



Anales de Psicología

ISSN: 0212-9728

servpubl@fcu.um.es

Universidad de Murcia

España

Leal - Costa, César; Tirado - González, Sonia; van - der Hofstadt Román, Carlos J.;
Rodríguez - Marín, Jesús
Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud,
EHC-PS
Anales de Psicología, vol. 32, núm. 1, enero, 2016, pp. 49-59
Universidad de Murcia
Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16743391006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS

César Leal-Costa¹, Sonia Tirado-González*², Carlos J. van-der Hofstadt Román² y Jesús Rodríguez-Marín²

¹ Universidad Católica de Murcia. Departamento de Enfermería. (España).

² Universidad Miguel Hernández de Elche. Departamento de Psicología de la Salud. (España).

Resumen: En este trabajo se presenta el proceso de creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. Este aspecto no se muestra en los procesos de elaboración de instrumentos a pesar de ser considerado una parte fundamental. Por esto, se muestra todo el proceso de creación de la escala, desde la definición operacional del constructo a medir, avalada por un grupo de expertos, como el proceso de creación de los ítems siguiendo las tablas de especificaciones de la escala y de los ítems. Además, se incluye la fase de evaluación cualitativa de los ítems creados por parte del grupo de expertos como los ensayos preliminares de la escala, aspectos fundamentales para la obtención de evidencias de validez de contenido y consenso en el futuro instrumento de medida. Los resultados obtenidos muestran que los expertos valoraron positivamente la definición realizada del constructo, así como los ítems creados a partir de dicha definición, que se modificaron y eliminaron según dichos resultados. **Palabras clave:** Comunicación; salud; habilidades de comunicación; profesionales de la salud; estudio instrumental.

Title: Creation of the communication skills scale in health professionals, CSS-HP.

Abstract: This work presents the process of creating the scale on communication skills scale in health professionals, CSS-HP. This aspect is not shown in the process of developing tools despite being considered a fundamental part. For this, it shows the entire process of creating the scale, from the operational definition of the construct to measure, backed by a group of experts, as the process of creating the items following the specification tables of the scale and items. It also includes qualitative evaluation phase of the items created by the group of experts and preliminary trials of the scale, fundamental aspects for obtaining content and consensus validity evidence on the future tool. The results show that experts appreciated positively the construct definition made and items created from that definition, which were modified and eliminated according to these results.

Keywords: Health; communication; communications skills; healthcare professionals; instrumental study.

Introducción

Justificación del estudio

Una de las principales aportaciones de la psicología social al ámbito de la salud ha sido la de analizar el proceso comunicativo que se establece entre el profesional sanitario y el paciente, con la finalidad de optimizar este proceso y contribuir, de este modo, a un servicio sanitario de mayor calidad y eficacia (Bayés y Marín, 1992). El poder y el control en la relación, hasta ahora mayoritariamente en manos de los profesionales, tienden en la actualidad a ser compartidos con el paciente, promoviendo así la participación del paciente en el proceso de salud-enfermedad (Mead y Bower, 2000). Los pacientes están adquiriendo progresivamente un papel más activo, siendo más conscientes de sus derechos y responsabilidades, que son amparados por la ley, como la Ley de Autonomía del Paciente (2002), promovidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Doctor patient interaction and communication, 1993) y proveedores de salud como el National Health Service británico (General Medical Council, 2001).

La comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes es considerada como una herramienta sanitaria de primer orden, ya que afecta directamente a la eficiencia de las intervenciones de los profesionales sanitarios. Aspectos relacionales como el entendimiento mutuo, centrarse en las necesidades del paciente, compartir la responsabilidad y establecer una relación clínica caracterizada por la confianza, el

respeto y la empatía, se han visto relacionados en diversos estudios observacionales y experimentales con resultados como: mayor satisfacción tanto del profesional sanitario (Roter, Hall, y Katz, 1987) como del paciente (Brédart, Bouleuc, y Dolbeault, 2005; Mead y Bower, 2000; Mira y Aranaz, 2000; Smith et al., 1995; Williams, Weinman, y Dale, 1998); contención de costes (Stewart et al., 2000); adherencia al tratamiento (Beach et al., 2005; Loh, Leonhart, Wills, Simon, y Harter, 2007; Mead y Bower, 2000); prevención del desgaste profesional (Cebriá, Palma, Segura, Gracia, y Pérez, 2006); prevención de problemas médico-legales (Moore, Adler, y Robertson, 2000); mejora de los indicadores de calidad asistencial (Franks et al., 2006) y mejora de resultados en salud (Mead y Bower, 2000; Stewart et al., 2000; Trummer, Mueller, Nowak, Stidl, y Pelikan, 2006).

Una de las principales características de la relación clínica que se produce entre los diferentes profesionales de la salud y los pacientes es que sus efectos pueden ser medidos. Pero también se puede medir cómo se lleva a cabo en la práctica evaluando el proceso de la relación, de hecho, la medición de la calidad de la relación es necesaria para progresar en su aprendizaje y en la investigación. Para ello, precisamos de instrumentos que estén bien contruidos, y que demuestren de forma empírica y experimental su validez y fiabilidad, a la vez que sea factible su uso en la práctica.

Las diversas revisiones de instrumentos de medición de la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes ponen de manifiesto que existen multitud de cuestionarios y escalas disponibles en España (Gavilán, Ruiz, Pérez, Parras, y Pérula, 2004; Gavilán, Ruiz, Pérula, y Parras, 2010; Mingote, Moreno, Rodríguez, Gálvez, y Ruiz, 2008; Prados et al., 2003; Ruiz, Prados, Alba, Bellón, y Pérula, 2001) y fuera de ella (Boon y Stewart, 1998; Kraan et al., 1995; Mead y Bower, 2000, 2002; Schirmer et al., 2005), pero

* Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Sonia Tirado González. Universidad Miguel Hernández de Elche. Dpto. Psicología de la Salud – Edificio Altamira. Avda. de la Universidad s/n. 03202 Elche, Alicante (España). E-mail: sonia.tirado@goumh.umh.es

pocos de ellos se están utilizando realmente en la práctica. Además, los instrumentos existentes difieren mucho entre ellos en cuanto a los modelos en los que se basan, sus objetivos, sus formas de medición, los estimadores que utilizan para calcular sus propiedades psicométricas (sobre todo en la fiabilidad) y sus contenidos, haciendo prácticamente inviable realizar comparaciones entre ellos. Pocos de los cuestionarios aportan datos de validez, siendo la de constructo, correlacionando la comunicación con la satisfacción del paciente, la más valorada. Sobre la convergencia entre instrumentos distintos, en escasas ocasiones se ha analizado, siendo en la mayoría de ellas muy baja, lo que indicaría que muchos de estos cuestionarios en realidad están midiendo constructos diferentes. Casi todos han demostrado ser fiables, aunque pocos de ellos han realizado un análisis test-retest. Además, casi ningún estudio da importancia a la creación del instrumento, siendo un proceso indispensable para que la futura herramienta tenga unas adecuadas propiedades psicométricas. Con el objetivo de superar estas limitaciones, consideramos necesario crear una escala que mida las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud con sus pacientes desde el principio, es decir, desde la definición del constructo involucrado y las relaciones esperadas con otros constructos externos que permitan establecer hipótesis de trabajo, hasta la creación y aplicación de los ítems a diversas muestras de profesionales de la salud en diferentes contextos para obtener evidencias de sus propiedades psicométricas.

Así, en este trabajo se realiza una definición explícita del constructo y de las fases que se siguieron hasta la definición operacional correspondiente. Estos pasos son de suma importancia ya que posibilitan un acercamiento ordenado desde la definición conceptual hasta la elección de las conductas (ítems) que la ponen de manifiesto (Carretero-Dios y Pérez, 2005; 2007). Todo este proceder ha culminado con la propuesta del instrumento de medida siguiendo unas tablas de especificaciones de la escala (definición del constructo) y de los ítems que tratan de representarla, que permitirán no sólo una valoración fundamentada de lo que el instrumento quiere realmente medir, sino de la calidad y la representatividad de los ítems que finalmente la conforman.

Generalmente esto no se muestra en los trabajos sobre elaboración de instrumentos de medida (Smith, Fisher y Fisher, 2003), a pesar de ser considerado como fundamental en los estándares (AERA et al., 1999) y de que existen numerosos trabajos donde se justifica sobradamente su importancia (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Osterlind, 1989; Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee y Rauch, 2003; Santos-Roig y Pérez-Meléndez, 2013).

El objetivo general del presente trabajo es mostrar las fases de la construcción de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud. EHC-PS. Como objetivos específicos nos planteamos: a) realizar una definición conceptual del constructo a evaluar; b) elaborar las tablas de especificaciones de la escala y de los ítems; c) desarrollar los ítems a través de la definición del constructo y de las tablas de especificaciones de la escala y de los ítems y d)

realizar un análisis cualitativo tanto de la definición del constructo como de los ítems elaborados.

Para la consecución de estos objetivos, vamos a estructurar este trabajo en dos fases diferenciadas. Por un lado, en la Fase I se realizará la delimitación conceptual del constructo a evaluar, de las relaciones entre sus componentes y otros constructos externos, así como el juicio de los expertos sobre la definición planteada, y, por otro, en la Fase II, se realizará la construcción y el análisis cualitativo de los ítems.

Fase I: Definición del constructo a evaluar y relaciones entre sus componentes y otros constructos externos. Juicio de expertos

Delimitación conceptual del constructo a evaluar. Propuesta de la definición del constructo

En el proceso de construcción de un instrumento que acabe presentando las adecuadas garantías psicométricas es condición *sine qua non* partir de una definición completa y exhaustiva del constructo evaluado (Nunnally y Bernstein, 1995). Así pues, se debe proporcionar una delimitación concreta de los componentes o dimensiones que definen el constructo objeto de evaluación y que, a su vez, concretan operacionalmente a lo que se refiere cada uno de estos componentes (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Lord y Novick, 1968).

De este modo, se analizaron los componentes de las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud desde un punto de vista teórico, realizando un repaso teórico-conceptual sobre el estudio de cada uno de los aspectos que conforman este constructo para poder enmarcar la definición. Cabe destacar que se analizaron aquellos componentes de las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud que fueron relevantes desde un punto de vista teórico (Leal, 2012), preguntando a los expertos en la consulta posterior sobre la definición realizada si consideraban que existían otros componentes relevantes que se debieran incorporar a dicha definición (Tabla 1).

Interrelaciones entre los componentes de las habilidades de comunicación y las relaciones con otros constructos externos

Hasta el momento se ha presentado la delimitación de los componentes del constructo habilidades de comunicación en los profesionales de la salud. Sin embargo, tan importante va a ser definir conceptualmente los componentes, como establecer las relaciones que se esperan, es decir, interrelaciones entre los componentes de las habilidades de comunicación y las relaciones con otros constructos externos, relaciones que servirán de futuras hipótesis para la obtención de evidencias externas de validez (Carretero-Dios y Pérez, 2005, 2007).

Con respecto a las interrelaciones entre los componentes de las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud, se hicieron una serie de predicciones atendiendo a la lógica, así como a las definiciones que se dieron de los componentes del constructo. Posteriormente, se tuvo en cuenta lo encontrado en la bibliografía y, a partir de ahí, se intentó realizar un compendio de todo ello para establecer una pre-

dicción definitiva, que más adelante, como se ha comentado anteriormente, será establecida como hipótesis de trabajo (Leal, 2012). Así, a modo de resumen, y teniendo en cuenta la definición de las dimensiones, se espera que todas las dimensiones incluidas en la definición semántica del constructo tengan una relación positiva entre ellas.

Tabla 1. Definición del constructo “Habilidades de Comunicación en los Profesionales de la Salud”.

CONSTRUCTO PRINCIPAL

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN PROFESIONALES DE LA SALUD:

“El conjunto de técnicas y conductas verbales y no verbales (comunicación informativa, escucha activa, empatía, respeto, autenticidad, asertividad ...) que conforman la competencia relacional de los profesionales de la salud a través de las cuales, éstos expresan, en un contexto interpersonal (centrado en el paciente) y en una situación específica, sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones, deseos y derechos, proporcionando una serie de consecuencias en la relación que afectan al propio paciente (mejoría o curación del proceso clínico, satisfacción con la atención, cambios conductuales y emocionales), a los profesionales (satisfacción o bienestar en su trabajo), a la relación entre ambos (reforzamiento, confianza, apoyo, denuncias o reclamaciones) e incluso al sistema sanitario (utilización de recursos, efectividad y calidad en la asistencia)”.

SUBCONSTRUCTOS O COMPONENTES

COMUNICACIÓN INFORMATIVA: capacidad de los profesionales de la salud de proporcionar información asegurándonos que los pacientes la han comprendido y de obtener información integral sobre los pacientes. (12 ítems).

ESCUCHA ACTIVA: “la disposición física y mental de querer escuchar con atención la totalidad del mensaje que se emite, tratando de interpretar el significado correcto del mismo, a través del comunicado verbal y no verbal que realiza el paciente, e indicándole a través de la retroalimentación lo que creemos que estamos comprendiendo”. (7 ítems).

EMPATÍA: la disposición interior del profesional, que le permite tener la capacidad de sumergirse y observar las cosas que vive el paciente desde su marco de referencia interno, esto es, desde su mundo subjetivo, captando detrás de las palabras, sentimientos, ideas, etc., el significado que las cosas tienen para el paciente y cómo éste las experimenta. La **actitud empática** es la disposición de la persona (en relación con la voluntad y los valores) para captar el marco de referencia interior del otro, los sentimientos y significados. La dimensión conductual de la actitud empática es la *escucha activa* (descrita ya como componente) y la *respuesta empática*. La respuesta empática es la habilidad de comunicar verbal y no verbalmente lo comprendido mediante diferentes modos de responder. (7 ítems).

RESPECTO: recibir, aceptar y comprender lo que el paciente transmite en la relación, con ausencia de juicio moralizante, esto es, acoger al paciente tal y como es. (4 ítems)

AUTENTICIDAD O CONGRUENCIA: actitud que lleva al profesional a ser él mismo en la relación tal como es. Consiste en la coherencia exacta entre lo que el profesional vive internamente, piensa y el modo en que lo comunica en su lenguaje verbal y no verbal. (3 ítems)

ASERTIVIDAD O CONDUCTA SOCIALMENTE HABILIDOSA: conjunto de conductas emitidas por el profesional en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas a los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (13 ítems)

Hasta el momento, se han expuesto las relaciones entre las dimensiones que componen el constructo habilidades de comunicación en los profesionales de la salud, sin embargo, es necesario hablar de las relaciones existentes con otras variables externas a este constructo. Así, será posible obtener algunas evidencias externas de validez, ya que establecer las relaciones del constructo fuera del mismo es un aspecto fundamental en el desarrollo de una escala (Carretero-Dios y Pérez, 2005).

De esta forma, se analizó de forma teórica la relación de las dimensiones del constructo con otras variables externas como el burnout, la satisfacción del paciente y el cumplimiento terapéutico, que, como en el caso de las interrelaciones entre las dimensiones del constructo, sirvieron como hipótesis de trabajo para la obtención de las evidencias externas de validez. Así, se espera que haya una relación positiva entre las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud y sus dimensiones propuestas con el cumplimiento terapéutico, la satisfacción de los pacientes y la dimensión realización profesional en el trabajo del constructo burnout,

y negativa con las dimensiones agotamiento emocional y despersonalización del constructo burnout (Leal, 2012).

Juicio de los expertos sobre la definición del constructo

Junto a la presentación pormenorizada de la definición del constructo debe corroborarse si dicha definición ha sido sometida a una revisión por parte de expertos antes de la creación de ítems propiamente dicha (Carretero-Dios y Pérez, 2007). Aunque es común no hacer uso de esta valoración a través de expertos, ésta ha sido planteada como un elemento esencial para proporcionar evidencias teóricas de validez de contenido (Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee, y Rauch, 2003) y posibilita, que desde el inicio o primeras fases de construcción de una prueba, se facilite la representatividad de los ítems que se construyan para el constructo de interés.

Participantes

En esta fase sólo intervinieron expertos. Una vez realizada una propuesta de la definición semántica según modelos teóricos, se realizó una consulta a una serie de expertos siguiendo una metodología tipo Delphi (Murphy et al., 1998).

Al tratarse de una valoración cualitativa, donde no se persigue conseguir una adecuada representatividad sino obtener la opinión y el consenso de un número de expertos, se utilizó un muestreo de tipo teórico, dado que permite seleccionar a los participantes en función de su relación con el fenómeno de estudio y siguiendo criterios de pertinencia (Carmona, 2002). El número de participantes necesario está condicionado a alcanzar el principio de saturación (donde la inclusión de nuevas personas no aporta nueva información), debiendo ser en cualquier caso superior a tres (Carretero-Dios y Pérez, 2005). Por la experiencia que aportan otros estudios, se estima que esto se podría conseguir con una muestra de entre 15 y 20 expertos, lo cual concuerda con las recomendaciones de otros autores (De Villiers, De Villiers y Kent, 2005). En nuestro caso, se obtuvo una muestra de 29 expertos.

Instrumentos

Se realizó un formulario electrónico con Adobe Acrobat 9 Pro Extended en formato pdf con la propuesta de la definición semántica del constructo “Habilidades de Comunicación en los Profesionales de la Salud”, donde los expertos tenían que valorar la *adecuación* de la definición del constructo principal, así como de los subconstructos, mediante una escala de valoración de 1 a 10, siendo 1 = nada adecuado y 10 = totalmente adecuado. Por otro lado, también valoraron la *relevancia* que tenía para los expertos las dimensiones propuestas del constructo utilizando una escala de valoración de 1 a 10, siendo 1 = nada relevante y 10 = totalmente relevante. Además, después de cada definición, se dejó un campo para que los expertos pusieran cualquier comentario que consideraran oportuno. En el apartado final del formulario, se dejaron campos para que los expertos pusieran si había otras dimensiones de las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud que creían importantes, indicando la relevancia que tenían dichas dimensiones para ellos.

Procedimiento

Se realizó una búsqueda de correos electrónicos de los componentes de grupos de investigación en comunicación en salud (Grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria -SEMFYC-, Asociación Española de Comunicación Sanitaria -AECS-, Grupo de Comunicación en Salud del CECOVA, Centro de Humanización en Salud), así como docentes e investigadores de universidades españolas relacionados con la comunicación en salud.

Se envió el formulario electrónico con la propuesta de la

definición del constructo y la información de cómo cumplimentarlo, donde se les pidió su colaboración voluntaria en el proyecto de investigación. En el correo se les explicó el objetivo de la investigación y las instrucciones para que devolviesen el formulario correctamente, incidiendo en la necesidad de que se aseguraran que el correo se había enviado correctamente.

Análisis de datos

Para cada definición, se calculó la media aritmética de la variable *adecuación*, como medida del nivel que el grupo de expertos concede a cada definición, de manera que a mayor puntuación, mayor adecuación. Además, se obtuvieron los límites de la distribución y su varianza, como medida del grado de consenso, dado que una varianza alta indicaría mayor discrepancia sobre la adecuación de las definiciones y, por tanto, menor acuerdo, y viceversa. La varianza máxima se obtuvo de la fórmula $S_{\max}^2 = \frac{cat_{inferior}^2 + cat_{superior}^2}{2} - \bar{X}_j^2$,

siendo para 10 categorías de respuesta de 20.25.

De igual forma se procedió con la variable *relevancia* que el grupo de expertos concedió a cada dimensión o componente propuesto en la definición.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 18.0.

Resultados

Se consiguieron 29 formularios electrónicos contestados adecuadamente ($n=29$). La Tabla 2 recogen los resultados descriptivos (puntuaciones mínimas y máximas, media y varianza) de la valoración de los expertos sobre la adecuación y la relevancia de la definición semántica del constructo principal y de los subconstructos o dimensiones.

Los comentarios que podían realizar los expertos al final de cada definición se utilizaron para modificar algunos aspectos de la propuesta de definición que se había realizado, ayudando a desarrollar la definición semántica definitiva del constructo principal, así como de las dimensiones o subconstructos propuestos.

En cuanto a si los expertos consideraron que había otras dimensiones de las habilidades de comunicación en los profesionales de la salud que el grupo de expertos consideran importantes, no hay ninguna otra dimensión repetida excesivamente, repitiendo cordialidad tres expertos (11%) y personalizar, confrontación, calidez y negociación, dos expertos (7%).

Discusión y conclusiones

El análisis de datos de las puntuaciones del grupo de expertos mostró puntuaciones medias por encima de 8 en la *adecuación* de la definición semántica del constructo como en la de los subconstructos. Esto indica un alto nivel, tanto en la adecuación de la definición propuesta del constructo, co-

mo en la de los subconstructos planteados. Aunque hay discrepancias en las puntuaciones proporcionadas, la varianza es baja en general, aunque es un poco más elevada en la definición del constructo principal. Con respecto a las puntuaciones dadas en la relevancia de las dimensiones o subcon-

structos propuestos, las puntuaciones medias son superiores a 9, excepto en el subconstructo autenticidad, que tiene una puntuación media de 8.55. Esto indica una elevada puntuación en la relevancia de las dimensiones o subconstructos propuestos (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados descriptivos (puntuaciones mínimas y máximas, media y varianza) de las puntuaciones obtenidas en la adecuación de la definición semántica del constructo y subconstructos y en la relevancia de los subconstructos resultante de la ronda de trabajo del grupo Delphi de expertos en Comunicación en Salud.

| Constructo y subconstructos | Adecuación | | | Relevancia | | |
|---|------------|-------|----------|------------|-------|----------|
| | Límites | Media | Varianza | Límites | Media | Varianza |
| Constructo Habilidades de Comunicación en los Profesionales de la salud | 4-10 | 8.31 | 3.01 | - | - | - |
| Subconstructo Empatía (Actitud empática) | 4-10 | 9.00 | 1.93 | 8-10 | 9.66 | 0.38 |
| Subconstructo Escucha Activa | 5-10 | 8.62 | 1.74 | 8-10 | 9.45 | 0.68 |
| Subconstructo Comunicación Informativa | 5-10 | 8.62 | 1.81 | 6-10 | 9.14 | 1.48 |
| Subconstructo Respeto | 7-10 | 9.03 | 1.11 | 6-10 | 9.31 | 1.36 |
| Subconstructo Autenticidad | 5-10 | 8.66 | 1.45 | 5-10 | 8.55 | 2.33 |
| Subconstructo Asertividad o Conducta Socialmente Habilidosa | 7-10 | 9.28 | 0.92 | 7-10 | 9.45 | 0.83 |

N=29

Por otro lado, en cuanto a las otras dimensiones de las Habilidades de Comunicación en los Profesionales de la Salud que el grupo de expertos consideran importantes, no hay ninguna otra dimensión repetida excesivamente, por lo que no fue necesario añadir ningún subconstructo más a la definición.

Los comentarios realizados por los expertos en los campos reservados para ello se utilizaron para depurar las definiciones y llegar a la definición del constructo definitiva (Tabla 1).

Como hemos observado, los expertos consideran adecuada la definición elaborada del constructo a medir, así como relevantes las dimensiones o subconstructos planteados en la definición, por lo que la definición planteada proporciona evidencias teóricas de validez de contenido (Rubio, Berg-Weger, Tebb, Lee, y Rauch, 2003) y posibilita que desde el inicio de construcción de la escala se facilite la representatividad de los ítems que se construyan.

Fase II: Construcción y evaluación cualitativa de los ítems

Construcción de los ítems de la escala

En este punto se van a desarrollar los ítems a través de las tablas de especificaciones de la escala y de los ítems para, así, obtener la versión piloto de la escala.

Una vez que se obtuvo la definición definitiva del constructo, se concretó la *tabla de especificaciones de la escala* (Spaan, 2006), donde se encontraba qué constructo iba a ser evaluado, cuáles eran sus componentes y cómo deberían verse representados éstos en el instrumento final (Carretero-Dios y Pérez, 2007) (Tabla 1).

Al igual que se realizó una tabla de especificaciones de la escala donde se muestran los componentes a evaluar y la importancia dada a cada uno de los aspectos incluidos en la definición semántica, al iniciar la construcción de los ítems es necesaria la especificación de las características que éstos han de tener. Así, es fundamental un paso previo donde se especifique qué objetivo tiene la escala, qué tipo de ítems se van a plantear, qué formato van a tener, qué forma de puntuación, qué tipo de instrucciones podrían desarrollarse, etc. (Osterlind, 1989; Spaan, 2006). Todo esto quedó recogido en la *Tabla de especificaciones de los ítems* (Tabla 3).

Tabla 3. Tabla de especificaciones de los ítems.

CONSTRUCTO A EVALUAR: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Instrumento:

Escala sobre Habilidades de Comunicación en profesionales de la salud, EHC-PS

Objetivo general de medición:

Evaluar las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud y sus componentes: empatía, escucha activa, comunicación informativa, respeto, autenticidad y asertividad o conducta socialmente habilidosa.

Aplicación:

Investigación, evaluación formativa.

Instrucciones:

“Por favor, lea con atención cada pregunta o enunciado y señale la respuesta que más se adecue a su situación. Asegúrese de responder a todas las preguntas o enunciados. Responda lo más sinceramente posible para que nos permita utilizar los resultados para mejorar la calidad de los servicios que prestamos. El cuestionario es anónimo.

Le agradecemos de antemano su colaboración.

Responda a cada pregunta teniendo en cuenta las funciones y tipo de información que su colectivo profesional comparte con los pacientes”.

ÁREAS DE CONTENIDO A EVALUAR

Componente Comunicación informativa

Objetivo:

1. Evaluar la capacidad que los profesionales de la salud tienen para obtener y proporcionar información en la relación que establecen con los pacientes.

Tareas:

1. El evaluado deberá responder a los enunciados que se le proponen señalando la respuesta que más se adecue a su situación.

Atributos del ítem:

- **Formato:** Preguntas o enunciados directos.
- **Contenido:** Preguntas o enunciados sobre cómo los profesionales de la salud obtienen y proporcionan información a los pacientes. Se construyen ítems redactados en positivo y en negativo para evitar el fenómeno de la aquiescencia (Barnette, 2000; Morales-Vallejo, 2006).

Atributo de las respuestas:

- **Formato de la escala de respuesta:** Escala tipo Likert con seis grados de respuesta. (Casi nunca - De vez en cuando - A veces - Normalmente - Muy a menudo - Muchísimas veces) que cuantifica el acuerdo o la frecuencia del enunciado o pregunta. Se decide un número par de respuestas para evitar la respuesta de tendencia central y posicionar a los sujetos (Morales-Vallejo, 2006).

Proporción de ítems dentro de la escala:

- 10 ítems proporcionar información y 2 ítems obtener información.
-

Componente respeto y autenticidad

Objetivo:

1. Evaluar el respeto y la autenticidad o congruencia que muestran los profesionales de la salud en la relación clínica que establecen con los pacientes.

Tareas:

1. Igual que en el componente anterior.

Atributos del ítem:

- **Formato:** Preguntas o enunciados directos.
- **Contenido:** Preguntas o enunciados sobre cómo los profesionales de la salud muestran respeto y autenticidad o congruencia en la relación con los pacientes.

Atributo de las respuestas:

- **Formato de la escala de respuesta:** Igual que en el componente anterior.

Proporción de ítems dentro de la escala:

- 4 ítems para autenticidad y 3 ítems para respeto.
-

Componente Empatía (actitud empática)

Objetivo:

1. Evaluar la capacidad de los profesionales de la salud de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación, así como la dimensión conductual de ésta, la actitud empática, compuesta por la escucha activa y la respuesta empática (la escucha activa se describe ya como dimensión, por lo que aquí, sólo se desarrollan ítems de la respuesta empática).

Tareas:

2. Igual que en el componente anterior.

Atributos del ítem:

- **Formato:** Preguntas o enunciados directos.
- **Contenido:** Preguntas o enunciados sobre cómo los profesionales de la salud comprenden los sentimientos de los pacientes y lo hacen evidente en la relación, así como de tipos de respuestas empáticas. Se construyen ítems en positivo y en negativo.

Atributo de las respuestas:

- **Formato de la escala de respuesta:** Igual que en el componente anterior.

Proporción de ítems dentro de la escala:

4 ítems para comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación y 3 ítems para respuestas empáticas.

Componente Escucha activa

Objetivo:

1. Evaluar la manera que los profesionales de la salud tienen de escuchar a los pacientes, teniendo en cuenta las diversas áreas que pueden afectar en la escucha: área física o fisiológica, área emocional, y área cognitiva y mental

Tareas:

1. Igual que en el componente anterior.

Atributos del ítem:

- **Formato:** Preguntas o enunciados directos.
- **Contenido:** Preguntas o enunciados sobre cómo los profesionales de la salud escuchan a los pacientes, teniendo en cuenta las diversas áreas que pueden afectar en la escucha: área física o fisiológica, área emocional, y área cognitiva y mental. Se construyen ítems en positivo y en negativo para evitar el fenómeno de la aquiescencia (Barnette, 2000; Morales, 2006).

Atributo de las respuestas:

- **Formato de la escala de respuesta:** Igual que en el componente anterior.

Proporción de ítems dentro de la escala:

- 7 ítems.

Componente Asertividad o Conducta Socialmente Habilidosa

Objetivo:

1. Evaluar la manera que los profesionales de la salud tienen de ser asertivos o tener conductas socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes.

Tareas:

2. Igual que en el componente anterior.

Atributos del ítem:

- **Formato:** Preguntas o enunciados directos.
- **Contenido:** Preguntas o enunciados sobre cómo los profesionales de la salud son asertivos o tienen conductas socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes. Se construyen ítems en positivo y en negativo.

Atributo de las respuestas:

- **Formato de la escala de respuesta:** Igual que en el componente anterior.

Proporción de ítems dentro de la escala:

- 13 ítems de componentes como hacer peticiones, rechazar peticiones, expresar opiniones personales, incluido el desacuerdo ...
-

Tras establecer la tabla de especificaciones de los ítems, se desarrollaron todos los demás ítems que compusieron la versión piloto de la escala, formada por 46 ítems.

Análisis cualitativo de los ítems: El juicio de los expertos sobre los ítems

Como se viene diciendo, el proceso de construcción de ítems inicialmente parte de la definición semántica, para ser después guiado a través de las *tablas de especificaciones* que se ha presentado en el punto anterior. Sin embargo, el proceso no termina al desarrollar los elementos que van a componer la prueba, ya que la versión piloto debe someterse a distintos juicios antes de ser probada en el ensayo o en el estudio piloto. De este modo, los elementos que se han construido pueden sufrir modificaciones tras esa valoración por parte de los expertos, o tras los primeros ensayos (Carretero-Dios y Pérez, 2007).

El *juicio de expertos* es un procedimiento fundamental en la creación de una prueba, que se enmarcaría dentro de la validez de contenido. Ésta se define como aquella referida al grado en que el constructo está adecuadamente definido y representado a partir de los ítems del instrumento de medida (Haynes, Richard, y Kubany, 1995), o lo que es lo mismo, el grado en que los ítems son pertinentes para el constructo en sí, tal y como éste ha sido definido.

Tanto el juicio que se hizo de la definición del constructo, como el que va a comentarse a continuación sobre los ítems, forman parte de lo que se denomina *validez de contenido* (Carretero-Dios y Pérez, 2007). Además de la validez de contenido, se obtiene evidencias de validez de consenso, que se consigue al obtener el feedback de los expertos y conseguir un acuerdo sobre los contenidos del instrumento. Este acuerdo se realiza a partir de la cuantificación en una escala ordinal, valorando la pertinencia y adecuación de cada uno de los ítems (Haynes et al., 1995).

Participantes

De igual modo que en la fase anterior, en esta sólo intervinieron expertos. Los expertos fueron los mismos que participaron en la fase anterior, en la evaluación de la definición del constructo.

Se obtuvo una muestra final de 27 expertos.

Instrumentos

Se realizó un formulario electrónico con Adobe Acrobat 9 Pro Extended en formato de documento portátil (pdf) dividido en dos partes. En la primera, se presentaron los ítems organizados ya por dimensiones o subconstructos, donde los expertos tenían que valorar la *adecuación* de los ítems a la dimensión a la que pertenecían mediante una escala de medida de 1 a 10, siendo 1 = nada adecuado y 10 = totalmente adecuado. Además, después de cada ítem, había un campo abierto para que los expertos expresaran cualquier comentario que consideraran oportuno sobre el mismo. En la segunda, se expusieron los ítems desordenados, preguntando a los expertos por la *pertenencia* de cada ítem a la dimensión que ellos consideraran de entre las que se compone la escala (empatía, escucha activa, comunicación informativa, respeto y autenticidad y asertividad o conducta socialmente habilidosa), pudiendo elegir una sola opción. En la primera hoja del formulario se proporciona a los expertos la información oportuna para la correcta cumplimentación del formulario.

Procedimiento

Se envió el formulario electrónico por correo electrónico a los expertos, donde se les pidió de nuevo su colaboración de forma voluntaria. En el correo se explicó el objetivo de la investigación y las instrucciones para que devolviesen el formulario correctamente, incidiendo en la necesidad de que se aseguraran que el correo se había enviado correctamente.

Análisis de datos

Para cada ítem, se calculó la media aritmética de la variable *adecuación*, como medida del nivel de adecuación que el grupo de expertos concede a cada ítem, de manera que, a mayor puntuación mayor adecuación. Además, se obtuvieron los límites de la distribución y su varianza como medida del grado de consenso, dado que una varianza alta indicaría mayor discrepancia sobre la adecuación de los ítems y, por tanto, menor acuerdo, y viceversa.

Con respecto a la pertenencia del ítem al componente o dimensión propuesta, se calculó el porcentaje de jueces que

opinaban que el ítem pertenece al componente o dimensión para el que había desarrollado.

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS en su versión 18.0.

Resultados

Se consiguieron 27 formularios electrónicos contestados adecuadamente ($n=27$). Los resultados descriptivos de las puntuaciones obtenidas en la adecuación (media y varianza) y la pertenencia (%) de los ítems a la dimensión a la que pertenecen aparecen en la Tabla 4.

Tabla 4. Adecuación y pertenencia de los ítems resultante de la ronda de expertos.

| Ítems según dimensiones | Adecuación | | Pertenencia |
|--|------------|----------|-------------|
| | Media | Varianza | % |
| Escucha activa | | | |
| Finjo escuchar a los pacientes cuando me hablan. | 9.07 | 0.994 | 100.0 |
| Me distraigo cuando escucho a los pacientes. | 9.07 | 1.071 | 100.0 |
| Cuando el paciente me está hablando lo interrumpo y no le dejo que acabe lo que me está diciendo. | 7.96 | 8.422 | 66.7 |
| Cuando hablo con los pacientes lo hago en un lugar tranquilo, para escucharlos adecuadamente. | 9.11 | 1.333 | 100.0 |
| Cuando estoy cansado apenas escucho a los pacientes cuando me hablan. | 8.44 | 2.333 | 100.0 |
| Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes. | 9.15 | 0.977 | 100.0 |
| Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ... | 8.93 | 1.533 | 92.6 |
| Comunicación Informativa | | | |
| Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa. | 9.33 | 1.231 | 100.0 |
| Cuando quiero obtener información sobre el paciente utilizo preguntas abiertas (aquellas que permiten una mayor extensión en las respuestas del paciente). | 9.00 | 1.538 | 100.0 |
| Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria. | 8.96 | 3.499 | 100.0 |
| Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles. | 9.41 | 1.097 | 96.3 |
| Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada. | 9.63 | 0.704 | 96.3 |
| Considero que es mejor no dar información si lo que tengo que decir es malo. | 8.78 | 2.718 | 96.3 |
| Evito situaciones en las que haya que informar de malas noticias. | 9.11 | 1.564 | 100.0 |
| Si informo a los pacientes no tendré tiempo para estar con los demás, ya que éstos responderán con más preguntas. | 8.63 | 2.319 | 100.0 |
| Considero que informar a los pacientes no es mi cometido. | 9.41 | 0.866 | 100.0 |
| Me resulta difícil pedir información a los pacientes. | 8.93 | 1.148 | 96.3 |
| Me molesto si los pacientes me realizan muchas preguntas. | 8.81 | 2.464 | 85.2 |
| Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo. | 9.26 | 1.123 | 96.3 |
| Empatía (Actitud empática) | | | |
| Trato de comprender los sentimientos de mi paciente. | 9.56 | 0.718 | 100.0 |
| Me implicó tanto con los pacientes que al final lo acabo pasando mal. | 8.15 | 2.131 | 100.0 |
| Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...). | 8.81 | 2.311 | 51.9 |
| Evito a los pacientes que sufren. | 8.63 | 1.781 | 100.0 |
| Exploro las emociones de mis pacientes. | 8.78 | 1.872 | 100.0 |
| Realizo resúmenes de lo que me ha dicho el paciente para asegurarme que he comprendido lo que me ha dicho. | 8.56 | 1.487 | 74.1 |
| Cuando hablo con los pacientes realizo expresiones verbales de apoyo del tipo: ciertamente ..., ajá ..., claro ... | 8.59 | 2.405 | 59.3 |
| Respeto y Autenticidad | | | |
| Siento que respeto las necesidades de los pacientes. | 9.26 | 1.046 | 100.0 |
| Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente. | 9.33 | 1.077 | 96.3 |
| Establezco con el paciente una relación libre de prejuicios. | 9.30 | 1.063 | 100.0 |
| Respeto la autonomía y libertad de los pacientes. | 9.37 | 1.242 | 100.0 |
| Me comporto con transparencia cuando me relaciono con los pacientes, mostrándome tal y como soy. | 8.59 | 1.943 | 96.3 |
| Utilizo con los pacientes frases de apoyo - consuelo del tipo: "ya verá como todo se arregla", "Ya verá como se pone bien" ... | 6.56 | 6.410 | 14.8 |

| Ítems según dimensiones | Adecuación | | Pertenencia |
|--|------------|----------|-------------|
| | Media | Varianza | % |
| Comparto información personal (autorrevelaciones) con los pacientes para dar a conocer mejor mis pensamientos, sentimientos, ... | 6.81 | 8.157 | 59.3 |
| Conducta socialmente habilidosa o asertividad | | | |
| Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes. | 8.70 | 1.755 | 100.0 |
| Soy incapaz de rechazar peticiones poco razonables de los pacientes. | 9.04 | 0.806 | 100.0 |
| Cuando estoy en desacuerdo con las opiniones de los pacientes me callo para no discutir. | 8.78 | 1.103 | 92.6 |
| Tengo conflictos con los pacientes cuando tienen una opinión diferente a la mía. | 8.81 | 1.157 | 88.9 |
| Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes. | 8.74 | 1.276 | 88.9 |
| Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia. | 8.56 | 1.949 | 96.3 |
| Me pongo nervioso cuando hablo con los pacientes. | 8.67 | 1.462 | 92.6 |
| Reacciono mal a las críticas de los pacientes. | 8.48 | 1.952 | 100.0 |
| Considero que los pacientes se aprovechan de mí. | 8.33 | 4.154 | 96.3 |
| Cuando un paciente me interrumpe en medio de una conversación, le pido que espere hasta que haya acabado. | 7.59 | 5.481 | 66.7 |
| Evito hacer preguntas a los pacientes por miedo o timidez. | 8.96 | 1.422 | 92.6 |
| Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme. | 9.04 | 1.037 | 100.0 |
| Si estoy enfadado con los pacientes se lo hago saber claramente. | 8.00 | 1.692 | 100.0 |

Discusión y conclusiones

En cuanto al análisis de los datos, se observó que en la puntuación obtenida en la adecuación del ítem a la dimensión para la que había sido construido, cuatro ítems (cuando el paciente me está hablando lo interrumpo y no le dejo que acabe lo que me está diciendo; utilizo con los pacientes frases de apoyo - consuelo del tipo: ya verá como todo se arregla, ya verá como se pone bien; comparto información personal -autorrevelaciones- con los pacientes para dar a conocer mejor mis pensamientos, sentimientos, ...; cuando un paciente me interrumpe en medio de una conversación, le pido que espere hasta que haya acabado) fueron los que más baja puntuación obtuvieron (medias inferiores a 8) y, además, también fueron en los que el grado de desacuerdo fue mayor (ítems con mayor varianza). Además, si nos fijamos en el resultado de los porcentajes de las puntuaciones obtenidas en la pertenencia de los ítems a la dimensión para la que habían sido creados, estos cuatro ítems obtenían un porcentaje inferior a los demás (Tabla 4). Por tanto, ya que los datos resultantes de la ronda de trabajo del grupo Delphi de expertos en comunicación en salud eran concluyentes en ambos sentidos, se decidió la supresión de esos cuatro ítems.

Por otra parte, otros tres ítems de la dimensión empatía (cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales, asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...; realizo resúmenes de lo que me ha dicho el paciente para asegurarme que he comprendido lo que me ha dicho; cuando hablo con los pacientes realizo expresiones verbales de apoyo del tipo: ciertamente ..., ajá ..., claro ...) presentaron puntuaciones bajas en los porcentajes de la pertenencia de los ítems a la dimensión para la que habían sido creados (Tabla 4). Los tres ítems hacen referencia a la respuesta empática. Si recordamos la definición semántica de esta dimensión, ésta hace referencia a la definición de empatía como la capacidad de comprender los sentimientos de otra persona y hacerlo evidente en la relación, y a la dimen-

sión conductual de ésta, la actitud empática, que incluye la escucha activa y la respuesta empática. Si nos fijamos en los porcentajes resultantes de la ronda de trabajo del grupo Delphi de expertos en comunicación en salud para estos tres ítems, comprobamos que éstos los han clasificado, o bien como dimensión de empatía (actitud empática) o bien como dimensión escucha activa. Así, que los expertos marcaran o bien la dimensión empatía (actitud empática) o bien la dimensión escucha activa se debe a un problema conceptual, ya que la actitud empática englobaría a la escucha activa y a la respuesta empática. Sin embargo, en la definición semántica se decidió que la escucha activa fuera una dimensión independiente, ya que ésta tiene una importancia relevante en la bibliografía y un contenido suficiente para considerarla como tal. Esto ha podido confundir a los expertos a la hora de determinar si esos tres ítems pertenecen a la dimensión escucha activa o a un tipo de respuesta empática. Por lo tanto, para evitar futuros problemas conceptuales con la dimensión empatía (actitud empática) y la dimensión escucha activa, se decidió unir ambas dimensiones para que no lleve a error su interpretación. Así, se decidió mantener estos tres ítems para las siguientes fases del estudio (validación psicométrica) y no eliminarlos.

Ensayos preliminares de la prueba

Se llevó a cabo un primer ensayo con un pequeño grupo de profesionales de la Salud (n=9), compuesto por dos médicos, cuatro enfermeras y tres auxiliares de enfermería. Se utilizó la *primera versión* de la escala resultante de la ronda de trabajo del grupo Delphi de expertos en comunicación en salud. Como puede comprobarse, en esta versión se muestran también las instrucciones, y se matiza la tarea que debe realizar la persona que contesta la prueba.

Es necesario decir que el objetivo de estos ensayos no fue el de volver a categorizar los ítems, sino el de comprobar si aparecían dificultades en la evaluación debidas, por ejemplo, a la redacción de los ítems o de las instrucciones (si se

entendían o no, si había alguna sugerencia sobre el modo de aclarar algo que no se entendía bien, etc.).

Los ensayos comenzaron a realizarse dando al profesional la escala con las instrucciones y las preguntas, e indicando que debía leer las instrucciones y seguirlas paso a paso. El profesional era animado a que, en caso de no entender algo o de querer que se le aclarase cualquier aspecto, lo hiciera saber al evaluador.

Los comentarios de los profesionales que participaron en el ensayo preliminar de la escala no modificaron nada en cuanto a las instrucciones ni a la redacción de los ítems, entendiendo y contestando adecuadamente a todos los ítems propuestos en la primera versión de la escala.

Prospectiva

Este trabajo presenta el proceso de creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS, aspecto que no se suele mostrar en los procesos de elaboración de instrumentos a pesar de ser considerado una parte fundamental. Sin embargo, tras el análisis cualitativo de los ítems, y para seleccionar los mejores del to-

tal de los disponibles, deben llevarse a cabo distintos estudios dirigidos a analizar métricamente las propiedades de dichos ítems, análisis que está basado en una serie de índices que van a permitir valorar a cada uno de ellos desde un punto de vista estadístico.

El primer análisis de la batería de ítems suele basarse en las puntuaciones obtenidas de la administración de éstos a una muestra de participantes con unas características semejantes a la de la población objetivo. En este sentido, los resultados obtenidos hasta el momento, que son desarrollados en futuros trabajos, en cuanto a estadísticos descriptivos e índices de discriminación de los ítems, estructura interna de la escala, fiabilidad y evidencias externas de validez, muestran soluciones coherentes con la teoría de la que partíamos (definición del constructo a evaluar y relación con otros constructos externos), tanto en la composición de la escala, como en la estructura subyacente. Por tanto, podemos concluir que el cuestionario resulta un instrumento válido y fiable y, además, útil para el propósito y el contexto en que va a ser utilizado.

Referencias

- AERA, APA y NCME, (1999). *Standards for educational and psychological tests*. Washington DC: American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.
- Barnette, J.J. (2000). Effects of stem and likert response option reversals on survey internal consistence: if you feel the need, there is a better alternative to using those negatively worded stems. *Educational and Psychological Measurement*, 60(3), 361-70.
- Bayés, R., y Marín, B. (1992). La psicología de la salud en España y América Latina. *Libro de Ponencias del I Congreso Iberoamericano de Psicología*, 60-94.
- Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R.L., Arbelaez J.J., Duggan, P.S., y Cooper L.A. (2005). Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? *Annals of Family Medicine*, 3, 331-38. doi: 10.1370/afm.328.
- Boon, H., y Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35, 161-76.
- Bredart, A., Bouleuc, C., y Dolbeault S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Current Opinion in Oncology*, 17, 351-54.
- Carmona, T.G. (2002). Investigación cualitativa. En A.F. Osuna (ed.), *Salud Pública y educación para la salud* (pp. 159-177). Barcelona: Masson.
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-51.
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-82.
- Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R., y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33(1), 34-40.
- De Villiers, M.R., De Villiers, P.J.T. y Kent, A.P. (2005). The Delphi technique in health sciences education research. *Medical Teacher*, 27(7), 639-43. doi:10.1080/13611260500069947.
- Doctor Patient Interaction and Communication. (1993). Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health. Report N° WHO-MNS-PSF-93.11.
- Franks, P., Jerant, A.F., Fiscella, K., Shields, C.G., Tancredi, D.J., y Epstein R. M. (2006). Studying physician effects on patient outcomes: Physician interactional style and performance on quality of care indicators. *Social Science & Medicine*, 62, 422-32. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.027.
- Gavilán, E., Ruiz, R., Pérez, E., Parras, J.M., y Pérula, L.A. (2004). Validación de una Escala de Percepción del Paciente de la Interacción Comunicativa en la Consulta (EPPIC). *Atención Primaria*, 34 (Extraordin 1), 140.
- Gavilán, E., Ruiz, R., Perula, L.A., y Parras, J.M. (2010). Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICA. *Atención Primaria*, 42(3), 162-68. doi:10.1016/j.aprim.2009.07.005.
- General Medical Council. (2001). *Good Medical Practice*. London: General Medical Council.
- Haynes, S.N., Richard, D.C.S., y Kubany, E.S. (1995). Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment*, 7, 238-47.
- Kraan, H.F., Crijnen A.A.M., Van-der Vleuten, C.P.M., e Imbos, T. (1995). Evaluation instruments for medical interviewing skills. En M. Lipkin, S.M. Putnam, y A. Lazare (eds.), *The Medical Interview Clinical Care, Education, and Research* (pp. 460-72). New York: Springer.
- Leal, C. (2012). *Comunicación y Salud: Creación y Validación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS* (Tesis Doctoral sin publicar). Universidad Miguel Hernández, Elche.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE 2002:40, 126-32.
- Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., y Harter, M. (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65, 69-78. doi: 10.1016/j.pec.2006.05.007.
- Lord, F.M., y Novick, M.R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, MA: Addison Wesley.
- Mead, N., y Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-110.
- Mead, N., y Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48, 51-61. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00099-X.

- Mingote, J.C., Moreno, B., Rodríguez, R., Gálvez, M. y Ruiz, P. (2008). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36 (0), 00-00.
- Mira, J.J., y Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica*, 114(Supl 3), 26-33.
- Moore, P.J., Adler, N.E., y Robertson, P.A. (2000). Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *The Western Journal of Medicine*, 173, 244-50.
- Morales-Vallejo, P. (2006). *Medición de actitudes en Psicología y Educación, construcción de escalas y problemas metodológicos*. (3ª ed). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Murphy, M.K., Black, N.A., Lamping, D.L., McKee, C.M., Sanderson, C.F., Askham, J., y Marteau, T. (1998). Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technology Assessment*, 2(3), 1-88.
- Nunnally, J.C., y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica*, (3ª ed). Madrid: McGraw-Hill.
- Osterlind, S.J. (1989). *Constructing Test Items*. Londres: Kluwer Academic Publishers.
- Prados, J.A., Cebriá, J., Bosch, J.M., Borrell, F., Alonso, S., y Pérez-Valencia, J.J. (2003). Diseño de un cuestionario para la valoración de la comunicación asistencial: Cuestionario Gatha Base. *Tribuna Docente*, 4(5), 31-48.
- Roter, D.L., Hall, J.A., y Katz, N.R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25, 437-51.
- Rubio, D.M., Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, E.S., y Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: Conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*, 27, 94-104.
- Ruiz, R., Prados, J.A., Alba, M., Bellón, J., y Pérula, L.A. (2001). Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*, 27, 470-77.
- Santos-Roig, M. y Pérez-Meléndez, C. (2013). De la definición semántica a los ítems a través de las tablas de especificaciones: elaboración de la Escala sobre Representación de la Enfermedad, ERCE. *Anales de Psicología*, 29(2), 345-359. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.2.139491>
- Schirmer, J.M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, M.K., Zoppi, K., Epstein, R.M., ... Pryzbylski, M. (2005). Assessing communication competence: a review of current tools. *Family Medicine*, 37, 184-92.
- Smith, G. T., Fischer, S., y Fister, S. M. (2003). Incremental validity principles of test construction. *Psychological Assessment*, 15(4), 467-477.
- Smith, R.C., Lyles, J.S., Mettler, J.A., Marshall, A.A., van Egeren, L.F., Stofelmayr, B.E., ... Shebroe, V. (1995). A strategy for improving patient satisfaction by the intensive training of residents in psychosocial medicine: a controlled, randomized study. *Academic Medicine*, 70, 729-32.
- Spaan, M. (2006). Test and item specifications development. *Language Assessment Quarterly*, 3, 71-79. doi: 10.1207/s15434311laq0301.
- Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., y Jordan, J. (2000). The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *Journal of Family Practice*, 49 (9), 796-804.
- Trummer, U.F., Mueller, U.O., Nowak, P., Stidl, T., y Pelikan, J.M. (2006). Does physician-patient communication that aims at empowering patients improve clinical outcome? A case study. *Patient Education and Counseling*, 61, 299-306. doi: 10.1016/j.pec.2005.04.009.
- Williams, S., Weinman, J., y Dale J. (1998). Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice*, 15, 480-92.

(Artículo recibido: 21-10-2013; revisado: 09-07-2014; aceptado: 21-07-2014)