



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL
PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA CONSULTA
AMBULATORIA BASADO EN EL MODELO CICAA EN UN CENTRO DE
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

DESIGN AND VALIDATION OF AN INSTRUMENT FOR PATIENT
PERCEPTION OF MEDICAL CARE IN THE OUTPATIENT CLINIC BASED
ON THE CICAA MODEL IN A PRIMARY CARE CENTER

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO
CIRUJANO

AUTORES

ALLISON ARACELI TORRES RODRIGUEZ
ELSON JOSEPH CHUPILLON BAUTISTA

ASESOR

DRA. PAMELA SUSAN CARRILLO ONOFRE

CO- ASESOR

DR. PAVEL JAIME CONTRERAS CARMONA

LIMA - PERÚ
2023

JURADO

Presidente: Dr. Ray Willy Ticse Aguirre
Vocal: Dra. Maria Sofia Cuba Fuentes
Secretario: Dr. Jose Argentino Nestares Rojas

Fecha de Sustentación: 20 de setiembre de 2023

Calificación: Aprobado

ASESORES DE TRABAJO DE TESIS

ASESOR

Dra. Pamela Susan Carrillo Onofre

Medicina Familiar

ORCID: 0000-0003-4606-0941

CO-ASESOR

Dr. Pavel Jaime Contreras Carmona

Medicina Familiar

ORCID: 0000-0002-7949-0393

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo de investigación a nuestros padres y familiares más queridos quienes nos apoyaron en todo el proceso de la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres y hermanos por todo el apoyo brindado en la carrera. Así mismo, a nuestros asesores por el arduo trabajo para sacar adelante este proyecto de tesis.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE PERCEPCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA CONSULTA AMBULATORIA BASADO EN EL MODELO CICAA EN UN CENTRO DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INFORME DE ORIGINALIDAD

9 %	9 %	2 %	1 %
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	americanae.aecid.es Fuente de Internet	1 %
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	1 %
3	docplayer.es Fuente de Internet	1 %
4	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1 %
5	repositorio.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
6	catalonica.bnc.cat Fuente de Internet	<1 %
7	digitum.um.es Fuente de Internet	<1 %
8	scielo.isciii.es Fuente de Internet	<1 %

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	3
III. Materiales y Métodos	4
IV. Resultados	10
V. Discusión	13
VI. Conclusiones	19
VII. Referencias Bibliográficas	20
VIII. Tablas, gráficos	25
Anexos	

RESUMEN

Introducción: la comunicación efectiva entre profesional de salud y paciente en la entrevista clínica ha sido evaluada usando la escala CICAA-CP; sin embargo, no se tiene desde la perspectiva del paciente.

Objetivo: diseñar y validar un instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la atención médica en consulta ambulatoria basado en el modelo CICAA en un centro de primer nivel de atención del Seguro Social de Salud.

Materiales y métodos: estudio observacional, analítico transversal e instrumental. Se diseñó un cuestionario (28 preguntas) desde el modelo CICAA. Médicos expertos realizaron validación de cara y contenido, se aplicó el cuestionario a pacientes al salir de consulta ambulatoria del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Se realizó una base de datos en Microsoft Excel para su análisis. Se utilizó el programa STATA 17.0. Se realizó análisis factorial exploratorio y de fiabilidad.

Resultados: la validación de contenido se realizó con la prueba V de Aiken con un valor de concordancia aceptable (≥ 0.7). Se aplicó el instrumento recolectando 345 encuestas. La pertinencia del análisis factorial exploratorio (AFE) se evaluó con la prueba de Bartlett y KMO. Luego, se procedió al AFE por componentes principales y rotación de Varimax, se identificó tres factores que explican 85,55% de la varianza total. La fiabilidad fue buena, Alpha de Cronbach 0,91. El instrumento final fue denominado Escala CEER versión para usuarios.

Conclusiones: la escala CEER versión para usuarios es un instrumento válido y fiable para evaluar la comunicación bidireccional en la entrevista clínica desde la perspectiva del paciente.

Palabras claves: Instrumento, percepción, primer nivel atención, educación médica.

ABSTRACT

Introduction: The effective communication between health personnel and the patient in a clinical interview has been evaluated using the CICAA scale; however, it is not taken from the patient's perspective.

Objective: Design and validate an instrument to measure the perception of patients about medical care in outpatient clinics based on the CICAA model in a first level care center of the Social Security Health.

Materials and methods: Cross-sectional, prospective observational study. A questionnaire (28 questions) was designed from the CICAA model. Expert physicians carried out face and content validation, the questionnaire was applied to patients upon leaving the outpatient clinic of the Juan José Rodríguez Lazo Polyclinic after the medical consultation. A Microsoft Excel database was created for analysis. The STATA 17.0 program was used. Exploratory and reliability factor analysis was performed. **Results:** The content validation was carried out with the Aiken V test with an acceptable concordance value (>0.7). The instrument was applied collecting 345 surveys. The relevance of the exploratory factor analysis (EFA) was evaluated with Bartlett and KMO test. Then, the AFE was carried out by principal components and Varimax rotation, identifying 3 factors that explain 85.55% of the total variance. Reliability was good, Cronbach's alpha on 0,91. The final instrument was called the CEER scale, the user's version.

Conclusions: The CEER scale version for users is a valid and reliable instrument to evaluate two-way communication in the face-to-face clinical interview from the patient's perspective.

Keyword: Instrument, perception, first level of care, medical education

I. INTRODUCCIÓN

Las competencias clínicas de un médico no se basan solamente en conocimiento clínico, examen físico y la correcta resolución de problemas; si no también en las habilidades comunicacionales. Sin embargo, estas últimas se consideraban innatas, por ende, no era posible instruirse para poder adquirirlas. Todo esto cambió a partir del año 1999, cuando la Asociación Americana de Escuelas de Medicina publicó un informe en el que recomendaba que toda escuela de medicina debía evaluar las habilidades comunicacionales de sus estudiantes, además de otros pilares como el liderazgo y el profesionalismo (2). Es así que, durante el primer decenio del siglo XXI empiezan a establecerse las bases conceptuales y metodológicas con respecto al aprendizaje de la comunicación en los estudiantes de carreras de la salud (3).

Existen diferentes instrumentos desarrollados durante los últimos años para analizar la comunicación efectiva entre el personal de salud y el paciente en una entrevista clínica. Estos se basan en cuestionarios, tanto en formas de escalas (rating scales), que permiten identificar el grado en el que el médico desarrolla ciertas habilidades; como también de listados de comprobación (checklists), que estiman si se realiza o no las conductas requeridas (1). Algunos de ellos son: Communication Assessment Tool score (CAT score), GATHA, Conectar, identificar y comprender los problemas, acordar y ayudar (CICAA), la Guía Calgary-Cambridge, entre otros.

En muchos países hispanohablantes, la escala CICAA (acrónimo de las tareas: conectar, identificar y comprender, acordar y ayudar), creada por Roger Ruiz

Moral, es un instrumento validado y fiable para evaluar entrevistas clínicas presenciales. Este instrumento consta de una lista de tareas comunicativas generales, habilidades estratégicas y elementos comunicativos básicos, las cuales son evaluadas mediante un observador externo; y puede ser usada con fines de enseñanza (formativos) o investigación. Actualmente, al igual que la escala CICAA, la Guía Calgary-Cambridge, diseñada por Kurtz y Silverman en Canadá en el año 1996, se encuentra validada y es fiable para entrevistas clínicas, sin embargo, esta es usada en mayor cuantía en el ámbito formativo de estudiantes de carreras de la salud tanto en pregrado como postgrado y también requiere de un observador externo. Esta guía de 71 ítems propone un modelo enfocado en construir una comunicación paciente-médico efectiva, fomentando una entrevista bien estructurada, la cual consta de 7 tareas: “Iniciando la sesión”, “Recogiendo información”, “Examen físico”, “Explicación y planificación”, “Construcción de la relación”, “Proporcionar estructura a la consulta” y “Cerrando la sesión”(26).

Debido a que estos instrumentos necesitan de un evaluador entrenado, surge la primera limitación, ya que el médico, al notar que está siendo observado puede cambiar o forzar ciertas conductas con el fin de tener una mejor calificación, afectando así los resultados. En un estudio prospectivo de evaluación de impacto realizado por la Universidad Nacional de Córdoba en el cual se incluyeron a 23 residentes de primer año de pediatría, se evidenció una mejoría significativa en cuanto a puntaje tras una retroalimentación basada en el modelo CICAA. Sin embargo, en este mismo estudio se menciona como limitación el

sesgo de observación, puesto que los médicos sabían que estaban siendo grabados (4).

A pesar de la importancia de contar con instrumentos fiables y validados que evalúen las competencias de relación clínica de profesionales y estudiantes de medicina en aprendizaje, desde la percepción del usuario, en el Perú aún no se cuenta con dicho tipo de instrumentos, adaptados a la realidad local.

Por lo mencionado anteriormente, el estudio pretendió diseñar un instrumento que evalúe la percepción de los pacientes en un ambiente de consulta ambulatoria en atención primaria y basado en el modelo CICAA. El instrumento desarrollado y validado en este estudio es útil para evaluar la comunicación bidireccional en una entrevista clínica presencial de un establecimiento de salud, así como también en la formación de estudiantes en escuelas de medicina.

II. OBJETIVOS

a. Objetivo general:

Diseñar y validar un instrumento para medir la percepción de los pacientes sobre la atención médica en consulta ambulatoria basado en el modelo CICAA en un centro de primer nivel de atención del Seguro Social de Salud.

b. Objetivos específicos

- i. Diseñar un instrumento de percepción de los pacientes sobre la atención médica en un centro de primer nivel de atención del Seguro Social de Salud basado en el modelo CICAA.**

- ii. Validar el instrumento de percepción de los pacientes sobre la atención médica en un centro de primer nivel de atención del Seguro Social de Salud basado en el modelo CICAA.
- iii. Describir las características psicométricas del instrumento de percepción de los pacientes sobre la atención médica en un centro de primer nivel de atención del Seguro Social de Salud basado en el modelo CICAA.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio:

El presente estudio es de diseño observacional, analítico transversal e instrumental.

Población:

La población estudiada fue el colectivo de pacientes del consultorio de medicina familiar, medicina general y medicina interna del policlínico Juan José Rodríguez Lazo – Chorrillos, el cual cuenta con una población de 180 mil adscritos, establecimiento de salud perteneciente a la Red Prestacional Rebagliati del seguro social de salud (EsSalud).

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo que impida interpretar las preguntas del cuestionario.

- Paciente con diagnóstico de trastorno de la salud mental que imposibilite el correcto llenado del cuestionario.

Muestra:

La muestra se calculó en base a un estudio previo, en el cual 66% (18) de pacientes calificaron como bueno, muy bueno y excelente a la percepción de la competencia comunicativa de un instrumento similar al CICAA, el instrumento Communication Assessment Tool (CAT). Además, se utilizó el cálculo de distribución normal, donde se encontró una muestra de 345 pacientes con un error = 0,05 y un nivel de confianza del 95%. El muestreo fue realizado por conveniencia.

Procedimiento y técnicas:

El cuestionario inicial constó de 28 preguntas divididas en tres partes, como en la escala CICAA. Las preguntas se califican con una escala tipo Likert, con una valoración numérica gradual, en cuanto a la aceptación, del 1 al 5 siendo el número 1 "Totalmente en desacuerdo", el número 2 "En desacuerdo", el número 3 "Ni de acuerdo ni en desacuerdo", el número 4 "De acuerdo" y el número 5 "Totalmente de acuerdo".

Validación de cara:

Las características de los expertos fueron las siguientes: tres médicos del primer nivel de atención, con por lo menos diez años de experiencia en consulta ambulatoria.

Se envió el instrumento al correo personal de cada médico experto junto a una matriz de evaluación con tres preguntas (Anexo 2) para evaluar

lenguaje sencillo, sintaxis y claridad. Cada médico experto completó la evaluación y envió sus respuestas a los investigadores. Una vez recepcionada las respuestas se hicieron las modificaciones sugeridas hasta lograr tener una valoración 100% positiva por cada uno de los médicos expertos.

Validación de contenido:

Las características del grupo de expertos fueron las siguientes: cinco médicos capacitados y/o entrenados en el modelo CICAA, con por lo menos tres años de experiencia en consulta ambulatoria.

Para realizar la validación de contenido se utilizó dos matrices (Anexo 3) que consta de 4 categorías: coherencia, relevancia, claridad y suficiencia; es importante mencionar que las 3 primeras categorías contienen 4 indicadores; mientras que la última de ellas (suficiencia) no puede ser valorada en cuanto a ítems si no por dimensiones, las cuales constituyen el formulario.

Se envió las matrices (Anexo 3) al correo personal de cada médico experto.

El grupo de expertos completó el formato de la evaluación de cada ítem y dimensión con uso de la matriz 1 y 2 dejando sugerencias de modificaciones en el documento word y en la sección de comentarios; posteriormente, se envió los resultados a los investigadores para realizar su respectivo análisis.

Se utilizó la prueba V de Aiken para evaluar la concordancia entre jueces expertos respecto a las preguntas y categorías a evaluar. El coeficiente

de cada pregunta superó el 0,7, por lo que no fue obligatorio realizar cambios, sin embargo, el equipo de investigación aplicó algunos cambios que sugerían una mejora en la redacción y comprensión de las preguntas.

Recolección de datos:

El colectivo de pacientes fue captado a la salida de la consulta ambulatoria de las especialidades de: medicina interna, medicina general y medicina familiar del Policlínico Juan José Rodríguez Lazo. Se brindó información sobre el proyecto y se aplicó el procedimiento del consentimiento informado. A quienes otorgaron su consentimiento informado se les brindó el cuestionario y al finalizar el llenado de este se les entregó un folleto informativo sobre los derechos en salud de los pacientes.

Al completar el tamaño de muestra, la información recolectada en formatos en físico se trasladó a un archivo digital en Microsoft Excel 2021, para su posterior análisis.

Aspecto éticos del estudio:

El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIEI). La fecha de la aprobación fue el 08/11/2022 bajo la categoría de aprobación Expedita.

- El 04/07/2023 fue aprobada la ENMIENDA del proyecto

El presente estudio tiene importancia clínica metodológica ya que se creó un instrumento para evaluar la comunicación bidireccional de las entrevistas clínicas presenciales, buscando hacer más eficientes las entrevistas.

El riesgo de la vulnerabilidad de los datos personales se minimizó al ingresar toda información a una base de datos digital debidamente codificada con una numeración por paciente , sin datos que identifiquen de alguna forma al participante.

Los beneficios superan los riesgos, al lograr obtener un instrumento que evalúa la entrevista clínica desde la percepción del paciente válido y fiable que permita realizar retroalimentación a los médicos tratantes en cuanto la atención brindada, además se brindó folletos informativos sobre los derechos en la atención y números telefónicos de instituciones estatales para presentar reclamos, quejas y asesoramiento.

Plan de análisis:

La validación de contenido se realizó con la prueba estadística V de Aiken, la cual permite valorar la concordancia entre los evaluadores respecto de las categorías evaluadas para cada pregunta. En el estudio, se consideró aceptable un valor igual o mayor a 0,7. El valor superior a lo mencionado anteriormente nos indica un acuerdo aceptable entre jueces expertos evaluadores, por lo que la pregunta no requiere modificación, sin embargo, un valor inferior a 0,7 indica que se necesitan realizar correcciones para que nuevamente sean reenviadas y revisadas por el grupo de jueces expertos hasta conseguir el valor de concordancia aceptable. El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA 17.0.

La validación estadística se realizó posterior a la validación de contenido, luego de aplicar el instrumento a 345 pacientes voluntarios. Los datos sobre edad y sexo de cada paciente se obtuvieron de la hoja de registro de citas

programadas, cuando el participante consintió participar del estudio. Se completó la base de datos con la información obtenida del cuestionario, la edad y el sexo.

A continuación, se procedió a evaluar la pertinencia del AFE, empleando el índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para evaluar el grado de adecuación y conveniencia de la muestra, así como, la prueba de esfericidad de Bartlett. Se realizó el AFE por componentes principales y rotación de Varimax, tal como propone Martínez Gonzales (20), se evaluó la presencia de factores (dimensiones) de acuerdo con los autovalores, los que deben ser igual o mayor a uno (criterio de Kaiser). Para ello, se utilizó el comando *mineigen* en el Software Stata. Además, se utilizaron métodos gráficos para determinar el número de factores presentes, se generó un gráfico de carga factorial, así como de sedimentación, con los cuales se puede evidenciar que los autovalores que se observan por encima de la unidad pueden ser considerados como factores suficientes para el cuestionario (20), sin embargo, la decisión final de cuántos factores debe ser considerados, dependen del constructo teórico, en este caso, el modelo CICAA.

Se evaluó las interacciones entre preguntas y factores por medio del análisis estadístico y por constructo teórico, múltiples veces, hasta lograr la versión final del instrumento.

Por último, se evaluó la fiabilidad del instrumento o consistencia interna para el cual se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach.

IV. RESULTADOS

La primera acción que se realizó fue la validación de cara la cual permitió parafrasear las preguntas del instrumento en tres ocasiones a sugerencia de los expertos con el fin de lograr una versión del instrumento más comprensible para los entrevistados.

En la validación de contenido del instrumento inicial, luego de la evaluación de los jueces expertos, se obtuvieron puntajes mayores a 0.7 en la prueba V de Aiken de cada pregunta, con un promedio de 0,909 en coherencia; 0,876 en relevancia; 0,878 en claridad; 0,844 en suficiencia y un promedio global de 0,877; sin embargo, las preguntas 9, 10 y 24 fueron modificadas semánticamente a sugerencia de los jueces expertos.

Una vez concluida la validación de contenido se obtuvo una nueva versión del instrumento de 28 preguntas. Esta nueva versión fue la aplicada a los 345 participantes del estudio. En la población encuestada el 45% estuvo constituida por mayores de 60 años y el 52,8% fueron mujeres. La distribución de los pacientes entrevistados según especialidad fue homogénea, con un promedio de 34% provenientes de la consulta de medicina general, 33% de medicina interna y 33% de medicina familiar (Tabla 6).

Con la base de datos obtenida se evaluó la pertinencia del análisis aplicando la prueba de esfericidad de Bartlett, el cual resultó con un $P < 0,05$; este valor nos indica que se rechaza la hipótesis nula y por ende las variables están interrelacionadas por lo que se puede proceder al análisis factorial. Así mismo, la pertinencia se evaluó con el estadístico Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), el cual resultó

en un valor de 0.77, valor aceptable para realizar un análisis factorial. En este punto, se identificó una singularidad con la pregunta 26 del cuestionario. Esta pregunta fue redactada como pregunta condicional, a sugerencia de los expertos, pero tuvo muy pocas respuestas, por tal motivo, se decidió retirarla del cuestionario.

Luego de retirar la pregunta 26 del instrumento, se reevaluó la pertinencia del análisis factorial, encontrándose resultados adecuados, por lo que se procedió a realizar el AFE del instrumento, en su nueva versión de 27 preguntas.

En el AFE por componentes principales, acorde a lo sugerido por Martínez Gonzales, se identificaron seis factores en el instrumento, luego se realizó la rotación ortogonal de Varimax y selección de autovalores igual o mayor a 1, empleando el comando *mineigen* en Stata, a partir de ello, se identificaron 3 factores cuyos valores propios superaron la unidad. La varianza total explicada por esos 3 factores ascendió a 85,55% (Tabla 1 y 2).

Se evaluó la correlación de los tres factores con cada una de las 27 preguntas del instrumento, encontrándose una valoración $> 0,5$ en la mayoría de preguntas; estos valores permitieron verificar la tendencia de agrupación de las preguntas en 3 factores. Se encontraron tres preguntas con valores superiores a 0,4: pregunta 8, 17 y 18; sin embargo, debido a su relevancia por criterio de constructo teórico se consideró que permanezcan en el cuestionario.

La pregunta 2, debido a que no mostró autovalor luego de la extracción de factores, así como, porque desde la evaluación de constructo teórico, no resulta indispensable, se decidió eliminarla del cuestionario.

Por otro lado, pese a que la pregunta 6 obtuvo un valor mayor a 0,5 se decidió retirarla del instrumento, esto debido a que, por su redacción, puede interpretarse

ambiguamente por el paciente, en consecuencia, no permitiría evaluar una dimensión en específico.

La pregunta 10 también fue retirada del instrumento bajo criterio de constructo teórico ya que esta no permite evaluar una dimensión en específico, por tanto, no puede ser ubicada en alguna de las tres dimensiones identificadas, además, por sí sola no representa una dimensión.

Por otro lado, el gráfico de carga factorial (gráfico 1) muestra una tendencia a agrupaciones, aunque no es clara, sin embargo, en el gráfico de sedimentación (gráfico 2) los autovalores que se observan por encima de 1 podrían considerarse como factores suficientes para este cuestionario. En dicho gráfico se denota 5 factores por encima de la unidad, sin embargo, el cuarto y quinto factor se muestran con tendencia a la horizontalidad y muy próximos a la unidad por lo que no se consideraron como posibles factores, quedándonos así con 3 factores, lo que se relaciona con el porcentaje de varianza explicada y con los resultados del análisis de autovalores presentado anteriormente.

Es así que, el presente estudio permitió agrupar las preguntas del cuestionario en tres dimensiones las cuales, por el tipo de pregunta, hacen referencia a “Conectar y escucha activa”, “Exploración” y “Resolución” (Tabla 3).

Esta nueva y última versión del cuestionario quedó con 24 preguntas. Realizamos una evaluación de la adecuación de la muestra con KMO (tabla 4), por pregunta y global, resultando que el valor mínimo se encontró en la pregunta n17 (0.7144) y el valor global fue de 0,8958.

Finalmente, se evaluó la fiabilidad del cuestionario de 24 preguntas, por dimensiones y global. Por dimensiones, en “Conectar y escucha activa” se obtuvo

un Alpha de Cronbach de 0.88, en “Exploración” 0.81 y en “Resolución” 0.90. Mientras que, la consistencia interna global fue de 0.91, lo cual puede indicar que algunas variables tienen una alta correlación, es decir, que pueden existir preguntas que evalúan un mismo aspecto de manera similar.

V. DISCUSIÓN

Los estudios de validación sobre instrumentos que valoran la relación clínica como la escala CICAA, GATHA, entre otros, están centrados en la evaluación por un tercero quienes observan la interacción médico-paciente en consultorio; existe también el instrumento del modelo de Atención Centrada en la Persona (24), que cuenta con una versión para usuarios, pero no se ha validado en español en Perú, resultando en que no existen estudios de validación publicados que se hayan enfocado en instrumentos para evaluar la percepción del paciente sobre la atención médica en la consulta ambulatoria y cuenten con una validación en población Peruana.

El instrumento **“ESCALA CEER VERSIÓN PARA USUARIOS”** es un cuestionario que se enfoca en evaluar la atención médica en el primer nivel de atención desde la perspectiva del paciente, y tuvo como base teórica el modelo y la escala CICAA para la creación de las preguntas y la propuesta de dimensiones (1). El presente estudio muestra un análisis de validación de cara, validación de contenido adecuado (V de Aiken > 0,7 por cada ítem) y análisis factorial que agrupa las preguntas en 3 factores o dimensiones, lo cual no se correlaciona con los 7 factores que se muestran en el análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA validada, la cual está diseñada para ser aplicada por un externo (1,9), esto

puede deberse a que el reconocimiento de las diferentes partes y actividades de una consulta médica es una tarea más sencilla cuando la realiza un evaluador externo capacitado a diferencia de lo que observa o entiende un paciente. Esta diferencia de observación y percepción puede ocasionar que las dimensiones del CICAA, versión para un observador externo, no sean las mismas que las de nuestro instrumento, versión para usuarios. Es así como también el CAT, instrumento que evalúa percepción del paciente estandarizado, fue elaborado en base a diversos instrumentos válidos como el *American Board of Internal Medicine Patient Satisfaction Questionnaire*, el *Calgary Cambridge Guides*, entre otros; este no es multidimensional puesto presenta premisas sencillas de entender para evaluar la perspectiva del paciente de manera transversal, resultando en un instrumento unidimensional en la versión validada en español (25).

Durante el proceso de validación se optó por retirar las preguntas 2, 6, 10 y 26, ya sea por los resultados numéricos, por decisión según constructo teórico, o por ambas razones. Por tal motivo es necesario definir qué es el constructo teórico: este es la representación sobre algún aspecto sobre el objeto que será observado, medido y relacionado con otros constructos; estos últimos son medibles a través de indicadores externos, teniendo como base la teoría del instrumento a modificar (23), que, para el caso de este estudio, el constructo teórico esencial fue el modelo CICAA. No obstante, se consideró también el modelo de Entrevista Clínica Semi estructurada (19), el cual propone entender la consulta médica en dos segmentos: fase exploratoria (anamnesis y examen físico) y fase resolutoria (plan diagnóstico, de tratamiento y seguimiento). Esta es una visión y secuencia más general y fácil de percibir, por ejemplo, para los pacientes.

Al realizar el análisis factorial se decidió retirar la pregunta 2 (¿Usted percibió que el uso de la computadora o el llenado de la historia clínica por parte del profesional de salud interfirió en la consulta?) debido a que el resultado numérico no fue satisfactorio, y según el constructo teórico no era posible agruparla con otras preguntas (23).

La pregunta 10 (¿Usted percibió que el/la profesional de la salud le pregunta de tal manera que usted puede explicar sus respuestas?) fue retirada por criterio de constructo teórico, debido a que no fue lo suficientemente clara ni específica, sobreponiéndose a las 3 dimensiones identificadas, siendo imposible además, generar una nueva dimensión con esa única pregunta. Este mismo inconveniente se presentó en un estudio que evaluó la validez y fiabilidad del cuestionario GATHA-RES donde unos ítems de su cuestionario no encajaban en los factores agrupados por lo que fueron reagrupados bajo los nombres de miscelánea 1 y 2 (11).

La pregunta 6 (¿Usted percibió que el personal de la salud concluyó/ terminó la consulta de manera adecuada?) al ser de carácter ambiguo y presentar la característica de superposición a las tres dimensiones identificadas, el paciente pudo interpretarla como una pregunta global cuando otros pudieron interpretarla en el contexto de Resolución y discusión como fue colocada en la valoración psicométrica de la escala CICAA con evaluador externo (1), entonces, según criterio de los investigadores no se encontró una dimensión específica donde podría agruparse esta pregunta, por lo que se decidió retirarla.

La última versión del instrumento Escala CEER, versión para usuarios, agrupa las preguntas en 3 dimensiones: conectar-escucha activa, exploración y resolución. A diferencia de otras propuestas y modelos para definir los momentos y actividades

en una entrevista clínica, como la escala CICAA, la cual en la valoración psicométrica definió 7 dimensiones; sin embargo, no se puede comparar al paciente con un evaluador externo ya que el paciente no conoce a detalle cómo se debe realizar una adecuada consulta médica pero un evaluador externo sí debido a que es capacitado. Otra propuesta es la del modelo TOPIC (Task Oriented Process in Care), en el que se identifican cuatro tareas mayores como actividades indispensables para una entrevista clínica eficiente: Evaluación de expectativas y preocupaciones, Procesamiento de la Información (exploración), Desarrollo de la Relación Médico-Paciente (conectar y escucha activa) y la tarea de Integración de la Información (resolución), lo que observamos puede parecerse a las dimensiones que encontramos en nuestro estudio, no obstante, es sólo una aproximación teórica, ya que el modelo TOPIC no cuenta con un instrumento para la medición (21).

Tal como se mencionó antes, utilizamos la teoría de Borrell para el análisis de constructo teórico, sobre todo, para entender las dimensiones de nuestro cuestionario. Borrell (19) propone que en la entrevista se realicen actividades de Escuchar al Paciente (conectar y escucha activa), se obtengan Datos de Calidad para Buenos Diagnósticos (exploración), así como, Informar y Motivar al paciente y considerar la Opinión del Paciente (resolución), es así como nuestro instrumento presenta similitud con respecto a las dimensiones que se plantean por actividades de la consulta médica. Por todo lo anterior, la escala CEER versión para usuarios considera que para evaluar la percepción de los pacientes es factible considerar las actividades del médico en tres dimensiones.

El instrumento CEER versión para usuarios mostró un índice de Alpha de Cronbach de 0,91, el cual es un valor fiable. De similar manera, la escala CICAA obtuvo un

valor global de 0,94, lo cual indicó que se trata de una escala muy homogénea (1). Por otro lado, el valor de Alfa de Cronbach del cuestionario CAT oscilo entre 0,93 y 0,97 (25), siendo útil en la evaluación de habilidades comunicacionales en el contexto de un Examen Clínico Objetivo Estructurado. Por consecuente, nuestro instrumento resulta ser fiable y válido debido a que la consistencia interna que presenta es equivalente a los otros instrumentos anteriormente mencionados.

Es importante mencionar que se presentaron ciertas limitaciones durante el estudio, tales como un aparente déficit de representatividad en la muestra debido a que algunos pacientes rechazaban participar del estudio al salir de la atención ambulatoria por diferentes motivos: ira, desagrado, entre otros. Por consiguiente, esto podría afectar los resultados en las encuestas de manera general, en cuanto a que las percepciones de los que no participaron podrían ser muy diferentes a las percepciones de los que sí lo hicieron y, con ello, generar un comportamiento distinto del cuestionario; sin embargo, este proyecto no pretende evaluar intervenciones o resultados en poblaciones (aplicación), por lo que, se decidió continuar con las observaciones obtenidas.

La segunda limitación consistió en que no se identificó el tipo de enfermedad abordada en la consulta ambulatoria, es decir, si el paciente fue atendido por enfermedad aguda o crónica. La falta de este dato limita la descripción de las características de la población entrevistada para futuros estudios, sin embargo, se obtuvo otros datos como edad, sexo y servicio al cual asistió. Se recomienda tener presente esta variable en futuros trabajos de investigación.

Otra limitación a mencionar del estudio fue que no se realizó una validación de cara por pacientes previo a la validación estadística; esta validación se optó por realizarla

mediante médicos expertos en consulta ambulatoria. Esta decisión por parte del equipo de investigación contribuyó a mejorar la redacción del instrumento pero pudo no ser suficiente. En consecuencia, consideramos importante realizar una validación por usuarios con la finalidad de tener una mayor aproximación de la perspectiva de los pacientes.

Adicionalmente, la cuarta limitación que se encontró fue que la escala CICAA original, versión para un evaluador externo, está conformada por preguntas que en su redacción y sentido pueden limitar la evaluación de una entrevista clínica desde la mirada del paciente, más aún que no existe un instrumento previo en el habla hispana que evalúe desde la mirada del usuario como para ser la base del cuestionario desarrollado, es así que, se pretendió adaptar preguntas de la escala CICAA en nuestro cuestionario.

Por último, también se encontró como limitación el hecho de no contar con una validación de contenido por parte de usuarios. Dicho proceso es importante para determinar bajo la percepción de los usuarios si los ítems y agrupaciones de preguntas reflejan el dominio de contenido que se desea medir, es decir, la pertinencia del instrumento. No obstante, se realizó una validación de contenido por 5 jueces expertos capacitados en el modelo CICAA y con experiencia en consultas ambulatorias en primer nivel de atención, quienes evaluaron la claridad, suficiencia, relevancia y coherencia de las preguntas del instrumento.

Como recomendaciones para futuros estudios podría considerarse reevaluar el ingreso de preguntas y reestructuración de las existentes antes de pasar a la etapa de validación estadística y aplicación.

Nuestro instrumento podría utilizarse en establecimientos de salud para evaluar la atención médica desde la percepción del paciente y con ello identificar estrategias para fortalecer la comunicación y relación médico paciente. Así mismo, puede ser utilizado como herramienta para valorar el desarrollo de competencias de estudiantes del área médica tanto en pregrado como en la especialización médica.

VI. CONCLUSIONES

Tras finalizar el estudio en el Policlínico Juan José Rodríguez Lazo se puede determinar que la escala CEER, versión para usuarios, es un modelo válido y fiable para evaluar la comunicación bidireccional en la entrevista clínica desde la perspectiva del paciente, ya que se rige en un modelo teórico sólido y las agrupaciones de preguntas reflejan los fundamentos de una entrevista clínica estratégica para el paciente. Este instrumento podría ser utilizado como herramienta para valorar las competencias de estudiantes del área médica tanto en pregrado como en la especialización.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gavilán Moral, E., Ruiz Moral, R., Perula de Torres, L. and Parras Rejano, J., 2010. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Atención Primaria*, 42(3), pp.162-168.
2. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Atención Primaria*. 2012;44(6):358-365.
3. Clèries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educación Médica*. 2010;13(1):25-31
4. Urtasun M, Labanca V, González Pannia P, De Rochebouët L, Chiappino R, Ferrero F et al. Evaluación del impacto de una intervención en las habilidades comunicacionales de médicos residentes de primer año de pediatría. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*. 2021;78(2):130-136.
5. Alhajri N, Simsekler M, Alfalasi B, Alhashmi M, AlGhatrif M, Balalaa N et al. Physicians' Attitudes Toward Telemedicine Consultations During the COVID-19 Pandemic: Cross-sectional Study. *JMIR Medical Informatics*. 2021;9(6):e29251.
6. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres L, Gavilán Moral E, Loayssa Lara J. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Atención Primaria*. 2010;42(5):257-263.

7. Valverde Bolívar F, Pedregal González M, Pérez Fuentes M, Alcalde Molina M, Torío Durántez J, Delgado Rodríguez M. Communication skills of tutors and family medicine physician residents in Primary Care clinics. *Atención Primaria*. 2016;48(10):632-641.
8. Sari M, Prabandari Y, Claramita M. Physicians' professionalism at primary care facilities from patients' perspective: The importance of doctors' communication skills. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;5(1):56.
9. Ticse Aguirre R, Cuba Fuentes M, Nestares Rojas J, Aguilera L. Efecto de un entrenamiento corto en habilidades de comunicación con el método CICAA (conectar, identificar, comprender, acordar y ayudar), en médicos residentes de una universidad peruana. *Revista Medica Herediana*. 2019;30(3):148.
10. Moral R, Torres L, Ortega L, Larumbe M, Villalobos A, García J et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling*. 2015;98(8):977-983.
11. Ruiz Moral R, Prados Castillejo J, Alba Jurado M, Bellón Saameño J, Pérula de Torres L. Validez y fiabilidad de un instrumento para la valoración de la entrevista clínica en médicos residentes de medicina de familia: el cuestionario GATHA-RES. *Atención Primaria*. 2001;27(7):469-477.
12. Isautier J, Copp T, Ayre J, Cvejic E, Meyerowitz-Katz G, Batcup C et al. People's Experiences and Satisfaction With Telehealth During the COVID-

- 19 Pandemic in Australia: Cross-Sectional Survey Study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(12):e24531.
13. Guinart D, Marcy P, Hauser M, Dwyer M, Kane JM. Patient Attitudes Toward Telepsychiatry During the COVID-19 Pandemic: A Nationwide, Multisite Survey. *JMIR Ment Health* 2020;7(12):e24761
14. Zimmerman B, Seidman D, Berger N, Cascetta K, Nezoslosky M, Trlica K et al. Patient Perception of Telehealth Services for Breast and Gynecologic Oncology Care during the COVID-19 Pandemic: A Single Center Survey-based Study. *Journal of Breast Cancer*. 2020;23(5):542.
15. Taylor A, Morris G, Pech J, Rechter S, Carati C, Kidd MR. Home Telehealth Video Conferencing: Perceptions and Performance. *JMIR Mhealth Uhealth* 2015;3(3):e90
16. Sari M, Prabandari Y, Claramita M. Physicians' professionalism at primary care facilities from patients' perspective: The importance of doctors' communication skills. *Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016;5(1):56.
17. Valverde Bolívar F, Pedregal González M, Moreno Martos H, Cózar García I, Torío Durántez J. Communication with patients and the duration of family medicine consultations. *Atención Primaria*. 2018;50(10):621-628.
18. Rodrigo C. Quispe, Emmanuel M. Muñoz, Alvaro V. Cadillo, Ray Ticse. Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *MedWave*, 2019 (1).

19. Carrió FB i. Entrevista Clínica: Manual de Estrategias prácticas. Barcelona: SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
20. Martínez-González MÁ, Sánchez-Villegas A, Atucha TE, Faulín FJ. Bioestadística amigable. Barcelona: Elsevier; 2020.
21. Masgo-Coronado KM, Cuba-Fuentes MS, Miranda- Mesías R. Modelo topic: Tareas Orientadas a Los Procesos ambulatorios en el Primer Nivel de Atención. ACTA MEDICA PERUANA. 2016;33(3):223. doi:10.35663/amp.2016.333.116
22. Shaarani, I., Taleb, R., & Antoun, J. (2017). Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: Patient perspective. International Journal of Medical Informatics, 108, 152–157. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.10.007
23. Soriano Rodríguez AM. Diseño y validación de instrumentos de medición. Diá-logos. 2015;(14):19–40. doi:10.5377/dialogos.v0i14.2202
24. Stewart M. 17. In: Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Boca Raton: CRC Press, Taylor & Francis Group; 2017.
25. Armijo S, Behrens C, Giaconi M, Hurtado A, Fernandez M, Parra P, Morales M, Makoul G. Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. Educación médica 2021, 22. 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.12.007>

26. Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Academic Medicine*, 78(8), 802-809. <https://doi.org/10.1097/00001888-200308000-00011>.

VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Gráfico 1 Análisis de carga factorial

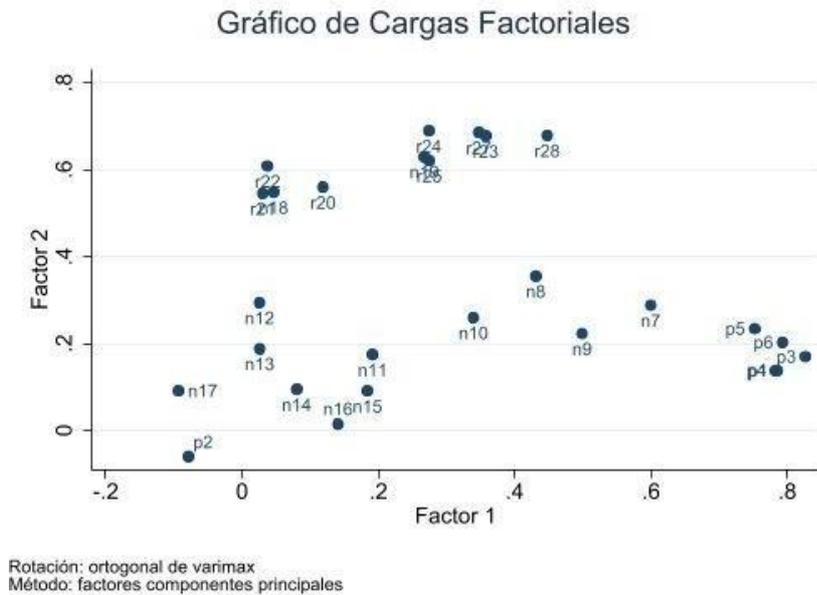


Gráfico 2 Gráfico de sedimentación

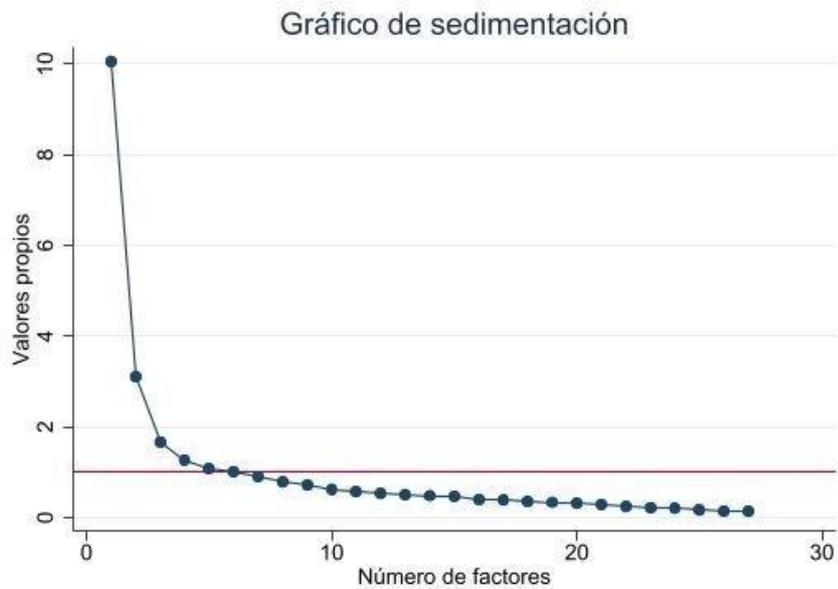


Tabla 1 - Varianza total explicada

Factor analysis/correlation
 Method: principal factors
 Rotation: (unrotated)

Number of obs = 345
 Retained factors = 3
 Number of params = 78

Factor	Eigenvalue	Difference	Proportion	Cumulative
Factor1	9.69043	7.00162	0.6082	0.6082
Factor2	2.68880	1.44045	0.1687	0.7769
Factor3	1.24836	0.42993	0.0783	0.8553
Factor4	0.81843	0.18389	0.0514	0.9066
Factor5	0.63454	0.09821	0.0398	0.9465

Tabla 2 -Rotación de Varimax

Variable	Factor1	Factor2	Factor3
p1		0.7951	
p3		0.8744	
p4		0.7728	
p5		0.7016	
p6		0.8123	
n7		0.6182	
n8	0.4515	0.3957	
n9		0.5469	
n11		0.3235	
n12			0.5426
n13			0.6512
n14			0.6645
n15			0.7605
n16			0.6719
n17		-0.3112	0.4394
n18	0.4794		
n19	0.5953		
r20	0.7303		
r21	0.8030		
r22	0.7768		
r23	0.5084	0.3143	
r24	0.6530		
r25	0.5411		
r27	0.6232		
r28	0.5675	0.3868	

Tabla 3 - Categorización de preguntas en base a factores identificados en el análisis factorial y varianza explicada

Factor	Nombre del factor	Ítems
1	Conectar y escucha activa	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9
2	Exploración	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
3	Resolución	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 27, 28

Índice de Kaiser-Meyer-Olkin = 0,89, Test de Esfericidad de Bartlett $p < 0,05$

Tabla 4 - Adecuación de la muestra

Variable	kmo
p1	0.9066
p3	0.8463
p4	0.9030
p5	0.9335
n7	0.8823
n8	0.9096
n9	0.8693
n11	0.8871
n12	0.8982
n13	0.8936
n14	0.8305
n15	0.8225
n16	0.7989
n17	0.7205
n18	0.8870
n19	0.9371
r20	0.9123
r21	0.8545
r22	0.8901
r23	0.9447
r24	0.9576
r25	0.9503
r27	0.9031
r28	0.9199
Overall	0.8948

Tabla 5 - Alfa de Cronbach por factores

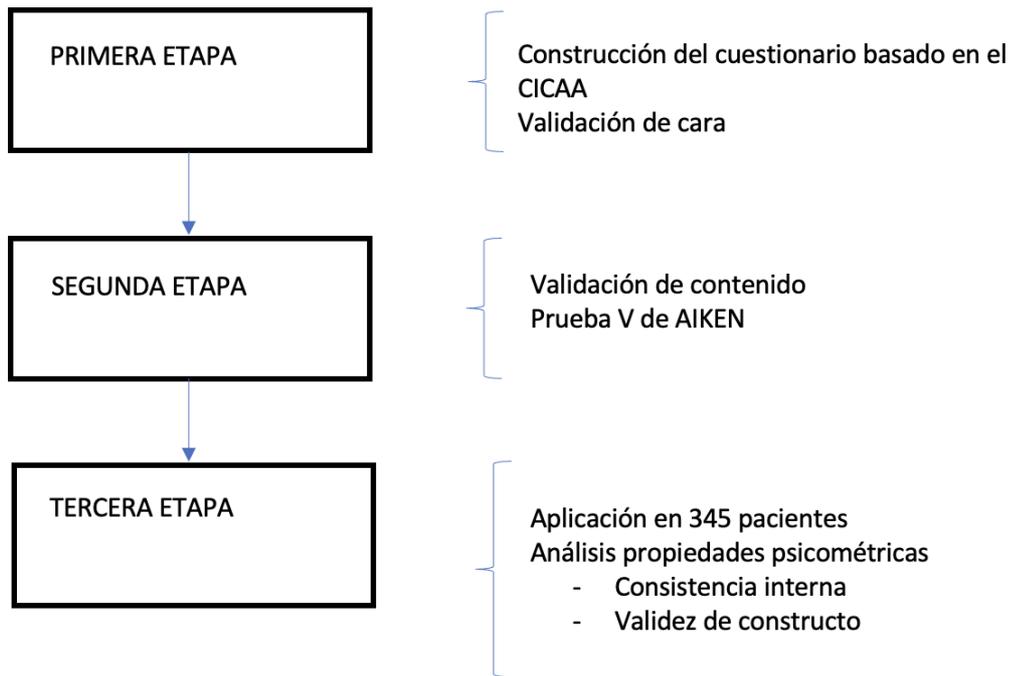
Factor	Nombre de factor	Items	Alfa de Cronbach
1	Conectar y escucha activa	1,3,4,5,7,8,9	0,8836
2	Exploración	11,12,13,14,15,16,17,18	0,8178
3	Resolución	19,20,21,22,23,24,25,27,28,29	0,9013

Tabla 6 - Características generales de los pacientes encuestados en la consulta ambulatoria del Policlínico JJRL-EsSalud, 2023

		CONSULTORIO		
		MEDICINA INTERNA	MEDICINA FAMILIAR	MEDICINA GENERAL
EDAD	18 a 26 años	1	1	5
	27 a 59 años	62	56	64
	> 60 años	51	56	49
SEXO	F	61	58	63
	M	53	55	55

ANEXO 1

Esquema general del estudio Estudio observacional descriptivo de validación de un cuestionario que evalúa la percepción del paciente sobre la atención primaria.



ANEXO 2

FORMATO DE VALIDACIÓN DE CARA: ENCUESTA DESARROLLADA POR EL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN: Diseño y validación de un instrumento de percepción del paciente sobre la atención médica en la consulta ambulatoria basado en el modelo CICAA

Estimado(a) evaluador(a):

Reciba mis más cordiales saludos, el motivo del presente documento es para informarle que estamos llevando a cabo la validación de cara de un instrumento, el cual tiene como fin medir *la percepción de los pacientes sobre la atención médica en la consulta ambulatoria basado en el modelo CICAA en el primer nivel de atención*. Es por ello que, solicitamos evalúe los ítems en 3 dimensiones: claridad, sintaxis y ortografía; poniendo énfasis en la población a la cual está dirigida el estudio (pacientes en consulta ambulatoria). Contamos con su sinceridad y participación voluntaria para permitirnos identificar posibles fallas en la escala expuesta.

Antes es necesario completar algunos datos generales:

■ Datos Generales

Nombre y Apellido:				
Sexo:	Masculino		Femenino	
	Med. Int		Med. Fam.	Med. Gen.

INSTRUMENTO A VALIDAR

(Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar)

	Escala CICCA (1): Totalmente en desacuerdo. (2): En desacuerdo; (3): Ni de acuerdo ni en desacuerdo; (4): De acuerdo; (5) Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5
TAREA 1: "CONECTAR"					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de salud lo atendió de manera amable y cordial? (Por ejemplo: Se presentó, lo saludó y estableció contacto visual)					

1. ¿Usted percibió que el uso de la computadora o el llenado de la historia clínica por parte del profesional de la salud interfirió en la consulta?					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud fue cortés y amable durante la consulta?					
1. ¿Usted percibió que los gestos, movimientos y postura del profesional de la salud fue el adecuado durante la consulta?					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud fue empático durante la consulta?					
1. ¿Usted percibió que el personal de la salud se despidió de manera adecuada al terminar la consulta?					
TAREA 2: "IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS"					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud le permitió explicar su motivo de consulta durante la entrevista?					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud le ayudó a relatar su motivo de consulta en la entrevista?					
1. Usted percibió que el/la profesional de salud mantuvo un contacto visual-facial adecuado a lo largo de la consulta?					
1. Usted percibió que el/la profesional de la salud le pregunta de tal manera que usted puede extenderse en sus respuestas?					
1. El/la profesional de la salud exploró la idea del origen y/o causa que usted cree provocó inicialmente sus síntomas o motivo de consulta?					
1. El/la profesional de la salud le preguntó las emociones y los sentimientos que su síntoma o motivo de consulta le provoca?					
1. El/la profesional de la salud le preguntó cómo le afecta su síntoma o motivo de consulta en su vida diaria, entorno socio familiar o laboral?					
1. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre sus expectativas para esta consulta?					
1. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre su estado de ánimo?					
1. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre situaciones importantes o estresantes para usted actualmente?					
1. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre su situación familiar y social?					
1. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre sus antecedentes, chequeos preventivos y factores de riesgo no relacionados con el motivo de consulta?					
1. ¿El/la profesional de la salud resumió la información que obtuvo en la consulta?					
TAREAS 3 Y 4: "ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR"					
1. ¿El/la profesional de la salud le explicó su problema de salud o el síntoma principal por el que consultó?					
1. ¿El/la profesional de la salud le explicó sobre las consecuencias de su problema de salud ?					

1. ¿El/la profesional de la salud le ofreció información relacionada a todos los problemas y necesidades que tuvo en la consulta?					
1. ¿El/la profesional de la salud le ofreció información clara?					
1. ¿El/la profesional de la salud le dió la oportunidad de participar en la toma de decisiones de la consulta, animándolo?					
1. ¿El/la profesional de la salud le permitió expresar sus dudas?					
1. Si usted estuvo en desacuerdo con el profesional de la salud: ¿El profesional de salud buscó entrar en algún acuerdo y consideró sus opiniones? Si estuvo de acuerdo marcar: Np					
1. ¿El/la profesional de la salud comprobó que usted ha comprendido la información brindada?					
1. ¿El/la profesional de la salud consiguió que usted se comprometiera explícitamente respecto al plan a seguir ?					

II. Valoración

	Aspecto	Valoración		Sugerencias
		Si	No	
1	¿El cuestionario usa lenguaje sencillo?			
2	¿El cuestionario tiene preguntas claras?			
3	¿La sintaxis del cuestionario es adecuada?			

ANEXO 3

MATRIZ 1

Información sobre las categorías a evaluar

Categorías	Indicadores
Suficiencia	Los ítems no son suficientes para medir la dimensión Los ítems miden algún aspecto de la dimensión pero no corresponden a la dimensión total Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente Los ítems son suficientes
Claridad	El ítem no es claro El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
Coherencia	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está moderado
Relevancia	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión El ítem tiene alguna relevancia pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este El ítem es relativamente importante El ítem es muy relevante y debe ser incluido

Fuente: adaptado de [Escobar y Cuervo \(2008 p. 37\)](#),.

	N	B	M	A	N	B	M	A	N	B	M	A
	o	a	o	l	o	a	o	l	o	a	o	l
	c	j	d	t	c	j	d	t	c	j	d	t
	u	o	e	o	u	o	e	o	u	o	e	o
	m	N	r	n	m	N	r	n	m	N	r	n
	p	iv	a	i	p	iv	a	i	p	iv	a	i
	e	el	d	v	e	el	d	v	e	el	d	v
	c		o	e	c		o	e	c		o	e
	o		n	c	o		n	c	o		n	c
	n		v	o	n		v	o	n		v	o
	e		e	n	e		e	n	e		e	n
	l		l	e	l		l	e	l		l	e
	c		e	c	c		e	c	c		e	c

	ri t e r i o					l c r i t e r i o					l c r i t e r i o				
ITEMS	Coherencia				Relevancia				Claridad						
TAREA 1: "CONECTAR"															
1. ¿Usted percibió que el profesional de salud lo atendió de manera amable y cordial? ¿Se presenta, saluda, establece contacto visual?															
2. ¿Usted percibió que el uso de la computadora o el llenado de la historia clínica por parte del profesional de la salud interfirió en su entrevista?															
3. ¿Usted percibió que el profesional de la salud es cortés y amable durante la entrevista?															
4. ¿Usted percibió que los gestos, movimientos y postura del profesional de la salud fue el adecuado durante la entrevista?															
5. ¿Usted percibió que el profesional de la salud fue empático durante la entrevista?															
6. ¿Usted percibió que el personal de la salud se despidió de manera adecuada al terminar la entrevista?															
TAREA 2: "IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS"															
7. Usted percibió que el profesional de la salud le permitió explicar su motivo de consulta durante la entrevista?															
8. ¿Usted percibió que el profesional de la salud le ayudó a relatar su motivo de consulta en la entrevista?															
9. Usted percibió que el profesional de salud mantuvo un contacto visual-facial adecuado a lo largo de la entrevista?															

24. ¿El profesional de la salud le dió la oportunidad de participar en la toma de decisiones de la consulta, animándolo?																				
25. ¿El profesional de la salud le permitió expresar sus dudas?																				
26. En el caso de que ocurriera alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional de la salud y usted, ¿El profesional de salud buscó entrar en algún acuerdo y consideró sus opiniones?																				
27. ¿El profesional de salud comprobó que usted ha comprendido la información suministrada?																				
28. ¿El profesional de la salud consiguió que usted se comprometiera explícitamente respecto al plan a seguir ?																				

MATRIZ 2

Evaluación de suficiencia				
Dimensiones	1.No cumple con el criterio	2.Bajo nivel	3.Moderado nivel	4.Alto nivel
1. Conectar				
2. Identificar y comprender los problemas				
3. Acordar y ayudar a actuar				

Escriba aquí sus observaciones:

ANEXO 4

Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Estimado(a), por favor lea la información sobre el estudio, y marque para consentir su participación: Sí acepto o No acepto

Título del estudio: Diseño y validación de un instrumento de percepción del paciente sobre la atención médica en la consulta ambulatoria basado en el modelo CICAA en el primer nivel de atención

Investigadoras: Elson Chupillon Bautista, Allison Torres Rodriguez

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para conocer la percepción de los pacientes luego de recibir atención médica bajo la modalidad de consulta ambulatoria, basado en el modelo CICAA en primer nivel.

El modelo CICAA (acrónimo de las tareas: conectar, identificar y comprender, acordar y ayudar) es un instrumento utilizado para evaluar la comunicación como una competencia del médico para con el paciente. Tiene como objetivo identificar conocimientos, actitudes y habilidades que garanticen las 6 tareas básicas en una entrevista clínica: abrir la discusión, obtener información, entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas, y los planes.

Existen ya instrumentos que evalúan las habilidades comunicacionales en un entorno de consulta ambulatoria común; sin embargo, estos tienen como limitación principal la percepción de un observador externo (médico entrenado); el cual tiene como objetivo identificar si el entrevistador realiza o posee ciertas actitudes y acciones con el fin de obtener un puntaje. Por el contrario, no se ha tomado en cuenta la percepción del paciente en los instrumentos anteriormente mencionados, eliminando así la limitación ya expuesta y brindando un nuevo enfoque para evaluar las habilidades comunicacionales.

Es por ello que creemos necesario investigar sobre este tema y abordarlo con la importancia que amerita, pues los resultados sobre la percepción de los pacientes servirán para diseñar un instrumento y de base para futuros proyectos.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Primero se recepcionará el consentimiento informado verificando su aceptación a la participación del estudio
2. Se le brindará un cuestionario, el cual será para marcar entre 5 ítems que evalúa la percepción sobre la consulta ambulatoria recibida. Este

cuestionario cuenta con 28 preguntas y tomará aproximadamente 10 minutos.

3. Posterior a la finalización del cuestionario se entregará un folleto informativo sobre temas relevantes en la consulta médica en el primer nivel de atención.
4. Los datos registrados en el cuestionario serán totalmente confidenciales y serán procesados para el análisis del estudio.

Riesgos:

El riesgo mínimo al cual se exponen los participantes es la vulnerabilidad de los datos personales; sin embargo, no se requieren estos para el llenado de la base de datos, debido a que cada paciente será asignado con un número aleatorio.

Además, si algunas preguntas le causan incomodidad, usted es libre de responderlas o no.

Beneficios:

Se le brindará folletos con información acerca de la relación médico paciente, derechos en la atención y números telefónicos de instituciones estatales para sentar reclamos, quejas y asesoramiento. Así mismo se presentarán los resultados al establecimiento para buscar mejorar los puntos en los que se tuvo menos puntaje.

Costos y compensación:

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole por participar o responder la encuesta.

Confidencialidad:

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto las investigadoras principales, tendrá acceso a la información brindada. Para el análisis de los datos las encuestas serán codificadas, y si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en el estudio. Asimismo, la base de datos será eliminada una vez se culmine el proyecto.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda

adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Elson Chupillon Bautista al teléfono [REDACTED] o Allison Torres Rodriguez al teléfono [REDACTED]. Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 101355 o al correo electrónico: orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Correo de los investigadores:

- elson.chupillon.b@upch.pe

- allison.torres.r@upch.pe

ANEXO 5

ESCALA CEER VERSIÓN PARA USUARIOS

	Escala CEER				
	versión para usuarios				
	(1): Totalmente en desacuerdo. (2): En desacuerdo; (3): Ni de acuerdo ni en desacuerdo; (4): De acuerdo; (5) Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5
DIMENSIÓN 1: "CONECTAR Y ESCUCHA ACTIVA"					
1. ¿Usted percibió que el/la profesional de salud lo atendió de manera amable y cordial?					
2. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud fue cortés durante la consulta?					
3. ¿Usted percibió que los gestos, movimientos y postura del profesional de la salud fue el adecuado durante la consulta?					
4. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud fue empático durante la consulta?					
5. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud le permitió explicar el motivo de su consulta durante la entrevista?					

6. ¿Usted percibió que el/la profesional de la salud le ayudó a relatar el motivo de su consulta en la entrevista?					
7. ¿Usted percibió que el/la profesional de salud mantuvo un contacto visual adecuado a lo largo de la consulta?					
DIMENSIÓN 2: "EXPLORACIÓN"					
8. ¿El/la profesional de la salud exploró la idea del origen y/o causa que usted cree provocó inicialmente sus síntomas o motivo de consulta?					
9. ¿El/la profesional de la salud le preguntó acerca de las emociones y los sentimientos que su síntoma o motivo de consulta le provoca?					
10. ¿El/la profesional de la salud le preguntó cómo le afecta su síntoma o motivo de consulta en las labores de su vida diaria dentro o fuera de su hogar?					
11. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre sus expectativas para esta consulta?					
12. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre su estado de ánimo?					
13. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre situaciones importantes o estresantes para usted actualmente?					
14. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre su situación familiar y social?					
15. ¿El/la profesional de la salud le preguntó sobre sus antecedentes, chequeos previos y situaciones que					

ponen en riesgo su salud no relacionados con el motivo de consulta?					
DIMENSIÓN 3: "RESOLUCIÓN"					
16. ¿El/la profesional de la salud resumió la información que obtuvo en la consulta?					
17. ¿El/la profesional de la salud le explicó su problema de salud o el síntoma principal por el que consultó?					
18. ¿El/la profesional de la salud le explicó sobre las consecuencias de su problema de salud ?					
19. ¿El/la profesional de la salud le ofreció información relacionada a todos los problemas y necesidades que tuvo dentro de la consulta?					
20. ¿El/la profesional de la salud le ofreció información clara?					
21. ¿El/la profesional de la salud le dió la oportunidad de ser participe en las decisiones para resolver sus problemas de salud o su tratamiento?					
22. ¿El/la profesional de la salud le permitió expresar sus dudas?					
23. ¿El/la profesional de la salud comprobó que usted ha comprendido la información brindada?					
24. ¿El/la profesional de la salud consiguió que usted se comprometiera a seguir el plan a seguir ?					