

Evaluación de las competencias de comunicación asistencial mediante técnicas de Role-Playing virtual: Elaboración de una propuesta de rúbrica.

Darío Díaz*^a, María Isabel Porras^a, Miriam Bajo^a, Marta Velasco^a

^aFacultad de Medicina de Ciudad Real, Camino de Moledores S/N, Ciudad Real, España 13002

RESUMEN

Los estudiantes de medicina deben adquirir diversas competencias generales vinculadas con habilidades de comunicación asistencial. La enseñanza de estas competencias tiene una gran tradición en las ciencias médicas, aunque en no pocas ocasiones se ha realizado fuera del currículum formal oficial, vinculada a talleres o seminarios. Desarrollar estos aprendizajes en entornos virtuales es especialmente complejo, dados los límites que establecen a la interacción social. Con el objetivo de mejorar estos procesos de enseñanza-aprendizaje dentro del currículum oficial, así como la evaluación de estas competencias en contextos virtuales, se diseñaron tanto un encuentro clínico virtual mediante una metodología de Role Playing especialmente adaptada para Microsoft Teams, como una rúbrica de evaluación. Los resultados del estudio con una muestra piloto de 87 estudiantes de segundo de medicina nos indicaron que la tarea diseñada permitió alcanzar las competencias planificadas de comunicación asistencial, y que la rúbrica propuesta mostró una adecuada fiabilidad y validez factorial, así como un alto acuerdo inter-jueces durante el proceso de evaluación.

Keywords: Comunicación Asistencial, Entornos virtuales de aprendizaje, Role-Playing, Encuentro clínico, Rúbrica evaluación.

1. INTRODUCCIÓN

La Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico, señala que los estudiantes de medicina deben adquirir un total de 37 competencias generales, de las cuales cuatro están vinculadas con habilidades de comunicación: Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan a la persona enferma y comprender el contenido de esta información; Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros; Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con sus pacientes, sus familiares, los medios de comunicación y otros profesionales; Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a sus pacientes, a sus familiares, a los medios de comunicación y a otros profesionales de la salud. La enseñanza de estas competencias vinculadas a la comunicación asistencial tiene una gran tradición en las ciencias médicas, aunque en no pocas ocasiones se ha realizado fuera del currículum formal oficial, vinculada a talleres o seminarios, a pesar de que las diferentes regulaciones internacionales y normativas hayan recogido cada vez con mayor intensidad la necesidad de que los planes de estudio oficiales de los diferentes países incluyan la enseñanza y la evaluación de las habilidades de comunicación en la educación médica de grado.

Aunque en las últimas décadas se han producido avances significativos, lo cierto es que existe una gran disparidad de criterios y una heterogeneidad en la formación en habilidades de comunicación. Con el objetivo de intentar unificar criterios docentes se han redactado diferentes guías sobre los contenidos a enseñar. Algunas de las más conocidas son las de Toronto (1991), Ámsterdam (1999) o Calgary-Cambridge (2005). Por otro lado, también se han alcanzado algunos consensos internacionales sobre la formación en comunicación asistencial: Toronto y Kalamazoo (2001), Consenso Británico (2008), Consenso de Basilea (2012) o Consenso Europeo (2013). El último de estos intentos de coordinación ha consistido en la creación de un Panel Delphi de Expertos para la elaboración de un “Consenso Español sobre Core Currículum de Competencias Comunicacionales (CCCC) en Medicina” vinculado a la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina y dirigido por la Universidad Francisco de Vitoria (2014-2015)¹.

*dario.diaz@uclm.es; phone 926295300; <https://www.uclm.es/ciudad-real/medicina>.

Siguiendo todas estas recomendaciones y, con la finalidad de mejorar la adquisición de estas competencias vinculadas con la comunicación, nuestro primer objetivo es diseñar una actividad mediante una metodología del Role-Playing² que podría ser incluida bien en una asignatura específica dedicada a la comunicación asistencial, o alternativamente en diferentes asignaturas básicas y clínicas ligadas a encuentros clínicos relacionados con el contenido impartido en cada una de ellas, si bien en este último caso sería especialmente recomendable una buena coordinación horizontal y vertical entre las diferentes asignaturas. En función de la limitación de la docencia presencial provocada por la propagación del virus SARS-CoV-2, nuestro objetivo específico será diseñar una actividad virtual que permita mantener un nivel adecuado, aunque limitado, de interacción social virtual. Con el ánimo de que pudiera aplicarse fácilmente en diferentes centros, nuestro propósito es que dicha actividad pueda desarrollarse sobre cualquiera de las plataformas de docencia online más extendidas. De forma complementaria, nuestro segundo objetivo es estandarizar los procesos de evaluación de las competencias vinculadas a la comunicación mediante la creación de una rúbrica que permita su uso tanto en las asignaturas de formación básica, impartidas en los primeros años de docencia, como en las asignaturas clínicas que se localizan en cursos posteriores.

2. METODOLOGÍA

2.1. Participantes

En este estudio participaron voluntariamente 87 estudiantes de segundo curso del Grado en Medicina de la Facultad de Medicina de Ciudad Real, matriculados en la asignatura Comunicación Asistencial y Bioética. La muestra estuvo compuesta por 55 mujeres y 32 hombres.

2.2. Procedimiento

El estudio fue realizado durante el segundo semestre del curso académico 2019-2020, durante la suspensión de las clases presenciales universitarias decretada por el Gobierno de España y los Gobiernos de las Comunidades Autónomas. La actividad fue realizada de manera obligatoria por todos los participantes, al afectar a competencias básicas que debían ser alcanzadas en la asignatura. Cada estudiante tuvo que preparar y representar un “encuentro clínico virtual” que incorporara una selección de elementos relativos al tipo y contexto del encuentro clínico, motivo de consulta, datos relativos al contexto sociocultural, económico, sexo, edad, situación laboral y familiar etc., del/la paciente, así como a la interacción y comunicación entre médico/a y su paciente. Los objetivos de dicha actividad eran que los estudiantes desarrollaran y practicaran adecuadamente la comunicación verbal y no verbal en contextos asistenciales, prestando una especial atención a la comunicación de malas noticias. El tiempo máximo de representación fue de 10 minutos y la actividad se realizó en grupos de dos personas (una de ellas representó el papel de médico/a y la otra el de enfermo o enferma, seleccionado libremente entre ellas quien ocuparía cada rol). Para preparar la representación del Role-Playing, los estudiantes tuvieron que seleccionar un caso y elaborar previamente una memoria que incluyera el objetivo principal a alcanzar con él, el tipo de encuentro clínico en función del tipo de relación médico-paciente (i.e. paternalista, mutualista, consumista o ausente), el contexto del encuentro clínico, el diálogo completo del encuentro clínico, y una discusión general y conclusiones donde se analizara el encuentro clínico en profundidad, señalando los errores y aciertos, los problemas planteados y su solución, entre otros aspectos. La representación del encuentro clínico se realizó empleando la plataforma docente Microsoft Teams. Puede observarse un ejemplo de uno de los encuentros clínicos realizados en <https://youtu.be/d5b-E0EL4RQ>. La evaluación de la actividad la realizaron de forma síncrona mediante Microsoft Teams dos profesoras expertas en comunicación asistencial, empleando la rúbrica diseñada que se describe en el siguiente apartado.

2.3. Medidas

Rúbrica para la evaluación de competencias de comunicación. Siguiendo un procedimiento similar al empleado por Castro-Alonso y cols.³, en primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica inicial para localizar las principales rúbricas ya desarrolladas para la evaluación de las competencias vinculadas con la comunicación en el ámbito de las ciencias de la salud. Posteriormente se constituyó un grupo focal integrado por cinco expertos docentes en comunicación asistencial, que forman parte del profesorado básico y clínico, con el objetivo de debatir una propuesta inicial, elaborada a partir de la revisión bibliográfica, y de generar una rúbrica de consenso. Se planteó la necesidad de elaborar ítems para la medición de los siguientes dominios: adaptación a la audiencia, motivación del receptor, lenguaje no verbal, empatía y expresión correcta. La rúbrica diseñada incluyendo los descriptores de los niveles de dominio figura en la Tabla 1. Las

dos profesoras evaluaron a cada estudiante respondiendo a cada ítem mediante un formato de respuesta con puntuaciones comprendidas entre Bajo Dominio (1) y Alto Dominio (4). Dadas las altas correlaciones entre las puntuaciones de ambos jueces (todas $r > .71$) se calculó un único índice para cada dominio mediante la media aritmética de ambas puntuaciones.

Tabla 1. Rúbrica para la evaluación de competencias de comunicación asistencial.

Ítems	Descriptorios			
	Bajo Dominio (1)	(2)	(3)	Alto Dominio (4)
Adaptación a la audiencia (o paciente)	La comunicación no es adecuada para el tipo de paciente (características sociodemográficas, nivel cultural, conocimiento sobre el tema, etc.). No presta atención a las reacciones del paciente. No adapta el lenguaje a la capacidad de comprensión/conocimientos del paciente (tecnicismos).	Hay algunos aspectos de la comunicación que no son adecuados al tipo de paciente. Presta poca atención a las reacciones del paciente. No adapta el lenguaje a la capacidad de comprensión/conocimientos del paciente (tecnicismos).	Su comunicación es adecuada al tipo de paciente. Presta atención a las reacciones del paciente. Procura adaptar el lenguaje a la capacidad de comprensión/conocimientos del paciente (tecnicismos)	La presentación es adecuada al tipo de paciente. Presta atención a las reacciones del paciente. Utiliza estrategias creativas para adaptar el lenguaje al paciente vigilando constantemente que comprende el contenido.
Motivación del receptor (o paciente)	No genera interés en el paciente por la forma en la que presenta el mensaje. No aplica estrategias para hacer llegar su mensaje al paciente (captar la atención/incrementar el interés del paciente). No es capaz de detectar las motivaciones del paciente o no las evalúa.	Intenta generar interés en el paciente, pero no lo consigue adecuadamente. Emplea estrategias motivacionales que no son adecuadas. No evalúa adecuadamente la motivación del paciente. No consigue adaptarse a las motivaciones del paciente.	Consigue generar interés en el paciente por la forma en la que presenta el mensaje. Evalúa en varias ocasiones la motivación del paciente. Aplica estrategias motivacionales adecuadas y se adapta a las motivaciones principales del paciente.	Genera mucho interés en el paciente por la forma en la que presenta el mensaje. Evalúa constantemente la motivación del paciente. Es capaz de emplear estrategias motivacionales adaptadas a cada paciente.
Lenguaje no verbal	Su postura no está orientada al paciente y/o no lo mira durante la presentación. Muy poco uso de expresiones faciales o lenguaje corporal. El lenguaje no verbal contradice su discurso y distrae al paciente. Signos de nerviosismo evidentes.	Algunas veces su postura está orientada al paciente y, de vez en cuando, establece contacto visual. Existen expresiones faciales y presta atención al lenguaje corporal, pero no se utilizan estas expresiones de forma adecuada o parecen fingidas. Existen algunas contradicciones entre el lenguaje verbal y el no verbal. Abundantes signos de nerviosismo	Casi siempre su postura está orientada al paciente y establece contacto visual en varios momentos con el paciente en el encuentro clínico. Emplea expresiones faciales y lenguaje corporal generalmente de forma correcta, utilizando un lenguaje no verbal adecuado a su discurso. Presenta algún signo de nerviosismo.	Su postura está siempre orientada al paciente durante el proceso comunicativo y se proyecta seguro/a de sí mismo/a. Establece contacto visual con el paciente a lo largo en el encuentro clínico. Emplea expresiones faciales y un lenguaje corporal generalmente de forma correcta. Integra las habilidades no verbales para enfatizar partes de su discurso y conectar con el paciente. Sin signos de nerviosismo evidentes.

<p>Empatía</p>	<p>No saluda inicialmente al paciente y no se presenta adecuadamente. A lo largo del proceso de comunicación o durante el encuentro clínico no intenta comprender las emociones y pensamientos del paciente en ningún momento. En las ocasiones que se requiere, no se refleja contagio emocional o dicho contagio se produce sin ningún control. Su actitud no favorece la comunicación. No acepta las críticas del paciente. Se aferra a las discrepancias y difícilmente está dispuesto a ceder para llegar a puntos de acuerdo.</p>	<p>Saluda, pero no se presenta adecuadamente. A lo largo del proceso de comunicación o durante el encuentro clínico intenta, en algunas ocasiones, comprender las emociones y pensamientos de la audiencia/paciente, pero no emplea dicha información adecuadamente en interacciones posteriores. Se refleja un cierto contagio emocional pero no se controla adecuadamente. No muestra especial interés en empatizar para conseguir una buena comunicación. No se muestra muy receptivo a incorporar críticas y sugerencias del paciente. Le cuesta ceder para llegar al consenso.</p>	<p>Saluda y se presenta adecuadamente. A lo largo del proceso de comunicación o durante el encuentro clínico intenta, casi siempre, comprender las emociones y pensamientos del paciente, y emplea dicha información en interacciones posteriores, aunque no de forma precisa. Se refleja un cierto contagio emocional controlado. Mantiene una actitud respetuosa que favorece la comunicación. Manifiesta interés por las opiniones del paciente. Busca el consenso y se muestra dispuesto a ceder para conseguirlo.</p>	<p>Saluda al paciente y se presenta adecuadamente. A lo largo del proceso de comunicación o durante el encuentro clínico intenta siempre comprender las emociones y pensamientos del paciente, y emplea dicha información en interacciones posteriores de forma precisa. Se refleja contagio emocional controlado con el objetivo de acoger al paciente. Mantiene una actitud que estimula el diálogo constructivo y permite una comunicación abierta y sincera. Escucha las críticas, las acepta, las analiza y se muestra receptivo a incorporarlas. Toma la iniciativa a la hora de buscar el consenso y llegar a soluciones compartidas.</p>
<p>Expresión correcta</p>	<p>El volumen es muy débil para ser escuchado por el paciente. A menudo habla entre dientes o no se le puede entender. Su expresión no es fluida. Transmite un conocimiento poco profundo del tema y las ideas no son comprendidas adecuadamente por el paciente.</p>	<p>El volumen es lo suficientemente alto para ser escuchado por el paciente. Habla de forma clara la mayor parte del tiempo. Su expresión no es muy fluida y presenta algunas dificultades fonéticas y de dicción. Transmite un conocimiento aceptable del tema y consigue que se comprendan las ideas de forma superficial.</p>	<p>El volumen es lo suficientemente alto para ser escuchado por el paciente. Habla de forma clara todo el tiempo. Se expresa con fluidez y con corrección, tanto fonética como léxica y gramaticalmente. Transmite un buen conocimiento del tema y expone las ideas de forma clara y ordenada, consiguiendo que el paciente las comprenda.</p>	<p>El volumen es lo suficientemente alto para ser escuchado por el paciente. Habla de forma clara todo el tiempo. Se expresa con fluidez y con corrección, tanto fonética como léxica y gramaticalmente. Muestra un conocimiento profundo del tema, las ideas están bien fundamentadas y se exponen de forma clara y ordenada. Comprueba la comprensión haciendo preguntas sobre el contenido al paciente.</p>

3. RESULTADOS

En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de cada uno de los ítems empleados en este estudio. Como se puede observar en dicha tabla, los estudiantes mostraron, en general, unos altos niveles de competencia en los cinco dominios evaluados.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los ítems para evaluar los dominios.

	Media	Mínimo	Máximo	D. T.
Adaptación	3,64	2,50	4,00	0,38
Motivación	3,64	2,50	4,00	0,44
Lenguaje no verbal	3,33	2,00	4,00	0,57
Empatía	3,55	2,00	4,00	0,44
Expresión Correcta	3,78	3,00	4,00	0,31
Total	17,95	14,00	20,00	1,47

Como se puede comprobar en la Tabla 3, la rúbrica empleada mostró una buena consistencia interna alcanzando un valor Alfa de Cronbach de .70. Todos los ítems mostraron una correlación con el total de la escala corregido mayor de 0,35.

Tabla 3. Consistencia interna de la rúbrica.

	Correlación Ítem- Total Corregida	Alfa de Cronbach si se elimina elemento
Adaptación	0,47	0,65
Motivación	0,54	0,61
Lenguaje no verbal	0,48	0,67
Empatía	0,53	0,62
Expresión Correcta	0,35	0,69
Alfa de Cronbach Total		0,70

Para estudiar la validez factorial de la rúbrica, realizamos en primer lugar un Análisis Paralelo de Horn. En el primer paso del análisis se generaron 100 conjuntos de datos aleatorios de las mismas dimensiones que la muestra de este estudio. Es decir, se generaron 100 conjuntos de datos con el mismo número de observaciones ($n = 87$) y variables (5). Para asegurar además la consistencia y que las variables aleatorias se distribuyeran normalmente con los mismos parámetros que los datos reales, se fijó para cada variable aleatoria cuál era el valor máximo que podía adoptar (que coincidía, lógicamente con el valor máximo de la variable real), así como el punto medio de la escala que se había empleado para su medición. Para generar estos 100 conjuntos de datos se empleó una adaptación de la sintaxis de SPSS propuesta por Thompson y Daniel (1992) que fue ejecutada con el programa SPSS 27.0. En el segundo paso del análisis cada uno de los conjuntos de datos generados aleatoriamente se sometió a un análisis de componentes principales para extraer los autovalores. En el tercer paso se calculó la media de cada uno de los autovalores en los 100 conjuntos de datos generados. Sin embargo y dado que como algunos autores señalan emplear la media de los autovalores es análogo a establecer el error Tipo I (α) en $0,50^4$, lo que equivale a una cierta tendencia a la sobre-extracción, también se calculó el percentil 95, una estrategia más conservadora que resulta similar a establecer un $\alpha = 0,05^4$. Finalmente, en un último paso se realizó un análisis de los componentes principales de los datos reales de nuestro estudio para extraer los autovalores, y se compararon con los generados aleatoriamente. De acuerdo con lo que esperábamos, tal y como muestra la Tabla 4, únicamente el primer factor presentó un autovalor mayor en los datos reales que en los datos generados aleatoriamente, empleando cualquiera de los criterios de selección, bien la media o el percentil 95, por lo que fue retenido.

Tabla 4. Autovalores de los datos reales y de los conjuntos de datos aleatorios.

	Muestra actual	Grupos de datos generados aleatoriamente	
	Autovalores	Media de los autovalores	Percentil 95 de los autovalores
Componente 1	2,33	1,31	1,45
Componente 2	1,12	1,13	1,22
Componente 3	0,66	0,98	1,06
Componente 4	0,53	0,87	0,95
Componente 5	0,31	0,71	0,81

Siguiendo el criterio fijado por el Análisis Paralelo sobre el número de factores a extraer, se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (método de estimación: factorización de ejes principales). Se obtuvo un factor que explicó un 46,53% de la varianza, resultado que refuerza nuestra hipótesis de unidimensionalidad.

Tal y como se puede observar en la tabla 5, todos los ítems mostraron saturaciones factoriales mayores de 0,40, con la excepción del dominio Expresión Correcta que presentó una carga factorial de 0,35.

Tabla 5. Análisis factorial exploratorio de los ítems de medición de los dominios.

Ítems	Componentes ^a
	1
Adaptación	0,60
Motivación	0,73
Lenguaje no verbal	0,50
Empatía	0,69
Expresión Correcta	0,35

^aMétodo de extracción: Factorización de ejes principales.

4. DISCUSIÓN

En las últimas décadas se ha enfatizado, tanto desde el mundo académico⁵ como desde el ámbito profesional⁶, la necesidad de formar a los estudiantes de medicina en competencias vinculadas con la comunicación asistencial. A pesar del impacto y reconocimiento que han tenido estas aproximaciones, que entre otros factores han fomentado la inclusión de la formación en comunicación asistencial en los currículos oficiales de los estudios de medicina a nivel internacional, existen muy pocas actividades publicadas especialmente diseñadas para poder abordar los procesos de enseñanza-aprendizaje vinculados con estos contenidos. Por esta razón nuestro objetivo fue desarrollar en primer lugar una actividad que nos permitiera hacerlo. Dadas las limitaciones que ha producido el SARS-CoV-2 en la docencia presencial en las Facultades de Medicina, nuestro objetivo era que dicha actividad pudiera desarrollarse de forma virtual, empleando las plataformas de docencia a distancia más conocidas (ie.g. Microsoft Teams, Blackboard Collaborate...). El encuentro clínico guiado, realizado de forma virtual, permitió a los estudiantes alcanzar las competencias de comunicación asistencial planificadas.

Al igual que sucede con las actividades específicamente diseñadas para mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje en comunicación asistencial, también existen muy pocos instrumentos estandarizados para la medición del nivel de dominio alcanzado por los estudiantes en dichas competencias, y los que han sido desarrollados no cuentan con una evaluación precisa de sus propiedades estadísticas en términos de fiabilidad y validez. Una de las excepciones en este sentido lo constituye el *Observation Scheme-12*, un instrumento diseñado para medir habilidades de comunicación clínica basado en la guía de Calgary-Cambridge recientemente publicado en 2020⁷. Sin embargo, este último instrumento cuenta con una importante limitación conceptual, y es que no considera la necesidad de adaptar la comunicación a las características de cada paciente, sino que establece una serie de criterios de codificación generales. Por ejemplo, evalúa

con la máxima puntuación emplear menos de un tecnicismo médico a lo largo del encuentro clínico, independientemente del nivel de conocimiento biomédico del paciente o de la paciente de que se trate. Dado que debemos considerar a cada paciente como centro del encuentro clínico, resulta imprescindible emplear modelos teóricos de comunicación (como por ejemplo el Modelo de Probabilidad de Elaboración) que también ubiquen a cada paciente como centro de la comunicación asistencial. Por esta razón nuestro objetivo fue desarrollar una rúbrica que nos permitiera evaluar de forma sistemática los principales dominios de comunicación asistencial. Los análisis estadísticos realizados permitieron comprobar que la rúbrica poseía una buena fiabilidad inter-jueces, además de una adecuada consistencia interna y validez factorial. Dado que el objetivo era diseñar una rúbrica global, aunque incluyera ítems de carácter analítico de primer orden⁸, nuestra hipótesis es que del instrumento emergería un único factor, teniendo sentido, por tanto, el cálculo de una puntuación global en competencias de comunicación asistencial. Los análisis factoriales realizados confirmaron esa estructura unidimensional.

5. CONCLUSIONES

En el presente trabajo hemos desarrollado una actividad basada en una metodología de Role-Playing mediante un encuentro clínico virtual guiado con el objetivo de desarrollar los procesos de enseñanza-aprendizaje vinculados a la comunicación asistencial. Los resultados obtenidos en el estudio piloto parecen indicar que el alumnado ha alcanzado las competencias planificadas. Para poder evaluar dicha actividad, también hemos desarrollado una rúbrica para su evaluación, que ha mostrado una adecuada fiabilidad y validez factorial, así como una alta correlación inter-jueces.

REFERENCIAS

- [1] Díaz, D. and Latorre, J. M., [Psicología Médica], Elsevier, Barcelona (2010).
- [2] Comer, S. K., "Patient care simulations: role playing to enhance clinical understanding". *Nurs. Educ. Perspect.* 26(6), 357-361 (2005).
- [3] Castro-Alonso, P. L. and Romero-Alemán, M. M., "Elaboración de rúbricas para la evaluación de competencias prácticas en un laboratorio de Ciencias Médicas," *Proc. V Jornadas Iberoamericanas de Innovación Educativa en el Ámbito de las TIC y las TAC*, 269-274 (2018).
- [4] Glorfeld, L. W., "An improvement on Horn's parallel analysis methodology for selecting the correct number of factors to retain". *Educ. Psychol. Meas.* 55(3), 377-393 (1995).
- [5] Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M. and Lammes, F. B., "Doctor-patient communication: a review of the literature". *Soc. Sci. Med.* 40(7), 903-918 (1995).
- [6] Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. and Till, J., "Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement". *BMJ* 303(6814), 1385-1387 (1991).
- [7] Iversen, E. D., Wolderslund, M. O., Kofoed, P. E., Gulbrandsen P., Poulsen, H., Cold, S. and Ammentorp, J., "Codebook for rating clinical communication skills based on the Calgary-Cambridge Guide". *BMC Med. Educ.* 20(1), 140 (2020).
- [8] Andrade, H. G., "Teaching with rubrics: The good, the bad, and the ugly". *College teaching* 53(1), 27-31 (2005).

