

Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo

Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool

Rodrigo C. Quispe^a, Emmanuel M. Muñoz^a, Alvaro V. Cadillo^a, Ray Ticse^{a,*}

^a Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

*Autor correspondiente ray.ticse@upch.pe

Citación Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo AV, Ticse R. Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool. *Medwave* 2019;19(9):e7705

Doi 10.5867/medwave.2019.09.7705

Fecha de envío 7/4/2019

Fecha de aceptación 2/9/2019

Fecha de publicación 18/10/2019

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión externa por tres pares revisores, a doble ciego

Palabras clave medical education, medical residency, physician-patient relations, communication

Anexo 10.6084/m9.figshare.10005203

Resumen

Objetivo

Determinar la percepción de los pacientes sobre la destreza en la comunicación de los médicos que atienden en consultorio externo de un hospital docente de Lima, Perú, según el instrumento Communication Assessment Tool.

Métodos

La población de estudio fue el colectivo de pacientes atendidos en los consultorios externos del Hospital Cayetano Heredia. El cuestionario Communication Assessment Tool consta de 15 preguntas, se utilizó una versión validada al castellano. La percepción de la destreza en comunicación se determinó como la sumatoria de los puntajes del total de las premisas, entre la cantidad de las premisas. Se definió como mala (1), justa (2), buena (3), muy buena (4) y excelente (5).

Resultados

El porcentaje de pacientes que calificaron la competencia comunicativa como “mala” (puntaje Communication Assessment Tool promedio) fue de 6,8%, “justa” 27,2%, “buena” 23,9%, “muy buena” 30,1% y “excelente” 12,1%. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a los rangos de edad y entre los distintos grados de instrucción. El grupo de pacientes entre 18 y 29 años otorgó puntajes más altos en el Communication Assessment Tool (rango = 2,2 a 4,87; $p = 0,001$). Además, cuando el nivel educativo del encuestado fue superior tendió a colocar puntajes más altos (rango = 3,67 a 4,73; $p = 0,001$).

Conclusiones

Se determinó que 66,2% de los pacientes tuvo una percepción positiva, sólo 12,11% lo calificó como “excelente”, un valor muy por debajo a lo reportado en la literatura. Los que brindaron mejor calificación fueron los pacientes jóvenes y con mayor grado de instrucción.

Abstract

Objective

To determine the perception of patients regarding physicians' communication skills at the outpatient clinic of a teaching hospital in Lima-Peru, using the Communication Assessment Tool (CAT).

Methods

The study population was the group of patients treated in the outpatient clinics of the Cayetano Heredia Hospital. The CAT questionnaire contains 15 questions, and a version validated for Spanish was used. The perception of communication skills was defined as the sum of the scores of all the items, over the number of items, defined as: poor (1), fair (2), good (3), very good, (4), and excellent (5).

Results

The percentage of patients who rated communication skills as "poor" (average CAT Score) was 6.8%, "fair" 27.2%, "good" 23.9%, "very good" 30.1 and "excellent" 12.1%. Statistically significant differences were found when comparing the age ranges and among the different levels of education. The group of patients between 18 and 29 years old gave higher scores in the instrument (range 2.2 to 4.87, $p = 0.001$). Furthermore, when the educational level of the respondent was high, the participants tended to rate physicians with higher scores (range 3.67 to 4.73, $p = 0.001$).

Conclusion

We found that 66.2% of patients had a positive perception of the physicians' communication skills; only 12.1% rated it as "excellent," a value well below what is reported in the literature. Those who gave the best rating were younger patients with the highest level of education.

Ideas clave

- La comunicación como competencia clínica en la relación médico paciente es muy importante y compleja, razón por la cual es conveniente obtener información de la percepción de los pacientes que permita explorar el nivel de logro de dicha competencia.
- La aplicación de métodos de entrevista clínica estructurada optimiza la comunicación médico paciente.
- Las principales limitaciones de este estudio son el no haber aplicado un muestreo aleatorio, ni recopilar datos sobre factores que pudieran afectar el desarrollo de la entrevista clínica.

Introducción

El *Canadian Medical Education Directives for Specialist (CanMEDS)* y el *Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME)*, entre otros comités internacionales de acreditación de programas de especialización médica, consideran a la comunicación como una competencia indispensable^{1,2}. Se ha reportado el impacto clínico favorable de una adecuada comunicación, particularmente en las siguientes condiciones clínicas: síntomas persistentes y sin explicación médica específica, fibromialgia, infecciones del tracto respiratorio bajo y pacientes oncológicos³⁻⁶. Esta competencia es especialmente relevante en el primer nivel de atención, ya que en él existe una importante necesidad de un enfoque biopsicosocial⁷.

Existen instrumentos reportados para el entrenamiento y evaluación de la comunicación, como *Calgary-Cambridge Observation Guide*, *Kalamazoo Essential Elements: The Communication Checklist*, *Escala Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar (CICAA)*, entre otros⁸. Para su aplicación se requiere contar con docentes capacitados en estos métodos^{9,10}. Por otra parte, el *Communication Assessment Tool* es un instrumento que puede ser aplicado a los pacientes de manera autoadministrada¹¹. Fue redactado originalmente en idioma inglés y está compuesto por 15 premisas, fáciles de entender, que capturan de manera transversal la perspectiva del paciente.

La implementación del *Communication Assessment Tool* es adecuada como indicador de calidad en la comunicación entre médicos y pacientes hospitalizados¹². También puede ser utilizada para describir la opinión de los pacientes sobre el equipo de trabajo en el área de emergencia y alertar sobre estados críticos a mejorar¹³. Además, en el

primer nivel de atención se postula como herramienta comparativa, evaluativa y de aprendizaje¹⁴.

La importancia de la utilización del *Communication Assessment Tool* se basa en la promoción del desarrollo de estrategias orientadas a lograr una óptima relación médico paciente. De acuerdo con nuestro conocimiento, el presente estudio plantea por primera vez en el país y en idioma español, la validación y aplicación del instrumento *Communication Assessment Tool* para describir de manera sencilla y reproducible la percepción de los pacientes sobre la comunicación con sus médicos tratantes.

Métodos

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal, la unidad de análisis fueron los pacientes que fueron atendidos en el consultorio externo de especialidades médicas, no quirúrgicas, del Hospital Cayetano Heredia durante el mes de marzo de 2018. El Hospital Cayetano Heredia es la principal sede docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se excluyeron a los pacientes con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica, analfabetos, menores de 18 años o cuyo idioma principal no es el castellano. Se utilizaron los mismos criterios de selección para la población de la prueba piloto, así como para la población del estudio.

La selección de la muestra de pacientes fue no probabilística. Se calculó el número de muestra sobre la base de un estudio previo que mostró que el 76,3% de los pacientes calificaron como "excelente" a la comunicación en la entrevista con su médico tratante, según el *Communication Assessment Tool*¹¹. Se utilizó un nivel de confianza de 95% ($Z = 1,96$) y error = 0,05. Se obtuvo un número de muestra de

278 pacientes. Se decidió entrevistar a 300 pacientes a razón de 10 pacientes por médico, ya sea especialista o residente.

Se utilizaron las siguientes definiciones de variables:

- **Percepción de la destreza en comunicación:** entendida como la sumatoria de los puntajes del total de las premisas, entre la cantidad de las premisas. Se evaluó mediante el llenado de encuestas *Communication Assessment Tool*, definiéndose como: mala (1), justa (2), buena (3), muy buena (4) y excelente (5).
- **Profesional que realiza la atención:** médico residente o especialista que hace la consulta y brinda la prescripción. Los médicos residentes del Hospital Cayetano Heredia realizan la especialización en los programas de postgrado de la facultad de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Los médicos especialistas evaluados son docentes en dicha universidad.
- **Nivel educativo:** identificación del grado de instrucción. Se consideró la etapa educacional concluida: escolar, primaria o secundaria; superior, técnico o universitario. De haber completado parcialmente alguna de estas etapas, se determinará como nivel educativo la etapa educacional inmediatamente inferior.
- **Número de veces que ha sido atendido por su médico:** referido por el paciente como una vez o más de una vez, con respecto a su atención con un mismo médico.

Para la traducción de la versión original del Communication Assessment Tool se tomó en cuenta las recomendaciones de Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline¹⁵:

Paso 1: Traducción. Se solicitó una traducción inicial a cada uno de los dos traductores, con lengua materna castellano y naturales de Perú, que contaban con certificado de nivel avanzado en inglés y vivían o trabajaban en Estados Unidos por más de 15 años. Luego, ambas traducciones fueron evaluadas y sintetizadas por los investigadores.

Paso 2: Retraducción. Se requirió su retraducción por otros dos traductores, con lengua materna inglés, y que conocen el castellano usado en Perú. Éstas también fueron evaluadas y sintetizadas por los investigadores.

Paso 3. Síntesis final: se preparó la síntesis final implementando las recomendaciones obtenidas de la traducción y retraducción. No se encontraron discrepancias significativas entre la retraducción y la encuesta original sobre el aspecto cultural o coloquial de algún término, por lo que se convino que no era necesario pedir justificaciones a los autores de la traducción.

Paso 4: Prueba piloto. Se aplicó una prueba piloto en 20 pacientes que acudieron al consultorio externo del Hospital Cayetano Heredia. Se les solicitó que calificaran como claras o no claras a las instrucciones, respuestas del formato o cualquier ítem de esta. El acuerdo mínimo entre pacientes y evaluadores de la traducción fue mayor a 80%. No se encontraron discrepancia en más de 20% para ninguna premisa, por lo que no fue necesario evaluar y someter el instrumento original nuevamente a los pasos 1, 2 y 3.

Paso 5: Validación por juicio de expertos. Se solicitó la participación de seis médicos expertos en especialidades clínicas y en comunicación clínica (medicina interna, medicina de familia, psiquiatría y epidemiología clínica), quienes opinaron sobre la relevancia entre los ítems, mediante la siguiente escala ordinal:

- 1: no relevante.
- 2: no es posible evaluar la relevancia.
- 3: relevante, pero necesita menos alteración.
- 4: muy relevante y sucinto.

A partir de ella, se calculó la validez de contenido y fiabilidad.

Las encuestas se aplicaron inmediatamente después de que los pacientes terminaron su consulta clínica en los consultorios externos de las siguientes especialidades: medicina interna, cardiología, reumatología, endocrinología, gastroenterología, neumología, nefrología, neurología, geriatría y hematología.

Para abordar a los pacientes, se trabajó con el horario fijo del hospital, de tal manera que se aseguraron 10 pacientes por cada médico a razón de tres médicos por especialidad, incluyendo en todos los casos por lo menos a un médico especialista. Las encuestas fueron leídas a los pacientes por los investigadores. Si existía alguna duda, ésta era resuelta de manera objetiva y breve para no condicionar ninguna respuesta. Esto aseguró la obtención de respuestas completas en la totalidad de encuestas realizadas. No se ofrecieron incentivos.

El comité de ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia aprobó el proyecto de investigación. Los pacientes que ingresaron al estudio brindaron su consentimiento informado de manera verbal. Asimismo, el estudio fue autofinanciado por los autores.

Para la validación por juicio de expertos se utilizó el *Content Validity Index* de ítem y escala (*I-CVI* y *S-CVI*) que evalúa la validez de contenido. También, el α de Cronbach que evalúa la consistencia interna de la escala. Se tomó como valores mínimos aceptables $I-CVI = 0,83$, $S-CVI/Ave = 0,90$ y α de Cronbach = $0,70$. La variable aleatoria (percepción de la destreza en la comunicación) fue contrastada con las otras variables mediante la comparación del puntaje *Communication Assessment Tool* promedio, el cual tiene como característica ser no paramétrico y continuo. Para la descripción de datos se utilizaron tablas de frecuencia, agrupadas de acuerdo con las variables de interés. Entre estos grupos se exploraron relaciones mediante pruebas no paramétricas como: comparación de frecuencias con la prueba de X cuadrado de Pearson y comparación de medianas con Kruskal-Wallis o U de Mann-Whitney, siempre con un p significativo $\leq 0,05$. El puntaje *Communication Assessment Tool* promedio fue calculado sumando las puntuaciones de cada ítem y dividiéndolo por la cantidad total de ellos. El porcentaje de ítems con puntaje 5 (excelente) fue calculado dividiendo la cantidad de premisas con puntaje 5 entre la cantidad total, multiplicando luego por 100. La base de datos y tablas se diseñaron mediante *Microsoft Excel* y el análisis estadístico se calculó con *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*.

Resultados

Se encuestaron a 300 pacientes. Se puede apreciar las características de los pacientes y de los médicos evaluados en la Tabla 1. Los puntajes obtenidos con el instrumento *Communication Assessment Tool*

tienen datos que no se distribuyen de manera normal (Kolmogorov-Smirnov, $p = 0,01$).

Tabla 1. Características de los pacientes ($n = 300$) y profesional que realiza la atención ($n = 30$).

Variable	%	N
Sexo		
Masculino	36	108
Femenino	64	192
Rango de edad		
18 a 29	27	81
30 a 59	41	123
60 a más	32	96
Etnicidad		
Mestizo	82	246
Blanco	10	30
Negro	8	24
Indígena	0	0
Nivel de Educación		
Ninguna	2	6
Primaria	12	36
Secundaria	62	186
Superior técnica	16	48
Superior universitaria	8	24
Número de veces atendido (por el mismo médico)		
Una vez	46	138
Más de una vez	54	162
Profesional que realiza la atención		
Médico especialista	53,3	160
Médico residente	46,7	140

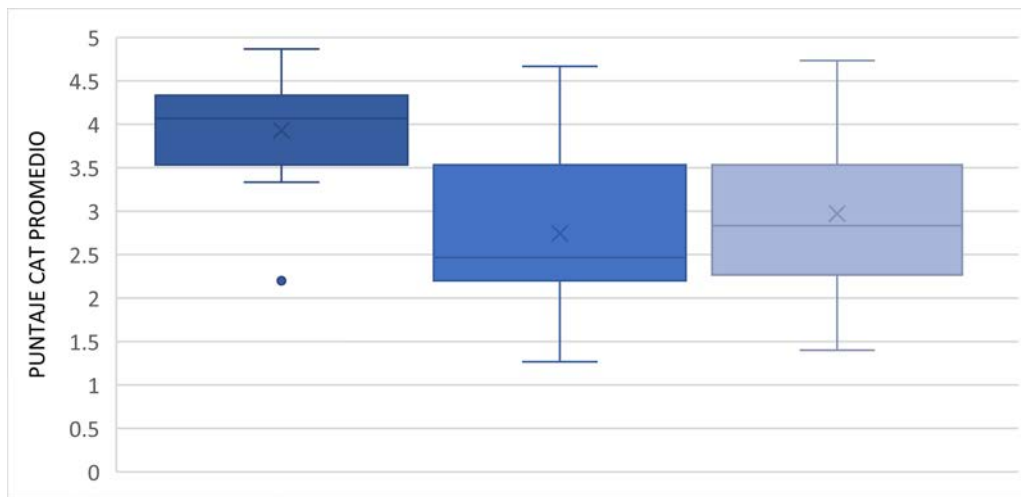
Fuente: preparada por los autores a partir de los resultados del estudio.

La mayoría de encuestados pertenecían al sexo femenino (64%) y no evidenciaron diferencias significativas en su percepción con respecto al sexo masculino (U de Mann-Whitney, $p = 0,52$). La media de las edades fue 47,11 (desviación estándar 19,56).

Según el rango de edad, se encontró que el grupo de 18 a 29 años tiende a otorgar puntajes más altos en el *Communication Assessment Tool*. Se obtuvo el límite inferior = 2,2, límite superior = 4,87, y los valores de los cuartiles $Q1 = 3,53$; $Q2 = 4,07$; $Q3 = 4,33$ (Kruskal-Wallis, $p = 0,001$). De la misma manera, se halló que también existen diferencias estadísticamente significativas entre los distintos niveles

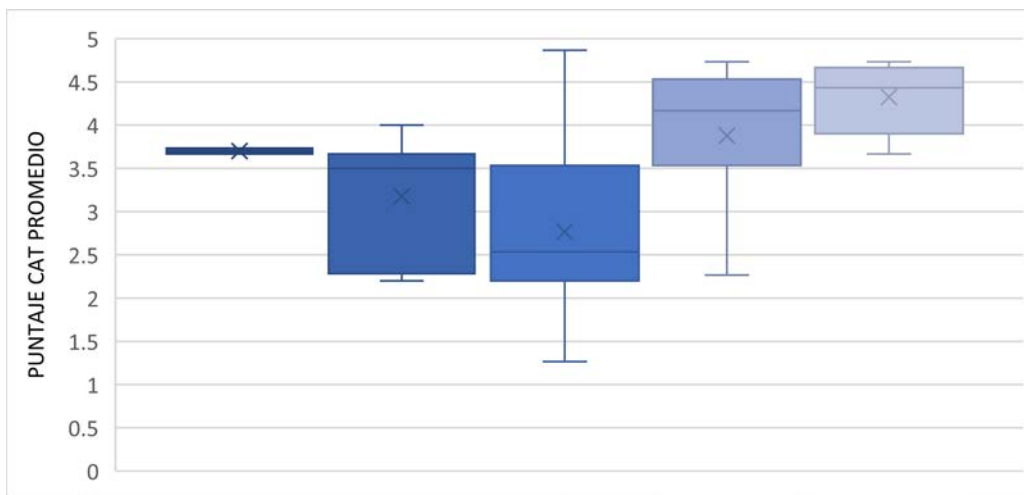
de educación: límite inferior = 3,67, límite superior = 4,73, valor de los cuartiles $Q1 = 4,1$; $Q2 = 4,43$; $Q3 = 4,67$ (Kruskal-Wallis, $p = 0,001$). Cuando el nivel educativo del encuestado fue superior, tendió a colocar puntajes más altos, lo que es coherente con una cantidad significativamente mayor de participantes con nivel educativo superior que se agrupan en el parámetro de 18 a 29 años, hecho evidenciado luego de contrastar con Chi-cuadrado de Pearson ambas variables categóricas ($p = 0,001$) (Gráficos 1 y 2).

Gráfico 1. Puntaje CAT promedio y rango de edad.



En comparación con los otros grupos de edad, el grupo de 18-29 años otorgó mayor puntaje CAT promedio. Se obtiene para este grupo (18-29 años) un límite inferior de 2,2 y un límite superior de 4,87. El valor de los cuartiles es el siguiente: Q1 = 3,53; Q2 = 4,07; Q3 = 4,33. Presenta una distribución asimétrica negativa, homogénea (Kruskal-Wallis, $p = 0,001$). CAT: *Communication Assessment Tool*.

Gráfico 2. Puntaje CAT promedio y nivel de educación.



En comparación a los otros niveles de educación/grados de instrucción, el grupo de nivel superior universitario otorgó mayor puntaje CAT promedio. Se obtiene para este grupo (superior universitario) un límite inferior de 3,67 y un límite superior de 4,73. El valor de los cuartiles es el siguiente: Q1 = 4,1; Q2 = 4,43; Q3 = 4,67. Presenta una distribución asimétrica negativa, homogénea (Kruskal-Wallis, $p = 0,001$). CAT: *Communication Assessment Tool*.

Con respecto a la etnicidad, se encontró que la mayoría eran mestizos (82%), sin encontrarse diferencias significativas dentro del grupo (Kruskal-Wallis, $p = 0,42$). De la misma manera, al analizar el número de atenciones de un paciente, se descartó que se calificara mejor a un médico cuando ha atendido al mismo paciente en más de una ocasión (U de Mann-Whitney, $p = 0,53$). No se encontraron diferencias significativas entre los que fueron atendidos por especialistas o residentes (U de Mann-Whitney, $p = 0,88$).

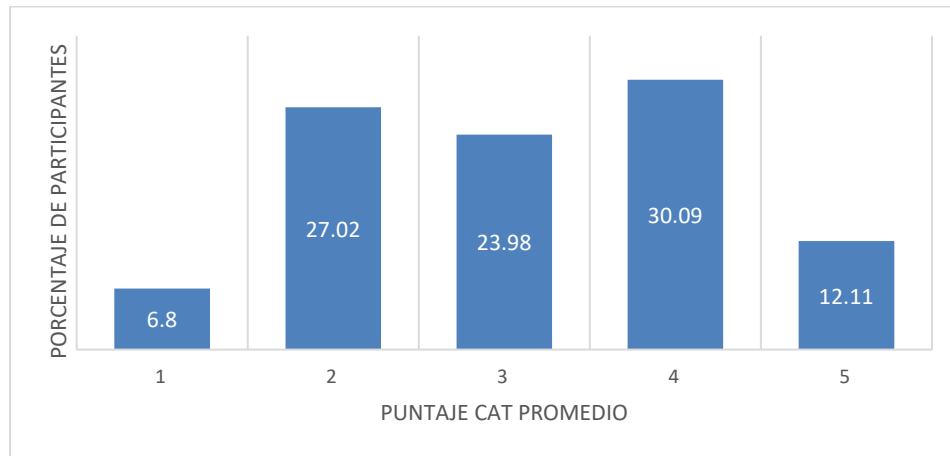
Al analizar por separado cada ítem del *Communication Assessment Tool*, se encontró que el porcentaje de percepciones “excelente” fue de sólo 23% en el mejor de los casos (para los ítems 1 y 2, ver Tabla 2). Además, se evidencia un P75 = 3,80, P25 = 2,27, rango intercuartil 1,53. Finalmente, el 66,2% de los participantes declaró una percepción positiva sobre la competencia comunicativa de los médicos, sólo el 12,11% la calificó como “excelente” (puntaje *Communication Assessment Tool* promedio). El 27,2% de las percepciones corresponde a la calificación “justa”, mientras que el 6,8% corresponde a la calificación “mala” (Gráfico 3).

Tabla 2. Puntajes del *Communication Assessment Tool* por cada ítem.

Ítem	Excelente (%)	Media (DE)	Mediana	P25	P75
1. Me saludó de una manera que me hizo sentir cómodo.	23	3,40 (1,26)	4	2	4
2. Me trató con respeto.	23	3,44 (1,20)	4	2	4
3. Mostró interés en mis ideas acerca de mi salud.	8	3,39 (0,97)	4	3	4
4. Entendió mis principales preocupaciones sobre mi salud.	5	3,04 (1,04)	3	2	4
5. Me prestó atención. (me miró, escuchó cuidadosamente)	16	3,11 (1,19)	3	2	4
6. Me permitió hablar sin interrupciones.	17	3,21 (1,13)	3	2	4
7. Me brindó tanta información como quise.	14,67	3,06 (1,23)	3	2	4
8. Habló en términos que pude entender.	8,33	2,86 (1,15)	3	2	4
9. Verificó para asegurarse que entendí todo.	7	3,07 (1,04)	3	2	4
10. Me animó a hacer preguntas.	8	2,88 (1,14)	2,5	2	4
11. Me involucró en las decisiones tanto como quise.	11	3,25 (1,08)	3	2	4
12. Discutió los siguientes pasos, incluyendo los planes de seguimiento.	6	3,17 (0,93)	3	3	4
13. Mostró cuidado y preocupación.	6	3,11 (0,99)	3	2	4
14. Utilizó el tiempo adecuado conmigo.	6	2,56 (1,17)	2	2	4
15. El personal del doctor me trató con respeto.	22,67	3,50 (1,16)	4	3	4

Fuente: preparada por los autores a partir de los resultados del estudio.
DE: desviación estándar.

Gráfico 3. Porcentaje de Puntaje CAT (Communication Assessment Tool) Promedio



Leyenda: 1 = Mala; 2 = Justa; 3 = Buena; 4 = Muy buena; 5 = Excelente.
CAT = *Communication Assessment Tool*. Se observa un porcentaje de 12,11% de participantes que calificó la competencia comunicativa médica como “Excelente” (Puntaje CAT promedio).

Discusión

La comunicación como competencia clínica en la relación médico paciente es de gran importancia y complejidad, por lo que se requiere del desarrollo continuo de habilidades, conocimientos y destrezas por parte de los médicos. Según la pirámide de aprendizaje de Miller, es conveniente obtener información de la percepción de los pacientes

ya que permite explorar el nivel de logro de esta competencia clínica^{9,16}. Este es uno de los beneficios que brinda el instrumento *Communication Assessment Tool*, el cual actúa como una medida de la “experiencia” de un paciente en cuanto a la relación y comunicación con su médico^{11,14}.

Un bajo porcentaje de los pacientes (12%) calificó de “excelente” a la comunicación de los médicos. Este resultado puede deberse a la ausencia de entrenamiento regular en los programas de pregrado y posgrado, así como deficiencias en la elaboración e implementación de las mallas curriculares de las carreras de medicina peruana en cuanto al desarrollo de competencias comunicativas⁹. Además, depende de la percepción que tengan los médicos, pacientes y alumnos de medicina sobre el tipo de relación médico paciente que consideran se debe aplicar. Puede ser que los médicos consideren más conveniente aplicar el tipo de relación “paternalista”, como se ha reportado en otros países de Latinoamérica, en el cual se presenta información seleccionada y exhorta al paciente a consentir en la intervención que él considera mejor¹⁷.

Se ha reportado una mayor frecuencia de calificación como “excelente” cuando se aplicó el instrumento *Communication Assessment Tool* en otras poblaciones. Por ejemplo, en un estudio realizado en Estados Unidos en 2008, de un total de 1800 pacientes que evaluaron a médicos residentes de medicina familiar, la mayoría calificó positivamente las competencias comunicativas de los profesionales. En general, la calificación fue “excelente”. Asimismo, el porcentaje de percepciones “excelentes” presentaron un máximo valor de 73,6% correspondiente a la premisa 5, seguido de un 72,8% en la premisa 2 y un 72,6% a la premisa 13¹⁴. Otros estudios también han reportado valores similares respecto a las frecuencias de “excelente” en la calificación global de la comunicación mediante el *Communication Assessment Tool*, siendo mejor calificadas las entrevistas logradas en consulta externa que en hospitalización^{12,13,18,19}.

En Perú no se ha utilizado el *Communication Assessment Tool* previamente, sólo se publicaron dos estudios que evalúan la percepción de las competencias comunicativas y la relación médico paciente mediante el instrumento Percepción de la Relación Médico Paciente. Uno de los estudios concluyó que la mayoría de los pacientes (92,3%) percibió una adecuada relación médico paciente, lo cual difiere de nuestros resultados. Sin embargo, el otro estudio halló que existe un bajo porcentaje de pacientes (23%) que percibió la relación con el médico como adecuada, resultado similar al de nuestro estudio^{20,21}.

A pesar de las diferencias de las poblaciones evaluadas, lo que se encuentra en común es que el dominio “respeto y cortesía” logra mayores calificaciones y posee el mayor porcentaje de percepciones “excelentes”²⁰⁻²². De la misma manera, en un estudio en el que se utilizó el instrumento Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar, las preguntas con mejor calificación se encontraron dentro del dominio “conectar”, que hace referencia al recibimiento, presentación y amabilidad por parte del profesional médico, en otras palabras, al dominio del “respeto y cortesía”, principalmente al inicio de la entrevista clínica^{13,23}.

Los instrumentos *Communication Assessment Tool*, Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar y Percepción de la Relación Médico Paciente poseen una estructura similar, con preguntas análogas de acuerdo con los distintos dominios de la comunicación clínica. Es posible que preguntas relacionadas al saludo inicial, cordialidad al

presentarse y preguntar por el motivo de consulta, disponibilidad para escuchar y empatía; sean mejor calificadas, ya que éstas son desarrolladas natural y cotidianamente, pudiendo exponerse incluso antes de ingresar al programa de especialización. Asimismo, las preguntas relacionadas a la identificación, sensibilidad y comprensión de problemas, explicación e información sobre la enfermedad y procedimientos, participación conjunta en la toma de decisiones, y al compromiso con los planes de seguimiento; requieren de una capacitación específica en comunicación clínica para ser adecuadamente efectuadas, tanto teórica como práctica^{13,20-23}.

Con respecto a las variables que presentan tendencia a otorgar una calificación mayor en el *Communication Assessment Tool*, se observa que un rango de edad entre los 18 y 29 años, y un nivel educativo superior cumplen esta tendencia. Generalmente los pacientes jóvenes presentan dolencias de menor complejidad, por lo que su atención requiere de menor tiempo, explicaciones más simples y no crean mayores expectativas de la atención médica, a diferencia de la población de mayor edad. Asimismo, es posible que la asociación entre el nivel educativo y la percepción de una mejor relación médico paciente se deba a un mayor entendimiento entre el profesional y el paciente, lo que facilita una mejor explicación del médico y una mayor participación del paciente^{20,21}.

En Perú se observa uno de los niveles más bajos reportados en la literatura de participación de los pacientes en la toma de decisiones compartidas²⁴. Como se aprecia en los resultados, los ítems 11 y 12 del cuestionario *Communication Assessment Tool*, relacionados directamente a la toma de decisiones, tuvieron muy baja puntuación. Para que una decisión sea efectivamente compartida, los pacientes deben percibir que el médico le brindó información en cantidad y calidad adecuada y deben comprender adecuadamente su condición o enfermedad. Esto fue evaluado específicamente en los ítems 7 al 10; no obstante, todos los componentes de la comunicación inciden en el resultado final. El entrenamiento adecuado en todos los aspectos de la entrevista clínica facilita que los pacientes entiendan sus opciones terapéuticas, elijan con mayor confianza y presenten mejor adherencia a los mismos^{24,25}.

La aplicación de métodos de entrevista clínica estructurada optimiza la comunicación médico-paciente, ya que abarca todos los dominios necesarios. Además, están diseñados para el reforzamiento y valoración de la competencia comunicativa, junto con la relación desarrollada entre el profesional de salud y el paciente^{26,27}. En Perú, Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar sería una buena opción a considerar, ya que fue elaborada en idioma castellano, tiene validez, es fácil de utilizar con entrenamiento previo y algunos programas de especialización en medicina familiar lo están aplicando²³.

Como limitaciones de este estudio tenemos el no haber aplicado un muestreo aleatorio. No se tomaron datos acerca de factores que pudieran afectar el desarrollo de la entrevista clínica, como el tiempo disponible para resolver la consulta, tipo de patología del paciente, funciones agregadas a la actividad asistencial como es el caso de la docencia, comorbilidad, presencia de un acompañante del paciente, cantidad de pacientes programados por médico tratante.

Conclusión

En un hospital docente de Lima Perú, el 66,2% de los pacientes encuestados tuvo una percepción positiva de la competencia comunicativa de los médicos, No obstante, sólo 12,1% la calificó como “excelente”, un porcentaje muy inferior a lo reportado en la literatura.

Además, el paciente con un nivel educativo superior otorgó una mejor calificación a la comunicación del profesional de salud, al igual que el paciente que se encontró en el rango de edad entre 18y 29 años. Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre los que fueron atendidos por médicos especialistas o médicos residentes.

Recomendamos fomentar el uso de métodos de entrevista clínica estructurada, como por ejemplo el Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar; junto con explorar la percepción de los tipos de relación médico paciente que predominan entre estos y los profesionales de salud. Asimismo, se debe considerar la comunicación como una competencia a lograr en todas las facultades de medicina y en los médicos de los programas de especialización, implementando entrenamientos y capacitaciones en la malla curricular correspondiente. Esto también es válido en programas de educación continua, dirigidos a médicos especialistas.

Notas

Contribución de auditoría

RCQ: diseño del protocolo; metodología (coordinación de proyecto, prueba piloto, validación de instrumento, recolección de datos, presentación); redacción; correcciones; discusión. aprobación final.

EMM: – diseño del protocolo; análisis de resultados; redacción. aprobación final.

AVC: metodología (prueba piloto, validación de instrumento, recolección de datos); redacción; conclusiones. aprobación final.

RT: idea de investigación; revisión crítica; supervisión y asesoramiento. aprobación final.

Las tablas y figuras fueron preparadas por los autores a partir de los resultados del estudio.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Financiamiento

No hubo fuentes de financiamiento para este trabajo.

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Referencias

1. Canada. RCoPaSo. CanMEDS Framework.2018; enero 2018. [on line]. | [Link](#) |
2. Benson BJ. Domain of competence: Interpersonal and communication skills. *Acad Pediatr.* 2014 Mar-Apr;14(2 Suppl):S55-65. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |
3. Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, Salazar A, Sánchez A, Ariño J. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2007 Feb;37(2):283-94. | [PubMed](#) |
4. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Schneider A, Richter A, Wilke S, et al. Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia. A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2006 Nov;63(3):357-66. | [PubMed](#) |
5. Cals JW, de Bock L, Beckers PJ, Francis NA, Hopstaken RM, Hood K, et al. Enhanced communication skills and C-reactive protein point-of-care testing for respiratory tract infection: 3.5-year follow-up of a cluster randomized trial. *Ann Fam Med.* 2013 Mar-Apr;11(2):157-64. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. Girgis A, Cockburn J, Butow P, Bowman D, Schofield P, Stojanovski E, et al. Improving patient emotional functioning and psychological morbidity: evaluation of a consultation skills training program for oncologists. *Patient Educ Couns.* 2009 Dec;77(3):456-62. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |
7. Borrell F, Sobrino A, Bosch JM, Quesada F. [25 Years of health & communication]. *Aten Primaria.* 2015 Jan;47(1):3-6. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |
8. Cleries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Med* 2010;13:25-31. | [Link](#) |
9. Ticse R. El Examen Clínico Objetivo Estructurado (ECO) en la evaluación de competencias de comunicación y profesionalismo en los programas de especialización en Medicina. *Revista Medica Herediana.* 2017;28:192-9. | [Link](#) |
10. Klein D. Assessment of communication skills in family medicine. *Can Fam Physician.* 2015 Sep; 61(9): e412–e416. | [Link](#) |
11. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns.* 2007 Aug;67(3):333-42. | [PubMed](#) |
12. Ferranti DE, Makoul G, Forth VE, Rauworth J, Lee J, Williams MV. Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT). *J Hosp Med.* 2010 Nov-Dec;5(9):522-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
13. Mercer LM, Tanabe P, Pang PS, Gisondi MA, Courtney DM, Engel KG, et al. Patient perspectives on communication with the medical team: pilot study using the Communication Assessment Tool-Team (CAT-T). *Patient Educ Couns.* 2008 Nov;73(2):220-3. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |
14. Myerholtz L, Simons L, Felix S, Nguyen T, Brennan J, Rivera-Tovar A, et al. Using the communication assessment tool in family medicine residency programs. *Fam Med.* 2010 Sep;42(8):567-73. | [PubMed](#) |
15. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract.* 2011;17(2):268-74. | [Cross-Ref](#) | [PubMed](#) |

16. Ferreira Padilla G, Ferrández Antón T, Baleriola Júlvez J, Almeida Cabrera R. [Communication skills in the curriculum of Medical students from Spain (1990-2014): From the Primary Health Care to the Bologna Plan. A descriptive study]. *Aten Primaria*. 2015 Aug-Sep;47(7):399-410. | CrossRef | PubMed |
17. Rodríguez A, Mardones F, Villarroel L. [Evaluation of a scale to assess physician-patient relations]. *Rev Med Chil*. 2012 Feb;140(2):176-83. | CrossRef | PubMed |
18. Myerholtz D. Assessing Family Medicine Residents' Communication Skills From the Patient's Perspective: Evaluating the Communication Assessment Tool. *J Grad Med Educ*. 2014 Sep;6(3):495-500. | CrossRef | PubMed |
19. Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, Buderer N. Measuring general surgery residents' communication skills from the patient's perspective using the Communication Assessment Tool (CAT). *J Surg Educ*. 2014;72(1):108-16. | Link |
20. Ramos-Rodríguez C. Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med*. 2008;69(1):12-6. | Link |
21. Mendoza Cinthya R-RC, Gutiérrez Ericson. Relación médico-paciente percibida por usuarios de consultorios externos de un hospital de Lima, Perú. *Horiz Med* 2016; 16 (1): 14-19. | Link |
22. Moore P, Gomez G, Kurtz S. Doctor-patient communication: one of the basic competencies, but different. *Aten Primaria*. 2012 Jun;44(6):358-65. | CrossRef | PubMed |
23. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA. [Validity and reliability of a tool for assessing clinical communication in consultations: the CICAA questionnaire]. *Aten Primaria*. 2006 Apr 15;37(6):320-4. | PubMed |
24. Zevallos-Palacios C, Quispe R, Mongilardi N, Montori VM, Málaga G. [Patients' participation in clinical decision making as a strategy to protect their rights]. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013 Apr;30(2):363-4. | PubMed |
25. Mongilardi N, Montori V, Riveros A, Bernabé-Ortiz A, Loza J, Málaga G. Clinicians' involvement of patients in decision making. A video based comparison of their behavior in public vs. private practice. *PLoS One*. 2013;8(3):e58085. | CrossRef | PubMed |
26. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med*. 2003 Aug;78(8):802-9. | PubMed |
27. Valverde Bolívar FJ, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Aten Primaria*. 2018 Dec;50(10):621-628. | CrossRef | PubMed |

Correspondencia a

Av. Honorio Delgado 430
 Urb. Ingeniería, San Martín de Porres
 Lima 31. Perú



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.