Proceso: Agudo ( ) Crónico ( )				
Paciente: M ( ) F ( )/R ( ) E ( )	Acompaña: Sí ( ) No ( )		Visita: Inicial ( ) Revisión ( )				
TAREA 1.ª CONECTAR				NP	0	1	2
1. ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?							
2. ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?							
3. ¿En qué medida el profesional se muestra cortés y amable durante la entrevista?							
4. ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?							
5. ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?							
6. ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?							
TAREA 2.ª IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS				NP	0	1	2
7. ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?							
8. ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?							
9. ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual facial adecuado?							
10. ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?							
11. ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?							
12. ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?							
13. ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?							
14. ¿En qué medida el profesional ha explorado cómo afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?							
15. ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?							
16. ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?							
17. ¿En qué medida el profesional ha explorado posibles acontecimientos vitales estresantes para el paciente?							
18. ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?							
19. ¿En qué medida el profesional ha explorado factores de riesgo no relacionados con la demanda o realizado actividades preventivas?							
20. ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?							
TAREAS 3.ª y 4.ª ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR				NP	0	1	2
21. ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?							
22. ¿En qué medida el profesional trata de explicar acerca de la evolución que puede seguir el proceso?							
23. ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?							
24. ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?							
25. ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?							
26. ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?							
27. Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión) y considerando las opciones del paciente?							
28. ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?							
29. ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?							
NP: No procede; (0): muy escasamente o escasamente; (1): aceptablemente; (2): casi totalmente o totalmente							
Ha revisado la cumplimentación de todos los ítems ..... <input type="checkbox"/>							
PUNTUACIÓN TOTAL/n.º ítems con NP ..... <input type="checkbox"/>							

9. 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.
10. Stiles W, Putnam S. Analysis of verbal and nonverbal behavior in doctor-patient encounters. En: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patients*. London: SAGE; 1989; p. 286.