

J. C. Mingote Adán¹
B. Moreno Jiménez²
R. Rodríguez Carvajal²
M. Gálvez Herrer²
P. Ruiz López¹

Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid

² Universidad Autónoma de Madrid
Madrid

Introducción. El principal objetivo del presente estudio fue la adaptación del instrumento internacional *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ) que evalúa la calidad de la relación médico-paciente a una muestra española de pacientes de Medicina Interna en condiciones de práctica clínica habitual.

Método. Fueron evaluados 188 pacientes de 6 médicos especialistas en Medicina Interna de un Hospital Universitario de Madrid capital. Se recogieron información clínica y sociodemográfica y fue administrada la traducción española del cuestionario PDRQ.

Resultados. Los resultados indicaron niveles altos en fiabilidad, validez factorial y validez de contenido. Asimismo, a partir de los resultados obtenidos en la literatura científica se procedió al estudio de la validez criterial utilizando como criterio externo la continuidad del cuidado. Los resultados refrendan datos previos sobre la relación positiva entre calidad de la relación médico-paciente y continuidad del cuidado.

Conclusiones. El cuestionario final obtenido (CREM-P) de 13 ítems se muestra como un instrumento fiable, válido y de fácil cumplimentación, diseñado para permitir la evaluación tanto en contextos clínicos como de investigación.

Palabras clave:

Relación médico-paciente. Comunicación. Satisfacción del paciente. Calidad del cuidado. Médicos. Psicométrico. Cuestionarios. Adaptaciones. España. Adultos.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):94-100

Psychometric validation of the Spanish version of the Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ)

Introduction. The main aim of this study was to make a Spanish adaption of the international Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ) that assesses the quality of patient-doctor relationship in Spanish patients

Correspondencia:

Bernardo Moreno-Jiménez
Universidad Autónoma de Madrid
Ivan Paulov, 6
28049 Madrid
Correo electrónico: bernardo.moreno@uam.es

admitted to an Internal Medicine Service under conditions of regular clinical practice.

Method. A total of 188 adult patients of 6 Internal Medicine physicians from a University Hospital in downtown Madrid were analyzed. Sociodemographic and clinical variables were collected and the PDRQ Spanish version questionnaire was administered.

Results. Results showed excellent psychometric data on reliability, factorial, and construct validity. Furthermore, based on scientific literature, criteria validity was determined, considering continuity of care as external criteria. Results ratify previous data related to positive relation between quality of doctor-patient relation and continuity of care.

Conclusions. The Spanish 13 item version of the PDRQ (CREM-P in Spanish) proved to be a valid instrument for assessing the quality of patient-doctor relation in adult patients, with clinical and research value.

Key words:

Patient-doctor relationship. Communication. Patient satisfaction. Quality of Health Care. Physicians. Psychometric. Questionnaires. Translations. Spain. Adult.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años el sistema de salud nacional ha cambiado sustancialmente. Estos cambios han afectado a la práctica clínica en muchos aspectos, no sólo a nivel estructural y organizativo, sino también y de manera directa en la relación con el paciente. El pasado 16 de mayo de 2003 entró en vigor la Ley 41/2002, del 14 de noviembre, o Ley Básica de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Dicha ley pone énfasis en el cuidado centrado en el paciente como característica central de todas y cada una de las modificaciones realizadas con respecto a la Ley General de Sanidad de 1986. De manera general hablamos del cuidado centrado en el paciente como un aspecto de la relación médico-paciente que toma en consideración las preferencias, los problemas y las emociones de los pacientes¹. Actualmente es considerado como un mecanismo a través del cual se obtienen los mejores resultados del paciente a nivel físico,

psicológico y social. En este sentido, la calidad en la relación médico-paciente se ha relacionado con el éxito del tratamiento^{1,2}, los niveles de adhesión al tratamiento³ y la influencia de una mala praxis⁴. Incluso aquellos pacientes que no valoran la toma de decisiones conjunta, según el estudio de Thom y Campbell⁵ enfatizan en la necesidad de establecer una relación de complicidad como forma de aumentar el nivel de confianza.

El estudio de la relación médico-paciente ha sido objeto de investigación de muchas publicaciones del área clínica. Sin embargo, los resultados de la investigación realizada por Haidet et al.⁶ muestran que a pesar del esfuerzo realizado por los profesionales de la enseñanza, médicos y las instituciones, los estudiantes de los últimos años de medicina tienen más actitudes orientadas al paternalismo en la interacción médico-paciente de las esperadas, a pesar de conocer que una interacción centrada en el médico está relacionada con una menor satisfacción y confianza del paciente en la figura del médico. En un principio, la literatura relacionó el trato con pacientes difíciles con el origen de una relación clínica deficitaria⁷. La mayoría de las investigaciones se centraron en la valoración por parte del profesional médico de la calidad en su interacción con el paciente. En este sentido, Hahn et al.⁷ desarrollaron un cuestionario para evaluar las dificultades en la relación médico-paciente. En esta investigación los autores detectaron una serie de características propias del paciente difícil, tales como trastornos psiquiátricos, discapacidad funcional e insatisfacción con el cuidado. Estudios posteriores se han centrado en la búsqueda de estrategias de detección y manejo del paciente difícil, pero siempre desde la perspectiva paternalista del cuidado⁸.

Sin embargo, una relación médico-paciente apropiada y de calidad se caracteriza por una relación longitudinal entre el médico y el paciente (continuidad del cuidado)⁹, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento^{1,10}, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos¹¹.

Entre los diferentes aspectos que caracterizan la relación médico-paciente, uno de los más estudiados en la literatura son los niveles de comunicación. Los pacientes, independientemente de su estatus socioeconómico o grupo étnico, generalmente desean conocer plenamente los detalles de su diagnóstico y su posibilidad de cura¹². Sin embargo, diversos estudios indican que la información que proveen los médicos resulta parcial¹³. Este hecho contrasta con las demandas de información precisa de los síntomas y patologías de los pacientes para establecer el diagnóstico y tratamiento apropiados. Comunicación y honestidad entre médicos y pacientes es de vital importancia. Existe evidencia de que una comunicación explícita en el momento del diagnóstico, junto con la apertura a una discusión abierta sobre los posibles errores aumenta la relación médico-paciente y previene el número de errores en el tratamiento¹⁴. Estos datos reflejan la importancia de la participación del paciente en la toma de decisiones¹⁵. Sin embargo, generalmente los pacientes

son excluidos de este proceso a pesar del legítimo derecho de los pacientes de aceptar o rechazar el tratamiento¹⁶. Asimismo se han realizado diversos estudios cualitativos que describen el papel positivo de una comunicación precisa y afectiva¹⁷. En estos estudios la relación médico-paciente se explora a través del efecto terapéutico, los modelos de enfermedad y las expectativas del paciente.

Otro de los aspectos principales en la relación médico-paciente hace referencia a los niveles de satisfacción. La satisfacción del paciente con el cuidado es un concepto que refleja la percepción del paciente en cuanto a la calidad de la atención y el tratamiento recibido. Generalmente evaluado mediante autoinforme, en la literatura reciente se han desarrollado diversos cuestionarios centrados en la toma de decisiones¹⁸, en el acceso y uso de los distintos servicios sanitarios¹⁹ o en los niveles de satisfacción con el tratamiento²⁰ entre otros. La alianza terapéutica resulta crucial para la evaluación de la satisfacción médico-paciente relacionado con el desarrollo de una comprensión empática, una apertura interpersonal, un clima de autenticidad, confianza y aceptación¹⁷.

A partir de estas consideraciones sobre las distintas facetas de la relación médico-paciente consideradas en la literatura científica, Van der Feliz-Cornelis et al.²¹ desarrollaron un cuestionario no muy extenso que recogiera cada uno de los aspectos señalados de forma abreviada. El objetivo principal era el desarrollo de una herramienta de uso y aplicación asequibles que pudiera cuantificar la relación médico-paciente tanto en medicina general como en cada una de las especialidades clínicas e intervenciones estratégicas de promoción de la salud. El cuestionario se focaliza en la evaluación del médico como profesional efectivo y de ayuda para el paciente, características consideradas nucleares en la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas²². A partir de una revisión teórica, los autores utilizaron el Cuestionario de Alianza Terapéutica (HAQ) de Luborsky como punto base para el desarrollo del *Patient-Doctor Relationship Questionnaire* (PDRQ). Este cuestionario recoge algunos de los aspectos señalados hasta el momento como son la comunicación, la satisfacción con el tratamiento o la accesibilidad al médico.

Ante la ausencia de instrumentos de medida centrados en el paciente en la calidad de la relación médico-paciente, el objetivo del presente estudio fue adaptar al idioma español el cuestionario desarrollado al efecto por Van der Feltz-Cornelis et al.²¹. El presente estudio pretende también comprobar la consistencia interna y capacidad de discriminación y realizar la validación factorial, de contenido y de criterio del cuestionario.

MÉTODO

Sujetos

Fueron evaluados 188 pacientes de 6 médicos especialistas en medicina interna de un hospital universitario de Ma-

drid capital. Con una edad media de 61 años, el 50,3% eran hombres y el 49,7% mujeres. Estos pacientes presentaban una media de 5,7 años de tratamiento y el 94,1% habían seguido dicho tratamiento con el mismo médico durante el periodo de tiempo indicado.

Instrumentos

Se procedió a la adaptación al castellano del cuestionario PDRQ en su versión de 15 ítems. En primer lugar se realizó la traducción del cuestionario al español (CREM-P) y posteriormente se retrotradujo al inglés, evaluando el nivel de precisión y ajuste de las diferencias encontradas. Algunos ítems de ejemplo son: «Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud»; «Mi médico se esfuerza en ayudarme». El cuestionario presenta una escala de tipo Likert de 5 puntos, desde 1: nada apropiado, a 5: totalmente apropiado.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron distribuidos entre los meses de enero y marzo de 2005 nominalmente y por correo interno, a los médicos especialistas del servicio de medicina interna de un hospital universitario de Madrid capital. La cumplimentación por parte de los pacientes fue totalmente auto-dirigida y anónima. El proceso de evaluación partió del previo consentimiento informado de los sujetos junto con una hoja introductoria que informaba del motivo de la investigación. Dicha autorización, una vez codificada, fue separada inmediatamente del resto de los cuestionarios de evaluación con el objetivo de guardar el anonimato del participante. Por tanto, la cumplimentación por parte de los pacientes fue totalmente voluntaria, autodirigida y anónima.

RESULTADOS

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 13.0. En la tabla 1 se observan las medias varianzas e índices de asimetría y curtosis de los 15 ítems.

A partir de los datos obtenidos en varianzas y dt observamos que los niveles de variabilidad en la respuesta fueron moderados y siempre superiores a cero. Asimismo, a partir de esta tabla podemos apreciar el ajuste a la normal de cada uno de los ítems del cuestionario. En este sentido y atendiendo a los índices de asimetría se observa cómo todos los ítems presentan una asimetría negativa y por tanto una tendencia a puntuaciones de rango superior. Mientras que el índice de curtosis nos muestra una tendencia general a una distribución platicúrtica o aplanada, los ítems 6 y 15 tenderían a una distribución leptocúrtica o apuntada.

A partir de los análisis de correlaciones de los 15 ítems observamos que las correlaciones en su mayoría son supe-

Tabla 1	Medias, varianza, asimetría y curtosis				
	Media	Varianza	dt	Asimetría	Curtosis
Ítem 1	4,310	0,839	0,916	-1,165	0,728
Ítem 2	4,480	0,638	0,799	-1,649	2,961
Ítem 3	4,350	0,729	0,854	-1,275	1,448
Ítem 4	4,270	0,752	0,867	-0,957	0,283
Ítem 5	4,340	0,758	0,871	-1,378	2,027
Ítem 6	2,990	2,304	1,518	-0,041	-1,401
Ítem 7	4,380	0,674	0,821	-1,466	2,449
Ítem 8	4,230	1,024	1,012	-1,311	1,245
Ítem 9	4,290	0,773	0,879	-1,163	1,080
Ítem 10	4,300	0,920	0,959	-1,411	1,685
Ítem 11	4,210	1,004	1,002	-1,268	1,214
Ítem 12	4,320	0,734	0,856	-1,375	2,224
Ítem 13	4,340	0,798	0,894	-1,390	1,822
Ítem 14	3,990	1,136	1,066	-0,774	-0,099
Ítem 15	3,230	2,004	1,416	-0,196	-1,213

riores a 0,40, excepto en los ítems 6 y 15 con el resto de los ítems del cuestionario. Asimismo, el nivel de consistencia de los ítems a partir del índice de homogeneidad corregido nos muestra correlaciones superiores a 0,62, excepto para los ítems 6 ($r_{\text{corregida}}$: 0,095) y 15 ($r_{\text{corregida}}$: 0,426) (tabla 2).

Para analizar la capacidad de discriminación de los ítems de la escala se realizaron análisis T de diferencias de medias

Tabla 2	Análisis de consistencia y fiabilidad	
	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	0,757	0,909
Ítem 2	0,736	0,911
Ítem 3	0,725	0,911
Ítem 4	0,720	0,911
Ítem 5	0,774	0,909
Ítem 6	0,095	0,941
Ítem 7	0,759	0,910
Ítem 8	0,621	0,913
Ítem 9	0,710	0,911
Ítem 10	0,759	0,909
Ítem 11	0,729	0,909
Ítem 12	0,819	0,908
Ítem 13	0,788	0,908
Ítem 14	0,780	0,908
Ítem 15	0,426	0,924
α Cronbach	0,918	

para muestras independientes, dividiendo la muestra en tres grupos en función de la puntuación total (percentil 27 y percentil 73). Los resultados obtenidos mostraron niveles de significación inferiores a 0,05, excepto en el ítem 6 (t_{1-3} : -0,581; $p = 0,563$) y el ítem 15 (t_{2-3} : -1,649; $p = 0,102$).

Posteriormente se realizó el análisis factorial de los ítems cuyo resultado se aprecia en la tabla 3. La factorialización se llevó a cabo mediante análisis de componentes principales con rotación varimax según la validación del cuestionario original.

El análisis factorial de los 15 ítems mostró una solución a dos factores, explicando conjuntamente el 63,88% total de la varianza. Mientras que el primer factor presenta un autovalor de 8,53, explica el 56,88% de la varianza y está formado por 14 de los 15 ítems, el segundo factor con un autovalor de 1,05, explica el 7% de la varianza. Este segundo factor está compuesto exclusivamente por el ítem 6 («Siento que me cuesta entenderme con mi médico»). Asimismo se observa cómo el último ítem del primer factor, el ítem 15 («Mis síntomas probablemente desaparecerán»), satura 0,418 con el primer factor y 0,326 con el segundo. Según Nunnally²³, cada variable debe presentar una carga factorial mayor de 0,40 en su factor y menor de 0,30 en el resto de los factores. Por tanto, el ítem 15 presentaría un problema de escasa discriminación factorial.

A partir de todos los análisis realizados hasta el momento para la adaptación española parece aconsejable proceder a la eliminación de los ítems 6 y 15. En este sentido, el índice alfa de Cronbach de los 13 ítems restantes fue de 0,956 y el

análisis de diferencias de medias para evaluar la capacidad de discriminación del cuestionario final mostró niveles significativos inferiores a 0,05 en todos los casos.

Finalmente, la consistencia en la distribución del cuestionario final, los elevados pesos factoriales y el alto índice de fiabilidad indican la posibilidad de trabajar con un indicador global de evaluación del CREM-P. Las características descriptivas y de distribución de este factor global en la presente muestra aparecen en la tabla 4.

En los análisis realizados en el cuestionario original de Van der Feliz-Cornelis et al.²¹ los autores determinaron el uso de 9 de los 15 ítems a partir de los análisis psicométricos realizados. En nuestro estudio, con una muestra ligeramente superior (de 165 a 188), la mejor solución tanto factorial como de consistencia y discriminación fue de 13 ítems. En este sentido quisimos comprobar en qué medida ambos cuestionarios estaban midiendo lo mismo, es decir, estudiar la validez de contenido. Para ello a partir de los datos de medias y dt facilitados por los autores del cuestionario original realizamos un análisis T de diferencias de medias. La fórmula para el contraste de significación de diferencias de medias con muestras independientes con distinta n es²⁴:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{S_x \times \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}} \quad S_x^2 = \frac{(n_1 - 1) \times S_1^2 + (n_2 - 1) \times S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

Tabla 3	Análisis factorial	
	Factores	
	1	2
s12	0,851	
s7	0,821	
s1	0,819	
s3	0,810	
s13	0,808	
s4	0,805	
s5	0,800	
s2	0,797	
s14	0,790	
s11	0,788	
s10	0,775	
s9	0,753	
s8	0,687	
s15	0,418	0,326
s6		0,922

Tabla 4	Estadísticos descriptivos y de distribución del índice global
N	178
Media	3,617
Desviación típica	0,740
Varianza	0,548
Asimetría	-1,457
Error típico de asimetría	0,182
Curtosis	2,879
Error típico de curtosis	0,362
Mínimo	0,200
Máximo	4,330
Percentiles	
10	2,660
20	3,067
30	3,333
40	3,600
50	3,800
60	4,000
70	4,133
80	4,333
90	4,333

$$x_1 = 3,437 \text{ y } S_1 = 1,363 \text{ (} n_1 = 165 \text{).}$$

$$x_2 = 3,620 \text{ y } S_2 = 0,740 \text{ (} n_2 = 178 \text{).}$$

Para $t_{(277)0,05} \sim -1,645$ el valor de t obtenido fue de $-1,558$, por tanto no está en la región crítica (no es mayor que $-1,645$) y no podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias. Asimismo es importante refrendar este análisis mediante el tamaño del efecto. Según Welkowitz, Ewen y Cohen²⁵ un valor del tamaño del efecto inferior a 0,20 para un contraste de diferencia de medias debe ser interpretado como pequeño/nulo. El tamaño del efecto d obtenido fue igual a 0,168 ($r = 0,084$), lo que nos permite concluir que ambos cuestionarios están midiendo lo mismo.

Asimismo quisimos evaluar la validez de criterio de la adaptación española CREM-P. Consideramos que uno de los criterios externos más apropiados en este caso podría ser el tiempo que el paciente lleva con el mismo médico, de manera que a mayor tiempo con el mismo médico, mayores puntuaciones en la calidad de la relación médico-paciente.

A partir de la investigación realizada por Donahue et al.²⁶ se siguieron los mismos criterios para establecer los cuatro grupos de análisis, es decir, pacientes que llevaban 1 año o menos (de 0 a 12 meses) con el mismo médico, de 1 a 2 años (13 a 24 meses), de 3 a 5 años (25-60 meses) y más de 5 años (61 meses en adelante). De los 188 evaluados, 178 no habían cambiado de médico desde el inicio del tratamiento. En la tabla 5 aparecen los análisis chi cuadrado utilizados para comparar las diferencias en características sociodemográficas en función de cada uno de los grupos de años de continuidad con el mismo médico. Comparado con

los pacientes que llevan más de 5 años con el mismo médico, las personas con 1 año o menos suelen tener de 18 a 39 años (37,5 frente a 3,2%) (tabla 5).

Posteriormente se realizaron análisis de regresión logística para evaluar la relación existente entre continuidad en el tratamiento con el mismo médico y evaluación de la calidad en la relación médico-paciente. Debido a la significación obtenida en cuanto a edad, cada uno de los análisis fueron realizados introduciendo en el primer paso tanto la edad como el género (tabla 6).

Los pacientes con más de 5 años de tratamiento con el mismo médico presentaron significativamente mayor probabilidad de evaluar como apropiada la calidad de la relación médico-paciente que los pacientes con 1 año o menos (*odds ratio*: 8,577; intervalo de confianza del 95%: 7,904-9,250). Según estos datos, la probabilidad de considerar totalmente apropiada la relación médico-paciente es casi nueve veces mayor en los pacientes con más de 5 años frente a los de 1 año o menos. En los grupos de 1 a 2 años y de 3 a 5 años frente a más de 5 años las diferencias resultaron ser no significativas, aunque siempre mostrando una tendencia a aumentar la probabilidad de informar niveles más apropiados en la relación médico-paciente a mayor tiempo en la continuidad con el mismo médico, por tanto los datos demostraron la validez de criterio de la presente adaptación del CREM-P (tabla 7).

DISCUSIÓN

Los instrumentos de medida de la relación médico-paciente permiten cuantificar la opinión del paciente en cuanto a la comunicación, satisfacción y accesibilidad en el

Tabla 5	Análisis χ^2 de las características sociodemográficas en función del número de años en tratamiento con el mismo médico			
	% 1 año (0-12 meses) (n = 40)	% 1-2 años (13-24 meses) (n = 14)	% 3-5 años (25-60 meses) (n = 41)	% > 5 años (> 61 meses) (n = 63)
Edad	***			
18-39	37,5	7,1	7,5	3,2
40-64	25	21,4	40	33,9
65 +	37,5	71,5	52,5	52,9
Sexo				
Hombre	50	50	46,3	54,8
Mujer	50	50	53,7	45,2

*p<0,05 diferencia significativa de cada grupo con el de más de 5 años.
** p<0,01 diferencia significativa de cada grupo con el de más de 5 años.
*** p<0,001 diferencia significativa de cada grupo con el de más de 5 años.

Tabla 6	Análisis de regresión logística de la calidad en la relación médico-paciente en función del número de años en tratamiento con el mismo médico*		
	1 año frente a > 5 años	1-2 años frente a > 5 años	3-5 años frente a > 5 años
<i>Odds ratio</i> en calidad de la relación médico-paciente	8,577	2,368	2,359
IC 95%	(7,904-9,250)	(1,775-2,961)	(1,721-2,997)
Beta	2,149	0,862	0,858
p	0,001	0,146	0,179

*Resultados en comparación con el grupo de más de 5 años con el mismo médico ajustando por edad y sexo. IC: intervalo de confianza.

Tabla 7 Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P)

1. Mi médico me entiende
2. Confío en mi médico
3. Mi médico se esfuerza en ayudarme
4. Puedo hablar con mi médico
5. Estoy contento con el tratamiento que me ha puesto mi médico
6. Mi médico me ayuda
7. Mi médico me dedica suficiente tiempo
8. El tratamiento que me ha puesto mi médico me está beneficiando
9. Estoy de acuerdo con mi médico sobre la causa de mis síntomas
10. Encuentro a mi médico muy accesible
11. Gracias a mi médico me encuentro mejor
12. Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud
13. Ahora controlo mejor mis síntomas (aunque vea menos al médico)

trato con el médico y el tratamiento seguido¹. Sin embargo, en la práctica hay una carencia de instrumentos de medida fiables y sensibles centrados en el paciente que evalúen la calidad de la relación médico-paciente. La adaptación del presente cuestionario resulta en este sentido oportuna, en la medida en que se trata de un instrumento validado internacionalmente que nos permite la comparación entre diferentes países y posibilita la investigación internacional.

Cabe señalar algunas de las diferencias entre la presente investigación y la original y que se han ido considerando a lo largo de la presente investigación: las poblaciones de estudio difirieron tanto en tamaño muestral y especialidad médica como en variables sociodemográficas. Asimismo, al realizar el análisis factorial de los datos obtuvimos una dimensionalidad diferente de la original. Dado que el resultado de un análisis factorial se encuentra muy influido por el tipo muestral, la variabilidad podría ser debida a las diferencias entre las muestras y no tanto al cuestionario, según los resultados obtenidos en validez de contenido. Los ítems del cuestionario presentaron unos buenos niveles de homogeneidad corregida y en conjunto; el valor de alfa de Cronbach fue mayor que el descrito por Van der Feltz-Cornelis et al.²¹. Sin embargo, esta diferencia no resulta extraordinaria, ya que una vez realizados los análisis de fiabilidad y validez el cuestionario original quedó reducido a 9 ítems y la adaptación española a 13, y sabemos que a mayor número de ítems mayores suelen ser los índices alfa.

Una de las principales limitaciones del cuestionario es la visión unilateral centrada en el paciente en la relación mé-

dico-paciente. Sería, por tanto, interesante desarrollar en futuras investigaciones un instrumento orientado al médico que englobara todos y cada unos de los aspectos recogidos en el presente cuestionario. Asimismo, partiendo de la evaluación de un cuestionario centrado en las percepciones de los pacientes en cuanto a la actitud de ayuda de su médico debemos ser conscientes de la posibilidad de respuesta por deseabilidad social. En este sentido se intentó controlar esta variable asegurando una cumplimentación totalmente voluntaria, autodirigida y anónima. Por otro lado, las puntuaciones obtenidas con el CREM-P cubren todos los valores de la escala, y aunque existe una tendencia a puntuaciones de rango superior, los análisis realizados sobre la capacidad de discriminación y sensibilidad del cuestionario permiten concluir que la validez de la escala no se encuentra influenciada por el nivel de respuesta, aunque los niveles de fiabilidad sí podrían estar de alguna manera influenciados. En cuanto a la validez del instrumento CREM-P, consideramos necesarios nuevos estudios con otro tipo de pacientes en función del diagnóstico, el tratamiento y/o la especialidad médica para poder corroborar tanto la validez de contenido como estudiar la validez externa del cuestionario. Los resultados obtenidos en validez de criterio se basaron en la elección del criterio externo «continuidad del cuidado». Según un estudio de revisión realizado por Cabana y Jee¹⁷ con más de 5.000 artículos relacionados con la satisfacción del paciente y la continuidad de tratamiento con el mismo médico, los autores concluyeron que existe una fuerte asociación entre continuidad de cuidado y calidad del cuidado, incluso en pacientes con enfermedades crónicas. La continuidad en el tiempo permite a los médicos conocer mejor a sus pacientes²⁸ y tener mayor confianza²⁹. Además en una muestra donde el percentil 50 corresponde a una edad de 65 años, la elección de continuidad del cuidado como criterio externo parece bastante adecuado, sobre todo cuando los pacientes de mayor edad en relaciones médico-paciente más duraderas perciben al médico como una persona atenta y dedicada³⁰.

Creemos que la adaptación realizada nos ha permitido obtener un cuestionario fiable, válido y de fácil cumplimentación. Este instrumento permite evaluar la calidad de la relación médico-paciente, permitiendo la obtención de una importante visión de conjunto más que el conocimiento parcial de algunos de sus aspectos estudiados en la literatura como son los niveles de comunicación o satisfacción del paciente, teniendo en cuenta la posible variabilidad en función de la edad. Consideramos que el CREM-P puede ser utilizado como herramienta de estudio multicultural para investigar la influencia de la cultura en las relaciones médico-paciente. Esta actuación permitiría acceder a un mayor conocimiento de las relaciones médico-paciente en la interacción intercultural. Asimismo, a partir de cada uno de sus ítems, este instrumento puede ser utilizado como medida de análisis cualitativo en la práctica diaria, poniendo de manifiesto su potencial uso en programas de formación en prácticas y formación continuada del personal médico.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro sincero agradecimiento a las enfermeras, auxiliares clínicas y médicos del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, dirigido por el doctor Ángel del Palacio, por su interés y colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Castillo Garzón MJ. Comunicación: medicina del pasado, del presente y del futuro. *Rev Clin Esp* 2004;204:181-4.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985;102:520-9.
- DiMatteo MR. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA* 1994;271:79-83.
- Harpole LH, Orav J, Hickey M, Posther KE, Brennan TA. Patient satisfaction in the ambulatory setting: influence of data collection methods and sociodemographic factors. *J Gen Intern Med* 1996;11:431-4.
- Thom DH, Campbel B. Patient physician trust: an explanatory study. *J Fam Pract* 1997;44:169-76.
- Haidet P. et al. Medical students' attitudes toward patient-centered care and standardized patients' perceptions of humanism: a link between attitudes and outcomes. *Acad Med* 2002;76(10 Suppl.):42-4.
- Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatisation, personality and psychopathology. *J Clin Epid* 1994;47:647-57.
- Van der Feltz-Cornelis CM, Wijkkel D, Verhaak PFM, Collijn DH, Huysse FJ, Dyck van R. Psychiatric consultation for somatizing patients in the family practice setting: a feasibility study. *Int J Psychiatry Med* 1996;26:223-39.
- Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps rubella vaccination. *Am J Public Health* 2000;90:962-5.
- Vedsted P, Mainz J, Lauritzen T, Olesen F. Patient and GP agreement on aspects of general practice care. *Fam Pract* 2002;19:339-43.
- Kerse N, Buetow S, Mainous III AG, Young G, Coster G, Arroll B. Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med* 2004;2:455-61.
- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995;274:820-5.
- Field D, Copp G. Communication and awareness about dying in the 1990s. *Palliat Med* 1999;13:459-68.
- May T, Aulisio MP. Medical malpractice, mistake prevention, and compensation. *Kennedy Inst Ethics J* 2001;11:135-46.
- Craig YJ. Patient decision-making: medical ethics and mediation. *J Med Ethics* 1996;22:164-7.
- Moreno-Jiménez B, Rodríguez-Carvajal R, Gálvez M, Garrosa E. Aspectos psicosociales de la práctica clínica. *Atenc Prim Salud Ment* 2005;8:12-20.
- Besing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991;32:1301-10.
- Lerman CE, Brody DS, Caputo CG, Smith DG, Lazaro GC, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in Care Scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 1990;5:29-33.
- Steven ID, Thomas SA, Eckerman E, Browing C, Dickens E. A patient determined general practice satisfaction questionnaire. *Austr Family Physician* 1999;28:342-8.
- Beattie PF, Pinto MB, Nelson MK, Nelson RM. Patient satisfaction with physical therapy: instrument validation. *Phys Ther* 2002;82:557-65.
- Van der Feliz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk HWJ, De Beurs E, Van Dyck R. A patient-doctor relationship questionnaire (PDRO-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26:115-20.
- Horvath A, Gaston L, Luborsky L. The Therapeutic Alliance and its measures. En: Miller NE, Barber JP, Docherty JP, editores. *The psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice*. New York: Basic Books, 1993; p. 247-73.
- Nunnally JC. *Psychometric theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill, 1994.
- Pardo A, San Martín R. *Análisis de datos en Psicología II*. Madrid: Pirámide, 1998.
- Welkowitz J, Ewen RB, Cohen J. *Estadística aplicada a las ciencias de la educación*. Madrid: Santillana, 1981.
- Donahue KE, Ashkin E, Pathman DE. Length of patient-physician relationship and patients' satisfaction and preventive service use in the rural south: a cross-sectional telephone study. *BMC Fam Pract* 2005;6:40.
- Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004;53:974-80.
- Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. *Med Care* 1998;36(8 Suppl.):AS21-30.
- Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplak JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med* 1998;13:681-6.
- Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki P, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. *JAMA* 1984;252:2413-7.