

¹Centro de Investigación de Estudios Avanzados del Maule, Vicerrectoría de Investigación y Postgrado, Universidad Católica del Maule. Curicó, Chile.

²Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Mar del Plata, Argentina.

³Sociolingüista, PhD en Lingüística.

^bDoctor en Administración, Master in Business Administration.

Este trabajo fue financiado en todas sus etapas por ANID, FONDECYT N° 11190052 (2019-2022) titulado Rapport and diagnosis in the doctor-patient relationship: A sociolinguistic study of local and migrant doctors in Chile.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 7 de mayo de 2021, aceptado el 21 de diciembre de 2021.

Correspondencia a:

Dra. Mariana Lazzaro-Salazar
Centro de Investigación de Estudios Avanzados del Maule.
Vicerrectoría de Investigación y Postgrado. Universidad Católica del Maule. Carmen 284, Curicó, Chile.
mlazzaro@ucm.cl
lazzaromari@gmail.com

Instrumentos estandarizados para medir la relación médico-paciente: una revisión sistemática de la literatura internacional e iberoamericana

MARIANA LAZZARO-SALAZAR^{1,a}, LUCAS PUJOL-COLS^{2,b}

A systematic review of standardized instruments to measure the doctor-patient relationship

The current health situation caused by the COVID-19 pandemic has prompted a reconfiguration of the doctor-patient relationship. We performed a systematic review to comparatively evaluate the instruments most used to study communication in the doctor-patient relationship. We identified 43 instruments assessing different aspects of the doctor-patient relationship, of which 34 correspond to Anglo-Saxon literature and nine to Latin American texts. The psychometric evidence for many of these instruments is incipient. Most of these instruments contemplate a unidirectional design and address similar dimensions of the doctor-patient relationship, particularly in the Latin American context where the relationship is mostly studied in a unidimensional way. We propose recommendations for the development, revision, or refinement of instruments that measure communication in the doctor-patient relationship.
(Rev Med Chile 2022; 150: 512-531)

Key words: COVID-19; Health Care Surveys; Interpersonal Relations; Physician-Patient Relations.

La relación médico-paciente (en adelante, RMP) juega un papel fundamental en la rutina profesional de los médicos dado que la interacción con los pacientes es la columna vertebral de su práctica profesional y del cuidado de estos¹. Esta relación es tan vital para la prestación de cuidados que su valor terapéutico ha sido ampliamente reconocido en las áreas de antropología médica, sociología médica y educación médica². Como toda relación interpersonal, la RMP es compleja, dinámica y está constituida por un grupo de dimensiones agrupadas en un componente informativo y otro afectivo. Éstos involucran tanto un *cuidado cognitivo* mediante la entrega de un diagnóstico y un tratamiento efectivo, como también un *cuidado emocional* del

paciente mediante la construcción de una relación empática, auténtica, respetuosa y de confianza, entre otros aspectos³. Naturalmente, ambos componentes están interrelacionados y se construyen de forma situada e interaccional mediante la comunicación entre el médico y el paciente. Desde un enfoque de la medicina centrada en el paciente, una comunicación exitosa en la RMP implica fomentar la confianza entre el médico y el paciente de modo de promover la satisfacción usuaria y la continuidad del cuidado⁴.

La situación sanitaria actual propiciada por la pandemia del COVID-19 ha provocado una reconfiguración de la RMP⁵, no solamente en la forma de entender esta relación y de comunicarse entre ambos (médico y paciente), sino también

en las expectativas de los familiares de estos pacientes y en las altas exigencias y demandas que el sistema sanitario impone sobre la labor profesional de los médicos. Por estas razones, es esperable que en un futuro inmediato la investigación social en contextos de salud pública se concentre en estudiar la resignificación de estos roles en la RMP en un contexto comunicativo para evaluar el impacto de estos en la atención primaria y en el manejo de enfermedades a corto y largo plazo.

A nivel investigativo la pandemia también presenta desafíos sin precedentes en el acceso de los investigadores a espacios de la salud pública⁶. El riesgo de contagio y la priorización de actividades intra-hospitalarias vinculadas con el manejo del COVID-19 hace que el balance en la relación riesgo-beneficio de la investigación social sea frecuentemente desfavorable, lo que plantea el desafío de revisar los procesos, modos y estrategias de estudio para continuar avanzando con la investigación social en un contexto sanitario tan adverso. De esta forma, durante la pandemia la investigación social en el área de la salud pública ha privilegiado la utilización de metodologías de aplicación remota y el uso de tecnologías digitales como instancias de recolección de datos, reemplazando así metodologías más tradicionales en las ciencias sociales como la entrevista semi-estructurada y la grabación de datos naturales. En este contexto, es apropiado considerar el estudio de la comunicación en la RMP a través de instrumentos tales como cuestionarios (o escalas) que permitan avanzar en nuestra comprensión de esta relación en instituciones públicas de salud en Chile durante la crisis sanitaria e incluso en la etapa post-pandémica. A la fecha, sin embargo, los instrumentos utilizados para el estudio de la comunicación en la RMP se presentan en una producción fragmentada de la literatura, con poca conexión entre ella y en un grado alto de ambigüedad de las dimensiones que forman parte de esta relación. Este estudio propone ordenar la literatura para identificar los instrumentos que gozan de mayor aceptación y tienen mayores fortalezas en el estudio de la comunicación en la RMP de modo tal de reducir la ambigüedad en el campo y de que a futuro se pueda producir conocimiento sobre la base de las mismas escalas que permita realizar comparaciones entre culturas, países y contextos. A continuación, se presentan

los resultados de una revisión sistemática de los principales instrumentos a través de los cuales se han estudiado aspectos comunicativos de la RMP tanto en la literatura internacional como iberoamericana.

Métodos

Este artículo consiste en una revisión sistemática^{7,8} que tiene por propósito realizar una evaluación comparativa de los instrumentos más utilizados en el estudio aspectos comunicativos de la RMP. La misma se realiza con la intención de sintetizar e integrar la literatura más relevante e influyente sobre estos instrumentos, señalar sus principales limitaciones y proponer recomendaciones que contribuyan a mejorar los instrumentos existentes y/o desarrollar otros que permitan examinar de manera confiable, válida y exhaustiva las dimensiones centrales de la RMP y la comunicación entre ambos actores sociales en el ámbito local, iberoamericano e internacional.

La revisión se realizó en dos etapas (Figura 1). En primera instancia, se efectuó una búsqueda avanzada en inglés, restringida al título, resumen y palabras clave, en las bases de datos electrónicas contenidas en Web of Science, Scopus, PubMed y Medline Complete. En ésta se introdujo una clave de búsqueda que contuviera los términos más amplios y frecuentemente utilizados en el campo de estudio (ver "Búsqueda 1" en la Figura 1). Por su parte, dado que las revisiones sistemáticas de instrumentos que evalúan aspectos comunicativos de la RMP realizadas hasta la fecha solo contemplan artículos en inglés y estudios realizados en contextos anglosajones⁹, en la segunda etapa se utilizó la misma clave de búsqueda de la etapa 1 traducida al español y, además, se incorporó la base de datos Scielo como representativa de la investigación indexada de más alto prestigio en contextos iberoamericanos. Para ambas etapas se excluyeron aquellos trabajos que: 1) no examinaran de modo empírico la RMP a través de una encuesta, cuestionario o escala (ej. artículos de revisión, notas, comentarios editoriales y ensayos); 2) no consideraran aspectos comunicativos de la RMP (ej. percepción usuaria solo de instalaciones hospitalarias); 3) no involucraran médicos graduados en ejercicio de la profesión (ej. estudiantes de medicina y residentes).

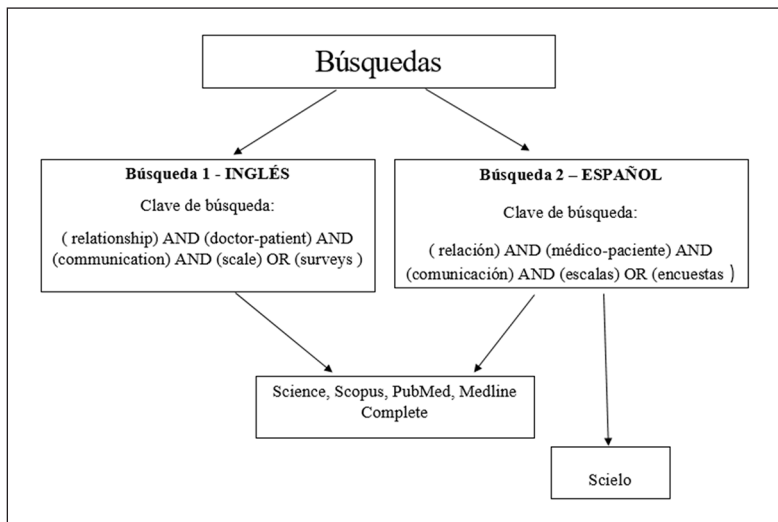


Figura 1. Etapas de búsqueda. Fuente: Elaboración propia. Fecha de búsqueda: 14 de abril de 2021.

Con respecto a la etapa 1, la introducción de la clave de búsqueda resultó en la identificación de 3,5+ millones de publicaciones arbitradas, de las cuales 47 cumplieron con los criterios de inclusión mencionados en el párrafo anterior. Con respecto a la etapa 2, se identificaron 3.861 publicaciones arbitradas, de las cuales 30 cumplieron con los criterios señalados. Luego de realizar un análisis minucioso del total de artículos encontrados en cada etapa, se procedió a excluir aquellos que: 1) efectuaran traducciones de otros instrumentos ya validados; 2) representaran validaciones posteriores de un instrumento ya publicado; 3) desarrollaran instrumentos en idiomas distintos del inglés o el español; y 4) no reportaran las propiedades psicométricas del instrumento elaborado (Figura 2).

Como resultado de la combinación de etapas anteriores, el cuerpo central de esta revisión quedó constituido por 35 instrumentos en inglés (Etapa 1) y 9 instrumentos en español (Etapa 2). Los datos bibliográficos, fenómenos examinados, cualidades psicométricas, estadios de validación, entre otros aspectos, de cada instrumento fueron descritos y sistematizados en las Tablas 1 a 4. A su vez, se construyeron otras dos tablas (Tablas 5 y 6) que permiten comparar los niveles de impacto de los instrumentos encontrados según el idioma de publicación en función de distintos criterios bibliométricos ampliamente difundidos, como el factor de impacto SRJ y el Índice-h.

Resultados

La revisión realizada confluyó en la identificación de 43 instrumentos que permiten examinar distintos aspectos de la comunicación en la RMP, de los cuales 34 fueron publicados en inglés en revistas científicas anglosajonas (Tabla 1) y 9 fueron desarrollados en español y publicados mayormente en revistas científicas iberoamericanas (Tabla 2). Se observó que la gran mayoría de los instrumentos revisados han sido construidos sobre la base de teorías, modelos y proposiciones lo suficientemente consolidadas en la literatura y que, incluso, varios de ellos representan refinamientos o adaptaciones de otros instrumentos también ampliamente difundidos. Esto es particularmente relevante pues permite dar cuenta de su validez de contenido, es decir, del grado en que cada instrumento aborda razonablemente el dominio de contenido teórico que pretende medir. En este sentido, las Tablas 3 y 4 muestran que algunos de los instrumentos revisados han sido construidos para medir esta compleja relación desde una perspectiva multi-dimensional, que considera aspectos tanto del cuidado cognitivo como del cuidado afectivo del paciente¹⁰⁻¹⁷, mientras que la mayoría de estos han buscado centrarse solo en aspectos específicos del cuidado afectivo, como la construcción de confianza¹⁸⁻²⁰, las conductas pro-sociales²¹ y la empatía²²⁻²⁶, o del cuidado cognitivo, como el contenido de la consulta médica (ej. entrega del diagnóstico)^{27,28}, la toma de decisiones

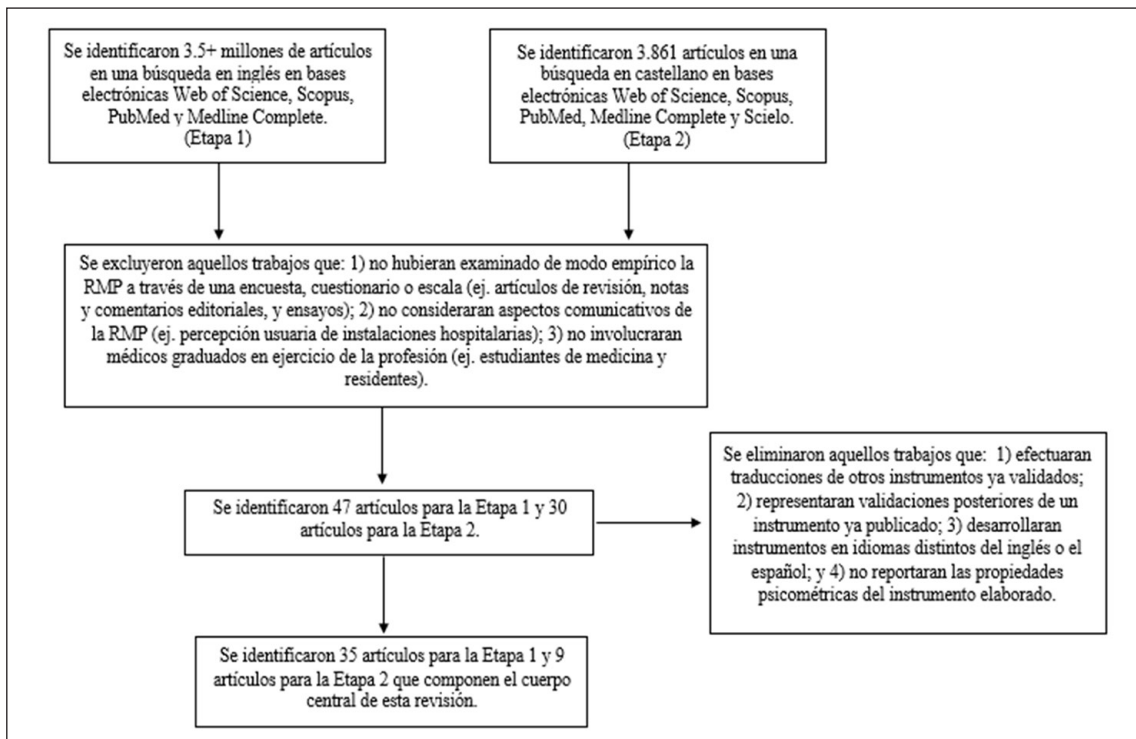


Figura 2. Diagrama de flujo de proceso de revisión. Fuente: Elaboración propia, adaptación del diagrama PRISMA⁷.

compartida^{29,30} o estilos de comportamiento comunicativo^{17,31,32}. Asimismo, como puede observarse en las tablas, la mayoría de los instrumentos revisados han optado por centrarse en una de las partes de la RMP, específicamente, en la que corresponde a las percepciones de los pacientes sobre alguna o varias de las dimensiones que caracterizan su relación con el médico^{27,33,34}. Muy pocos instrumentos han sido elaborados para examinar las percepciones de los médicos^{20,22,35} o han efectuado un abordaje bi-direccional de esta relación^{17,36,37,38}.

Esta evaluación del contenido de las escalas reveló además que existen en la literatura muchos instrumentos que apuntan a medir los mismos (o similares) aspectos de la RMP^{10,11,13,22,24,39,40,41}. Asimismo, varios de los instrumentos se encuentran aún en etapas iniciales de validación, existiendo evidencia incipiente o moderada de sus propiedades psicométricas, particularmente en el contexto iberoamericano, con solo algunas excepciones^{35,42,43}.

En este sentido, se vio que la mayoría de los instrumentos revisados han realizado un reporte relativamente profundo de sus propiedades psicométricas, particularmente de su validez de

contenido, consistencia interna y confiabilidad *test-retest*. Sin embargo, solo una proporción menor de los mismos ha brindado evidencia de su dimensionalidad, validez concurrente y validez empírica (también llamada predictiva o nomológica). Con respecto a este último punto, cabe señalar que para la gran mayoría de los instrumentos revisados se ha analizado la dimensionalidad de sus escalas exclusivamente desde un enfoque exploratorio, recurriendo para ello al análisis de componentes principales o al análisis factorial exploratorio^{13,14,25,28,44-51}. Solo algunos de ellos han logrado confirmar la dimensionalidad propuesta por medio de técnicas confirmatorias (análisis factorial confirmatorio)^{15,16,35,52}. Incluso, se observó que ninguno de los instrumentos revisados efectuó un análisis exhaustivo de la invariancia factorial o de la validez convergente y discriminante (las cargas factoriales deberían ser superiores a 0,70; la varianza media extraída debería ser superior a 0,50; la confiabilidad compuesta tendría que ser mayor a 0,70; y la varianza media extraída de cada dimensión debería ser superior a la varianza compartida con otras dimensiones^{53,54}).

Tabla 1. Instrumentos en inglés sobre la relación médico-paciente

Nombre del instrumento	Año	Autores	Destinatario	Ítems	Contenido examinado	Validación psicométrica inicial	Pruebas	Muestra/s	Citas en Google Scholar	¿Validaciones posteriores?	Evidencia psicométrica acumulada	¿Validado en español?
The Jefferson Scale of Physician Empathy	2001	Hojat et al.	Médicos	20	Empatía	ED, CI, Vcon, AFE, CO-AC, VE	ED, CI, Vcon, AFE, CO-AC, VE	289 médicos, residentes y estudiantes	889	Sí (ej. Tavakol et al., 2011)	Robusta	Sí (ej. Alcoriza et al., 2016)
The Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire (DDPRQ)	1994	Hahn et al.	Médicos y pacientes	30	Relaciones difíciles entre médicos y pacientes	AS, CO-AC, AFE	AS, CO-AC, AFE	54 médicos	333	No	Incipiente	No
The Consultation and Relational Empathy (CARE) measure	2004	Mercer et al.	Pacientes	10	Empatía	CON, ED, CI, CO-AC, Vcon	CON, ED, CI, CO-AC, Vcon	43 pacientes	538	Sí (ej. Fung et al., 2009)	Moderada	No
The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale	2006	Bova et al.	Pacientes	15	Confianza	CON, ED, AS, AFE, CI-AC, Vcon	CON, ED, AS, AFE, CI-AC, Vcon	99 individuos adultos con HIV	86	Sí (ej. Bova et al., 2012)	Moderada	No
Wake Forest Physician Trust Scale	2002	Hall et al.	Pacientes	10	Confianza	CON, CO-AC, AS, CI, AFE, CTR, Vcon	CON, CO-AC, AS, CI, AFE, CTR, Vcon	Varias muestras independientes según etapa	608	Sí (ej. Bachinger et al., 2009)	Robusta	No
The Relational Communication Scale for Observational Measurement	2001	Gallagher et al.	Observadores externos de interacciones reales grabadas	34	Comunicación relacional	CO-AC. En Gallagher et al. (2006) también se realizan AFE	CO-AC. En Gallagher et al. (2006) también se realizan AFE	20 médicos	65	Sí (ej. Gallagher et al., 2005)	Incipiente	No
The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care	2004	Van der Feltz-Cornelis et al.	Pacientes	9	RMP en la atención primaria	CO-AC, AS, CI, AFE, CTR	CO-AC, AS, CI, AFE, CTR	165 pacientes	200	Sí (ej. Zenger et al., 2014)	Robusta	Sí (ej. Martínez-Fernández et al., 2010)
A scale to measure Patients' Commitment to Their Primary Physician	2008	Berry et al.	Pacientes	30	Compromiso de los pacientes con su médico de cabecera	CON, AFE y la CO-AC	Se reporta evidencia limitada de pruebas de CON, AFE y la CO-AC	869 pacientes en salas de espera de clínicas	176	No	Incipiente	No

The Trust in Physician Scale	1990	Anderson y Dedrick	Pacientes	11	Confianza	CON, CO-AC, ED, AC, VE	166 pacientes hombres	877	Sí (ej. Thom et al., 1999)	Robusta	No
Stanford Trust in Physician Scale (STP)	1999	Thom et al.	Pacientes	11	Confianza	ED, AC, CO-AC, CTR, Vcon	414 pacientes mayores de edad	552	Adaptación de Anderson y Dedrick (1990)	Robusta	No
Physician Trust in the Patient Scale	2011	Thom et al.	Médicos	12	Confianza	CON, CO-AC, ED, AS, AC, AFE, VC, VD	61 médicos sobre 168 pacientes indigentes y con HIV	117	No	Moderada	No
Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale (MTHCSS)	2008	Egede y Ellis	Pacientes	17	Confianza en el sistema de salud	CON, ED, CI, CO-AC, AFE, VE	257 estudiantes y 301 pacientes adultos	93	Sí (ej. Ding et al., 2013)	Moderada	No
The Inpatient Treatment Alliance Scale	2004	Blais	Pacientes	10	Alianza en el tratamiento hospitalizado	ED, AC, CO-AC, AFE, VE	140 pacientes hospitalizados	62	Sí (ej. Munder et al., 2010)	Incipiente	No
The Kim Alliance Scale (KAS)	2001	Kim et al.	Pacientes	30	Calidad de la alianza terapéutica	CON, CO-AC, AFE, ED, AC, CI, VC, VD, VE	68 enfermeras que hubieran tenido contacto con algún proveedor de salud	75	Sí (ej. Kim et al., 2008)	Robusta	No
The 4-Point ordinal Alliance Scale (4PAS)	2009	Misdrahi et al.	Pacientes	11	Calidad de la alianza terapéutica	ED, AFE, CO-AC, Vcon, VE	92 pacientes hospitalizados	50	No	Incipiente	No
The Human Connection (THC) Scale	2009	Mack et al.	Pacientes	16	Calidad de la alianza terapéutica	ED, CI, AC, CO-AC, AFE, VCon, VE	217 pacientes con cáncer avanzado	142	Sí (ej. Opalinski et al., 2019)	Moderada	No
Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy	2007	Kane et al.	Pacientes	5	Empatía	ED, AC, CO-AC, AFE, VCon	225 pacientes de atención médica ambulatoria	188	Sí (ej. Gosselin et al., 2017)	Incipiente	No
Short form of the Kim Alliance Scale (KAS-R)	2008	Kim et al.	Pacientes	16	Calidad de la alianza terapéutica	ED, AC, AFE, CO-AC, VE, VC, VD	601 adultos que hubieran tenido interacciones con un médico	82	No	Moderada	No

Revised version of the Health Care Relationship Trust Scale	2012	Bova et al.	Pacientes	13	Confianza	ED, CI, AC, AFE, CO-AC, VCon	431 pacientes adultos	74	No	Incipiente	No
The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21)	2002	Meakin y Weinman	Pacientes	21	Satisfacción con la consulta médica	ED, CI, AC, AFE, AS, CO-AC	341 pacientes mayores de 16 años	198	Sí (ej. Aziz et al., 2014)	Moderada	No
The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)	1978	Wolf et al.	Pacientes	26	Conductas del médico	ED, AC, CO-AC	150 pacientes en tres ensayos	487	Sí (ej. Meakin y Weinman, 2002)	Robusta	No
Patient Self-Assessment of Communication Item Pool, Version 4.0	2010	Ashton et al.	Pacientes	138	Conductas comunicativas durante la visita médica	CON	21 individuos	9	No	Incipiente	No
The CollaborATE instrument	2014	Barr et al.	Pacientes	3	Toma de decisiones compartida	ED, AC, VCon, VD	1341 individuos	162	Sí (ej. Broström et al., 2018)	Moderada	Sí (ej. Ruiz Yanzi et al., 2018)
A Patient Measure of Doctor-Patient Caring	2012	Buetow et al.	Pacientes	25	Calidad de cuidado del médico	CON, ED, AC, CO-AC, AFE, VC, VD	495 pacientes en sala de espera de Nueva Zelanda	8	No	Incipiente	No
The Patient's Communication Perceived Self-Efficacy Scale (PCSS)	2014	Capone y Petrillo	Pacientes	16	Manejo de situaciones comunicativas con el médico	CON, ED, AC, CI, AFE, AFC, CO-AC, VC, VD	1069 pacientes dados de alta, en 2 estudios independientes	22	Sí (ej. Liu et al., 2021)	Moderada	No
A scale to measure trust and respect in the patient-clinician relationship	2019	Crits-Christoph et al.	Pacientes	8	Confianza y respeto	ED, AC, AFE, CO-AC, VCon	218 individuos en la sala de altas de una clínica psiquiátrica	2	No	Incipiente	No
The Provider Alliance Scale (PAS)	2018	Graybeal et al.	Pacientes	4	Calidad de la alianza terapéutica	ED, AC, CO-AC, VCon	40 pacientes y 228 estudiantes con experiencia de atención primaria	0	No	Incipiente	No

The Leeds Attitudes to Concordance (LATCon) scale	2001	Raynor et al.	Profesionales de la salud/ Pacientes	12	Concordancia en la comunicación sobre salud	ED, AC, CI, CO-AC	81 estudiantes, médicos y enfermeras	49	Sí (ej. He et al., 2015)	Moderada	Sí (ej. de las Cuevas et al., 2012)
Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)	2010	Kriston et al.	Pacientes	9	Toma de decisiones compartida	CON, ED, AC, CI, AS, AFE, CO-AC	2.351 pacientes usuarios de seguros de salud	439	Sí (ej. Hurley et al., 2018)	Robusta	Sí (ej. de las Cuevas et al., 2015)
Interpersonal Processes of Care (IPC) Survey	2007	Stewart et al.	Pacientes	29	Procesos interpersonales relacionados con el cuidado	CON, ED, AC, CI, AFE, CO-AC	1.664 pacientes	180	Sí (ej. Peimani et al., 2020)	Robusta	No
The Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale	2011	Ridd et al.	Pacientes	8	Profundidad de la relación médico-paciente	CON, ED, AC, AFE, CO-AC, CTR	1.184 pacientes en 5 fases secuenciales de estudio	64	No	Incipiente	No
The Patient-Health Care Provider Communication Scale (PHCPCS)	2012	Salt et al.	Pacientes	21	Calidad de la comunicación	CON, ED, AC, AFE, CO-AC, VCon, CTR	150 pacientes adultos con artritis reumática	12	No	Incipiente	No
The Four Habits Coding Scheme (4HCS)	2006	Krupat et al.	Observadores externos de interacciones reales grabadas	23	Comunicación durante la visita médica	ED, AC, CO-AC, VCon	100 interacciones grabadas en video con 50 médicos	244	Sí (ej. Scholl et al., 2014)	Incipiente	No
A Matched-pair Instrument to Examine Doctor-Patient Communication Skills	2007	Campbell et al.	Pacientes y médicos	19	Comunicación durante la visita médica	ED, AC, CI, CO-AC, AFE	1.845 diadas entre médicos y pacientes	83	No	Incipiente	No

Fuente: Elaboración propia. Notas. CON = Validez de contenido, ED = Cálculo de estadísticos descriptivos, AC = Análisis correlacionales, CO-AC = Consistencia interna - coeficiente alfa de Cronbach, AS = Análisis de sensibilidad, AFE = Dimensionalidad - Análisis Factorial Exploratorio, AFC = Dimensionalidad - Análisis Factorial Confirmatorio, CI = Comparaciones inter-grupos, VC = Validez convergente, VD = Validez discriminante, Vcon = Validez concurrente, VE = Validez empírica, predictiva o nomológica, CTR = Confiabilidad test-retest, CO = Empleo de escalas de control. La consulta en Google Scholar se realizó el 20 de abril de 2021.

Tabla 2. Instrumentos en español sobre la relación médico-paciente

Nombre del instrumento	Año de publicación	Autores	Destinatario	Ítems	Contenido examinado	Pruebas	Validación psicométrica inicial	Citas en Google Scholar	¿Validaciones posteriores?	Evidencia psicométrica acumulada
Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS)	2016a	Leal et al.	Profesionales de la salud	46	Habilidades de comunicación en profesionales de salud	CON, ED. En Leal et al. (2016b) también se calcularon ED y se realizaron AFE, AFC, CO-AC y VE	27 expertos	30	Sí (ej. Leal et al., 2016b)	Moderada
Adaptación del Cuestionario de Buenas Prácticas de Comunicación Profesional para Observación Externa	2016	Plaza-Carmona y Requena-Hernández	Observadores externos	22	Conductas y actitudes pro-sociales	ED	20 profesionales de la salud	3	No	Incipiente
Cuestionario Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar (CICAA)	2006	Ruiz-Moral y Périola de Torres	Observadores externos	29	Comunicación clínica de un profesional de la salud	CON, ED, AC, AS, CO-AC. En Gavilán Moral et al. (2010) se calcularon ED y se realizaron AC, CI, AFE, CO-AC, VCon, VC	20 profesionales de la salud	39	Sí (ej. Gavilán Moral et al., 2010)	Moderada
Versión en español del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-13)	2009	Mingote et al.	Pacientes	13	Satisfacción con la relación médico-paciente	ED, AC, AS, CO-AC, AFE	188 pacientes de 6 especialistas en Medicina Interna	24	Sí (ej. Martín-Fernández et al., 2010)	Robusta
Versión en español del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)	2010	Martín-Fernández et al.	Pacientes	9	Satisfacción con la relación médico-paciente	ED, AC, CI, CO-AC, AFE	451 pacientes de 6 centros de salud	39	No	Robusta
Cuestionario de Preferencias de Comunicación en Pacientes Oncológicos	2005	Nuria Sánchez et al.	Pacientes	32	Preferencias de comunicación de los pacientes oncológicos	ED, AC, CI, CO-AC	180 pacientes oncológicos	15	No	Incipiente

Versión en español de la Jefferson Scale of Physician Empathy	2016	Alcorta-Garza et al.	Médicos	20	Empatía de los médicos con los pacientes	ED, AC, CI, CO-AC, AFE, AFC	896 profesionales de la salud de 5 países	29	Sí (e.g., Blanco et al., 2018)	Robusta
Versión en español del Primary Care Assessment Survey (PCAS)	2012	Benachi Sandoval et al.	Pacientes	33	Evaluación de la atención primaria de la salud	AC, CO-AC, AFE	244 pacientes adultos que hubieran visitado un centro de salud	10	No	Robusta
Escala de Creencias sobre Médicos	2018	Baeza-Rivera et al.	Pacientes	26	Creencias culturales de los pacientes sobre los médicos	ED, AFE, CO-AC	337 padres, madres o cuidadores de niños con experiencia de atención médica	1	No	Incipiente

Fuente: Elaboración propia. Notas. CON = Validez de contenido, ED = Cálculo de estadísticos descriptivos, AC = Análisis correlacionales, CO-AC = Consistencia interna - coeficiente alfa de Cronbach, AS = Análisis de sensibilidad, AFE = Dimensionalidad - Análisis Factorial Exploratorio, AFC = Dimensionalidad - Análisis Factorial Confirmatorio, CI = Comparaciones inter-grupos, VC = Validez convergente, VD = Validez discriminante, Vcon = Validez concurrente, VE = Validez empírica, predictiva o nomológica, CTR = Confiabilidad test-retest, CO = Empleo de escalas de control. La consulta en Google Scholar se realizó el 20 de abril de 2021.

Tabla 3. Operacionalización en dimensiones específicas de la relación médico-paciente (instrumentos en inglés)

Nombre del instrumento	Contenido examinado	Dimensiones
The Jefferson Scale of Physician Empathy	Empatía	Preocupación empática, toma de perspectiva, fantasía, calidez, obediencia, fe en las personas, empatía, simpatía, compasión, confianza, tolerancia, crecimiento personal, neutralidad clínica, auto-protección, comunicación, humor
The Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire (DDPRQ)	Relaciones difíciles entre médicos y pacientes	El paciente irritable y exigente, disforia del médico, cumplimiento y comunicación, el paciente auto-destructivo, el paciente seductor
The Consultation and Relational Empathy (CARE) measure	Empatía	Amabilidad, calidez, tiempo, participación, atención, obtención de información, comprensión, preocupación, trato y toma de decisiones
The Health Care Relationship (HCR) Trust Scale	Confianza	Intercambio de conocimientos, conexión emocional, conexión profesional, respeto, honestidad, asociación
Wake Forest Physician Trust Scale	Confianza	Fidelidad, competencia, confidencialidad, honestidad y confianza global
The Relational Communication Scale for Observational Measurement (RCS-O)	Comunicación relacional	Apertura de la entrevista, comportamiento de atención (postura y contacto visual), iniciación (preguntas), respuesta enfática y cierre de la entrevista

The Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9) in Primary Care	Relación médico-paciente en la atención primaria	Amabilidad, confiabilidad, comprensión, dedicación y accesibilidad del médico, así como qué tan satisfecho está el paciente con su atención y cuánto acuerdo existe sobre la naturaleza de los problemas del paciente
A scale to measure Patients' Commitment to Their Primary Physician	Compromiso de los pacientes con su médico de cabecera	Confiianza
The Trust in Physician Scale	Confiianza	Fiabilidad, confiianza, confidencialidad de la información
Stanford Trust in Physician Scale (STP)	Confiianza	Satisfacción del paciente, humanidad del médico, características de la relación paciente-médico y confiianza interpersonal general
Physician Trust in the Patient Scale	Confiianza	Brindar información precisa y completa, adherirse al plan de tratamiento acordado, participar activamente en su atención, respetar al médico, no manipular para obtener beneficios secundarios, permanecer comprometido con la relación
Multidimensional Trust in Health Care Systems Scale (MTHCSS)	Confiianza	Confiianza en los proveedores de atención médica, confiianza en los pagadores de la atención médica, confiianza en las instituciones de atención médica
The Inpatient Treatment Alliance Scale	Alianza en el tratamiento hospitalizado	Factores primarios de alianza en términos de vínculo, metas y colaboración
The Kim Alliance Scale (KAS)	Calidad de la alianza terapéutica	Colaboración (negociación, cooperación, participación), comunicación (vinculación, provisión de información, expresión de preocupación), integración (equilibrio de poder), empoderamiento (autoeficacia, asociación, igualdad)
The 4-Point ordinal Alliance Scale (4PAS)	Calidad de la alianza terapéutica	Empatía, psico-educación
The Human Connection (THC) Scale	Calidad de la alianza terapéutica	Empatía, cuidado mutuo y respeto, comprensión de información, confiianza, trabajo colaborativo
Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy	Empatía	Comprensión, preocupación, perspectiva del paciente
Short form of the Kim Alliance Scale (KAS-R)	Calidad de la alianza terapéutica	Colaboración (negociación, cooperación, participación), comunicación (vinculación, provisión de información, expresión de preocupación), integración (equilibrio de poder) y empoderamiento (autoeficacia, asociación, igualdad)
Revised version of the Health Care Relationship Trust Scale	Confiianza	Conexión interpersonal, comunicación respetuosa y asociación profesional
The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21)	Satisfacción con la consulta médica	Cognitiva, afectiva y conductual: comodidad en la comunicación, creencia de angustia, intento de cumplimiento, simpatía

The Medical Interview Satisfaction Scale (MISS)	Comportamiento del médico	Cognitivas, afectivas y conductuales: comodidad en la comunicación, creencia de angustia, intento de cumplimiento, simpatía
Patient Self-Assessment of Communication Item Pool, Version 4.0	Comportamientos comunicativos durante la visita médica	Preparación para la consulta médica, provisión de una narrativa, entrega de información sobre el estado de salud, solicitud de información, verificación de información, solicitud de acciones específicas, puesta en común de preocupaciones
The CollaborATE instrument	Toma de decisiones compartida	Explicación del problema de salud, identificación de las preferencias del paciente, integración de las preferencias del paciente
A Patient Measure of Doctor-Patient Caring	Calidad de cuidado del médico	Cuidado, empatía
The Patient's Communication Perceived Self-Efficacy Scale (PCSS)	Capacidad de manejar situaciones comunicativas	Entrega de información, construcción y mantenimiento de la relación, escucha al médico
A scale to measure trust and respect in the patient-clinician relationship	Confianza y respeto	Lazos, acuerdos sobre tareas, acuerdos sobre metas
The Provider Alliance Scale (PAS)	Calidad de la alianza terapéutica	Relación (escuchar), comunicación (sentirse cómodo), asociación (toma de decisiones), tratamiento (apropiado)
The Leeds Attitudes to Concordance (LATCon) scale	Concordancia en la comunicación sobre salud	Actitudes positivas y negativas sobre el respeto por las creencias y deseos del paciente en lugar de una actitud egocéntrica
Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)	Toma de decisiones compartida	Información, tratamiento
Interpersonal Processes of Care (IPC) Survey	Procesos interpersonales relacionados con el cuidado	Comunicación apresurada, inquietudes presentadas-respondidas, explicación de resultados de laboratorio y medicamentos, toma de decisiones centrada en el paciente, compasivo, respetuoso, discriminatorio, personal de oficina irrespetuoso
The Patient-Doctor Depth-of-Relationship Scale	Profundidad de la relación médico-paciente	Conocimiento, conexión/confianza
The Patient-Health Care Provider Communication Scale (PHPCPS)	Calidad comunicativa	Comunicación de calidad y comunicación negativa entre el paciente y el proveedor de atención médica
The Four Habits Coding Scheme (4HCS)	Comportamientos comunicativos durante la consulta médica	Compartir (información y toma de decisiones) y cuidar (expectativas, sentimientos, valores)
A Matched-pair Instrument to Examine Doctor-Patient Communication Skills	Comportamientos comunicativos durante la consulta médica	Aspectos del proceso de la visita (ej. saludo del paciente, escucha y comprensión) y contenido de la visita (ej. explicaciones, opciones de tratamiento, siguientes pasos)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4. Operacionalización en dimensiones específicas de la relación médico-paciente (instrumentos en español)

Nombre del instrumento	Contenido examinado	Dimensiones
Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS)	Habilidades de comunicación en profesionales de salud	Comunicación informativa, escucha activa, empatía, respeto, autenticidad, asertividad
Adaptación del Cuestionario de Buenas Prácticas de Comunicación Prosocial para Observación Externa	Conductas y actitudes pro-sociales	Conformidad de la dignidad del otro; evaluación positiva de los comportamientos del otro; apertura y disponibilidad cuando soy receptor; vacío de uno mismo; evaluación positiva de los comportamientos del otro; empatía, reciprocidad y unidad; información suficiente, apropiada, no excesiva y frecuente; explicitación de las reglas de manera prosocial; cultivación de un objeto empático concreto
Cuestionario Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar (CICAA)	Comunicación clínica de un profesional de la salud	Conexión, identificación y comprensión de problemas, acuerdo, ayuda a actuar (contenido, actos del habla, conductas comunicativas no verbales, valoración afectiva, actividades conjuntas)
Versión en español del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-13)	Satisfacción con la relación médico-paciente	Comunicación, satisfacción con el tratamiento, accesibilidad al médico, confianza
Versión en español del Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)	Satisfacción con la relación médico-paciente	Comunicación, satisfacción con el tratamiento, accesibilidad al médico, confianza
Cuestionario de Preferencias de Comunicación en Pacientes Oncológicos	Preferencias de comunicación de los pacientes oncológicos	Contenido, apoyo, facilitación
Versión en español de la Jefferson Scale of Physician Empathy	Empatía de los médicos con los pacientes	Reconocimiento de perspectiva del paciente, cuidado compasivo, "caminar en los zapatos del paciente"
Versión en español del Primary Care Assessment Survey (PCAS)	Evaluación de la atención primaria de la salud	Accesibilidad, continuidad, integralidad, integración, interacción clínica, trato interpersonal, confianza
Escala de Creencias sobre Médicos	Creencias culturales de los pacientes sobre los médicos	Características personales (positivas, negativas y neutras), competencias laborales, diferencias entre médicos

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Impacto de las revistas que hubieran publicado instrumentos en inglés sobre la relación médico-paciente

Revista	Editorial	Lugar	Instrumentos identificados	Factor de impacto SRJ - 2019	Índice-h
Educational and Psychological Measurement	Sage	U.S.A.	1	1,80	88
Journal of Clinical Epidemiology	Elsevier	Holanda	1	2,70	203
Family Practice	Oxford University Press	Reino Unido	2	0,86	96
Research in Nursing & Health	Wiley	U.S.A.	2	0,76	81
Health Services Research	Wiley	Reino Unido	1	1,62	116
Patient Education and Counseling	Elsevier	Irlanda	6	1,24	131
General Hospital Psychiatry	Elsevier	Holanda	1	1,43	100
Annals of Family Medicine	Annals of Family Medicine, Inc	U.S.A.	3	1,76	107
Psychological Reports	Sage	U.S.A.	1	0,47	63
Medical Care	Lippincott Williams & Wilkins	U.S.A.	1	2,04	170
Journal of General Internal Medicine	Springer	Alemania	1	1,44	172
Journal of Nervous and Mental Disease	Lippincott Williams and Wilkins Ltd.	U.S.A.	1	0,83	118
Clinical Nursing Research	Sage	U.S.A.	1	0,48	40
Comprehensive Psychiatry	Elsevier	Reino Unido	1	1,16	100
Cancer	Wiley	U.S.A.	1	3,07	292
Croatian Medical Journal	Croacia	Medicinska Naklada d.o.o	1	0,36	56
Military Medicine	Association of Military Surgeons of the US	U.S.A.	1	0,41	63
Journal of Behavioral Medicine	Springer	U.S.A.	1	1,23	90
Journal of Medical Internet Research	Journal of medical Internet Research	Canada	1	1,19	127
BMC Psychology	BioMed Central Ltd.	Reino Unido	1	0,88	16
Quality of Life Research	Springer	Holanda	1	1,12	137
International Journal of Pharmacy Practice	Wiley	Reino Unido	1	0,44	35
Health Research & Educational Trust	American Hospital Association	U.S.A.	1	No Scopus	No Scopus
Chronic Illness	Sage	Reino Unido	1	0,66	38
Medical Education	Wiley	Reino Unido	1	1,71	129

Media	1,24	107
Mediana	1,18	100
Porcentaje de revistas en Q1	68,00%	
Porcentaje de revistas en Q2	20,00%	
Porcentaje de revistas en Q3	8,00%	
Porcentaje de revistas en Q4	0,00%	

Fuente: Elaboración propia sobre consulta realizada en Scimago Journal & Country Rank (<https://www.scimagojr.com/>) el 26 de abril de 2021.

Tabla 6. Impacto de las revistas que hubieran publicado instrumentos en español sobre la relación médico-paciente

Revista	Editorial	Lugar	Instrumentos identificados	Factor de impacto SRJ - 2019	Índice-h
Anales de Psicología	Universidad de Murcia Servicio de Publicaciones	España	1	0,44	26
Gerokomos	Spanish Publishers Associates	España	1	0,15	11
Atención Primaria	Ediciones Doyma, S.L.	España	2	0,32	37
Actas Españolas de Psiquiatría	STM Editores S.A	España	1	0,43	30
Psicooncología	Universidad Complutense de Madrid	España	1	0,18	9
Frontiers in Psychology	Frontiers Media S.A.	Suiza	1	0,91	95
Revista Panamericana de Salud Pública	Pan American Health Organization	U.S.A.	1	0,41	54
Revista Médica de Chile	Sociedad Médica de Santiago	Chile	1	0,21	37
Media				0,38	37,38
Mediana				0,37	33,50
Porcentaje de revistas en Q1				11,11%	
Porcentaje de revistas en Q2				22,22%	
Porcentaje de revistas en Q3				33,33%	
Porcentaje de revistas en Q4				22,22%	

Fuente: Elaboración propia sobre consulta realizada en Scimago Journal & Country Rank (<https://www.scimagojr.com/>) el 26 de abril de 2021.

Por último, en las Tablas 5 y 6 es posible observar el impacto de las revistas científicas en las que fueron publicados los instrumentos internacionales e iberoamericanos identificados en la presente revisión (y que fueron descritos en las Tablas 1 a 4). Como es posible observar en las mismas, casi el 90% de los instrumentos en inglés fueron publicados en revistas científicas anglosajonas cuyo factor de impacto SRJ-2019 e Índice-h permitió ubicarlas dentro de los dos primeros cuartiles del ranking de Scimago. En cambio, solo un porcentaje apenas superior a 30% de los instrumentos en español fue publicado en revistas científicas ubicadas dentro de los dos primeros cuartiles de Scimago, mientras que una proporción superior a 55% de los mismos lo hizo en revistas ubicadas en los cuartiles III y IV de esta base.

Discusión y conclusiones

A continuación, se presenta una breve matriz de recomendaciones para el desarrollo, la creación, revisión y/o refinamiento de instrumentos que

miden diversos aspectos comunicativos que hacen a la RMP. Como se observa en la Figura 3, estas recomendaciones se organizan temáticamente de la siguiente forma: 1) recomendaciones dirigidas al campo de la investigación social de la RMP en tiempos de pandemia; 2) recomendaciones dirigidas al desarrollo de instrumentos de medición de la RMP y 3) recomendaciones para la investigación iberoamericana de la RMP.

Con respecto al primer punto, la pandemia presenta el desafío de avanzar en el abordaje de la reconfiguración de la RMP a través de metodologías remotas (ej. uso de instrumentos como escalas y cuestionarios). En este contexto, además de mejorar la calidad de los instrumentos disponibles (como se reflexiona debajo), desde un punto de vista práctico, será también necesario evaluar cuáles son las tecnologías más adecuadas (ej. plataformas de cuestionarios online) para este campo de investigación en comunicación considerando que el relevamiento de información en esta área del conocimiento se ha realizado más comúnmente de forma presencial, mediante la grabación de datos naturales. Se deberá reflexionar sobre



Figura 3. Matriz de recomendaciones RMP. Fuente: Elaboración propia.

los diseños metodológicos que favorecen estas tecnologías e instrumentos, su tasa de éxito y su efectividad en abordar el tema en cuestión. Será además importante reportar las limitaciones, problemáticas y desafíos que se presenten al abordar diversos aspectos de la comunicación en la RMP desde este tipo de metodologías e instrumentos.

Con respecto al segundo punto, la presente revisión sistemática identificó que existe, hasta el momento, una gran cantidad de instrumentos que permiten examinar la RMP. Sin embargo, la mayoría de los instrumentos aborda la comunicación en la RMP de forma parcial, es decir a través de una sola dimensión que compone la relación y que no existe la suficiente claridad sobre las ventajas y/o beneficios relativos de cada uno de ellos, la excesiva producción de instrumentos podría afectar, en parte, la comparabilidad de los hallazgos de las investigaciones sobre la RMP y/o dificultar la realización de metaanálisis que resuman la evidencia científica producida hasta el momento en este campo. Solo una proporción verdaderamente minoritaria de los instrumentos reportados en estos estudios logra reflejar la multi-dimensionalidad de esta compleja relación. Por otra parte, se observó que, si bien el número de instrumentos sobre la comunicación en la RMP es ciertamente abundante, muchos de ellos se encuentran aún en estadios iniciales o intermedios de validación. Es fundamental, entonces, que futuras investigaciones se concentren en brindar evidencia psicométrica robusta de los instrumentos que hasta el momento han sido propuestos, en lugar de desarrollar escalas adicionales que presentan diferencias y/o refinamientos demasiado sutiles con respecto a las ya existentes. Esta evidencia debería incluir, por ejemplo, la confirmación de la dimensionalidad propuesta y de su invariancia entre grupos, el análisis de la validez convergente y discriminante, el estudio de la estabilidad de los constructos a través del tiempo, la influencia de potenciales variables de control en la medición de la RMP (como la personalidad de los actores) y el examen de la vinculación de los fenómenos abordados con otros relevantes de la red nomológica. Asimismo, es vital que estos estudios de validación involucren participantes de diferentes países y contextos, de modo que sea posible brindar evidencia de la validez intercultural de los instrumentos. Se cree que las iniciativas anteriores resultan centrales para lograr hallazgos científicos

que sean comparables entre investigaciones y culturas, y que, además, puedan ser sintetizados cuantitativamente a través de futuros estudios metaanalíticos.

Con respecto al tercer punto, en esta revisión se observó que los instrumentos desarrollados en el contexto iberoamericano para medir la RMP se focalizan mayormente en la dimensión del cuidado afectivo del paciente. Sin embargo, diversos estudios reflexionan sobre la multidimensionalidad del cuidado en la RMP enfatizando que este se compone de aspectos tanto cognitivos como afectivos que son centrales al desarrollo de la confianza y la acción terapéutica^{1,55}. Más aun, la creciente interculturalidad de los sistemas públicos de la salud en contextos iberoamericanos hace que la entrega de diagnóstico y la toma de decisiones en conjunto presenten mayores dificultades comunicativas. Esto es especialmente cierto en países como Chile⁵⁶, donde se observa una composición socio-demográfica diversa y multi-étnica tanto en la población de pacientes como de los profesionales de la salud, sumado por estos días a las complejidades propias del entorno sanitario en pandemia. En este sentido, los instrumentos unidimensionales resultan insuficientes al momento de reflejar la complejidad de la interacción intercultural en la RMP, más aún en tiempos de pandemia. Por último, creemos que la unidimensionalidad de los instrumentos analizados influye sobre las posibilidades de su publicación en revistas de más alto impacto. En este sentido, los resultados presentados en la sección anterior nos hacen concluir que la indexación de estos artículos sitúa a los instrumentos desarrollados en contextos iberoamericanos en una posición desventajosa de (in)visibilidad académica que le resta valor competitivo y reconocimiento científico global en el campo, lo que relega el avance científico de la investigación de la comunicación en la RMP en el contexto iberoamericano.

Es por todo lo expuesto que consideramos necesario que el desarrollo y/o refinamiento de instrumentos que miden la RMP en contextos iberoamericanos afiancen la exploración de la relación desde una perspectiva comunicativa multi-dimensional que considere los aspectos cognitivos y afectivos además de aspectos socioculturales de esta relación. A su vez, es fundamental que estas dimensiones reflejen los varios aspectos que las componen, tales como la experticia técnica,

aspectos temporales y comunicación verbal y no verbal para la dimensión cognitiva, y la empatía, el respeto, el interés y la confianza para la dimensión cognitiva. Un abordaje multidimensional de la RMP no solo aportará mayor riqueza de conocimiento, sino que también facilitará el posicionamiento internacional de la literatura iberoamericana en este campo de estudios.

Referencias

- Mahmud A. Doctor-patient relationship. *Pulse* 2009; 3 (1): 12-4.
- Kelley J, Kraft-Todd M, Schapira G, Kossowsky L, Riess H. The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS One* 2014; 9 (4): e94207.
- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiu A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-62.
- Saa D. Doctor-patient relationship. *Colombia Médica* 2008; 39 (3): 287-90.
- Gomes VTS, Rodrigues RO, Gomes RNS, Gomes MS, Viana LVM. The doctor-patient relationship in the context of the COVID-19 pandemic. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2020; 66: 7-9.
- Lazzaro-Salazar M. Mapping the complexities of intercultural healthcare research during the pandemic: Empirical, theoretical and practical implications for Chile. Charla plenaria en 3rd International E-Symposium on Communication in Health Care: Advancing frontiers of health communication research, education and practice during the pandemic. 2 marzo 2021; University of Hong Kong, Hong Kong.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine* 2009; 6 (7): 1-6.
- Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica* 2010; 135 (11): 507-11.
- Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012; 65 (1): 10-5.
- Wolf MH, Putnam SM, James SA, Stile WB. The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine* 1978; 1 (4): 391-401.
- Meakin R, Weinman J. The 'Medical interview satisfaction scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Family Practice* 2002; 19 (3): 257-63.
- Mack JW, Block SD, Nilsson M, et al. Measuring the therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: The Human Connection scale. *Cancer* 2009; 115: 3302-11.
- Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB. The health care relationship (HCR) trust scale: development and psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health* 2006; 29 (5): 477-88.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HW, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26 (2): 115-20.
- Capone V, Petrillo G. Patient's Communication Perceived Self-efficacy Scale (PCSS): construction and validation of a new measure in a socio-cognitive perspective. *Patient Education and Counseling* 2014; 95 (3): 340-7.
- Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Services Research* 2007; 42 (3p1): 1235-56.
- Campbell C, Lockyer J, Laidlaw T, MacLeod H. Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practising doctors. *Medical Education* 2007; 41 (2): 123-9.
- Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports* 1990; 67 (3_suppl): 1091-100.
- Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA, & The Stanford Trust Study Physicians. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. *Medical Care* 1999; 37: 510-7.
- Thom DH, Wong ST, Guzman D, Wu A, Penko J, Miaskowski C, Kushel M. Physician trust in the patient: development and validation of a new measure. *The Annals of Family Medicine* 2011; 9 (2): 148-54.
- Plaza-Carmona M, Requena-Hernández C. Uso de la comunicación prosocial en profesionales sanitarios y sociales con personas mayores: estudio piloto. *Gerokomos* 2016; 27 (1): 13-8.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educational and Psychological Measurement* 2001; 61 (2): 349-65.

23. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice* 2004; 21 (6): 699-705.
24. Kane GC, Gotto JL, West S, Hojat M, Mangione S. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croatian Medical Journal* 2007; 48 (1): 81-6.
25. Misdrahi D, Verdoux H, Lançon C, Bayle F. The 4-Point ordinal Alliance Self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50 (2): 181-5.
26. Buetow S, Fuehrer A, Macfarlane K, McConnell D, Moir F, Huggard P, et al. Development and validation of a patient measure of doctor-patient caring. *Patient Education and Counseling* 2012; 86 (2): 264-9.
27. Sánchez N, Sirgo A, Hollenstein MF, León C, Lacorte MT, Salamero M. Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del "Measure of Patient's Preferences". *Revista Interdisciplinaria de Investigación y Clínica Biopsicosocial en Oncología* 2005; 2 (1): 2.
28. Benachi Sandoval N, Castillo Martínez A, Vilaseca Llobet JM, Torres Belmonte S, Risco Vilarasau E. Validación de la versión en español del cuestionario PCAS para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2012; 31: 32-9.
29. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling* 2010; 80 (1): 94-9.
30. Barr PJ, Thompson R, Walsh T, Grande SW, Ozanne EM, Elwyn G. The psychometric properties of CollaboRATE: a fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. *Journal of Medical Internet Research* 2014; 16 (1): e2.
31. Ashton CM, Holt CL, Wray NP. A patient self-assessment tool to measure communication behaviors during doctor visits about hypertension. *Patient Education and Counseling* 2010; 81 (2): 275-314.
32. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Education and Counseling* 2006; 62 (1): 38-45.
33. Ridd MJ, Lewis G, Peters TJ, Salisbury C. Patient-doctor depth-of-relationship scale: development and validation. *The Annals of Family Medicine* 2011; 9 (6): 538-45.
34. Salt E, Crofford LJ, Studts JL, Lightfoot R, Hall LA. Development of a quality of patient-health care provider communication scale from the perspective of patients with rheumatoid arthritis. *Chronic Illness* 2012; 9 (2): 103-15.
35. Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Soler-González J, Roig H, Vivanco L. Cross-validation of the Spanish HP-version of the Jefferson scale of empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Frontiers in Psychology* 2016; 7: 1002.
36. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology* 1994; 47 (6): 647-57.
37. Raynor DK, Thistlethwaite JE, Hart K, Knapp P. Are health professionals ready for the new philosophy of concordance in medicine taking? *International Journal of Pharmacy Practice* 2001; 9 (2): 81-4.
38. Graybeal C, DeSantis B, Duncan BL, Reese RJ, Brandt K, Bohanske RT. Health-related quality of life and the physician-patient alliance: a preliminary investigation of ultra-brief, real-time measures for primary care. *Quality of Life Research* 2018; 27 (12): 3275-9.
39. Kim SC, Boren D, Solem SL. The Kim Alliance Scale: development and preliminary testing. *Clinical Nursing Research* 2001; 10 (3): 314-31.
40. Kim SC, Kim S, Boren D. The quality of therapeutic alliance between patient and provider predicts general satisfaction. *Military Medicine* 2008; 173 (1): 85-90.
41. Bova C, Route PS, Fennie K, Ettinger W, Manchester GW, Weinstein B. Measuring patient-provider trust in a primary care population: Refinement of the health care relationship trust scale. *Research in Nursing & Health* 2012; 35 (4): 397-408.
42. Martín-Fernández J, del Cura-González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria* 2010; 42 (4): 196-203.
43. Ruiz-Moral R, de Torres LP. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA. *Atención Primaria* 2006; 37 (6): 320-4.
44. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R. Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues. *Health Services Research* 2002; 37 (5): 1419-39.
45. Gallagher TJ, Hartung PJ, Gregory SW. Assessment of a measure of relational communication for doctor-patient interactions. *Patient Education and Counseling* 2001; 45 (3): 211-8.
46. Berry LL, Parish JT, Janakiraman R, Ogburn-Russell L, Couchman GR, Rayburn WL, Grisel J. Patients' com-

- mitment to their primary physician and why it matters. *The Annals of Family Medicine* 2008; 6 (1): 6-13.
47. Egede LE, Ellis C. Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23 (6): 808-15.
 48. Blais MA. Development of an inpatient treatment alliance scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2004; 192 (7): 487-93.
 49. Mingote Adán J, Moreno Jiménez B, Rodríguez Carvajal R, Gálvez Herrer M, Ruiz López P. Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Españolas de Psiquiatría* 2009; 37 (2).
 50. Baeza-Rivera MJ, Betancourt H, Salinas-Oñate N, Ortiz MS, Marín O, Valle G. Identificación y medición de creencias culturales sobre los médicos: construcción y validación de un instrumento. *Rev Med Chile* 2018; 146 (3): 308-14.
 51. Crits-Christoph P, Rieger A, Gaines A, Gibbons MBC. Trust and respect in the patient-clinician relationship: preliminary development of a new scale. *BMC Psychology* 2019; 7 (1): 1-8.
 52. Leal C, Tirado S, Rodríguez-Marín J, van-der Hofstadt CJ. Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología/Annals of Psychology* 2016; 32 (1): 49-59.
 53. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R. *Multivariate data analysis: A global perspective*. London: Pearson Prentice Hall; 2010.
 54. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research* 1981; 18 (1): 39-50.
 55. Lazzaro-Salazar M. Mapping the complexities of intercultural healthcare research during the pandemic: Empirical, theoretical and practical implications for Chile. Keynote speaker en 3rd International E-Symposium on Communication in Health Care: Advancing frontiers of health communication research, education and practice during the pandemic; 2021 Marc 2; University of Hong Kong, Hong Kong.
 56. Lazzaro-Salazar M, Pujol Cols L. Conflict in migrant doctor-local doctor communication in public healthcare institutions in Chile. *Communication and Medicine* 2019; 16 (1): 1-14.