Leal-Costa, César; Tirado-González, Sonia; Rodríguez-Marín, Jesús; vander-Hofstadt-Román, Carlos Javier
Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)
International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 16, núm. 1, 2016, pp. 76-86
Asociación Española de Psicología Conductual
Granada, España

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33743098008
ARTICULO ORIGINAL

Psychometric properties of the Health Professionals Communication Skills Scale (HP-CSS)

César Leal-Costa,*, Sonia Tirado-González, Jesús Rodríguez-Marín, Carlos Javier vander-Hofstadt-Román

*Universidad Católica de Murcia, España
bUniversidad Miguel Hernández de Elche, España

Recibido 10 de diciembre de 2014; aceptado 1 de abril de 2015

Propiedades psicométricas de la Escala sobre Habilidades de Comunicación de profesionales de la Salud (EHC-PS)

Resumen

Antecedentes/Objetivo: Una de las principales características de la relación que se produce entre los diferentes profesionales de la salud y los pacientes es que sus efectos pueden ser medidos. Para ello precisamos de instrumentos que estén bien construidos y que demuestren, de forma empírica y experimental, su validez y fiabilidad. El objetivo de este trabajo es analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Habilidades de Comunicación de Profesionales de la Salud (EHC-PS) que evalúa las habilidades de comunicación que los profesionales de la salud tienen al relacionarse con sus pacientes. Método: La muestra estuvo compuesta por 410 profesionales de la salud de la Región de Murcia (España) y 517 de la Provincia de Alicante (España). Se obtuvieron los estadísticos descriptivos y los índices de discriminación de los ítems, la estructura interna de la escala mediante Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio, la consistencia interna, la estabilidad temporal y evidencias externas de validez. Resultados: Los resultados obtenidos indican que la EHC-PS resulta ser un instrumento válido y fiable y, además, útil para el propósito y el contexto en que va a ser utilizado.

© 2015 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

*Correspondencia: Facultad de Enfermería, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Campus de los Jerónimos, 30107 Guadalupe, Murcia, España.
Correo electrónico: cleal@ucam.edu (C. Leal-Costa)
En las últimas décadas el modelo de relación entre los profesionales sanitarios y el paciente está sufriendo una profunda transformación. Las organizaciones sanitarias han experimentado en los últimos años un cambio significativo, han pasado de ser entidades prestadoras de servicios orientados por profesionales a seguir modelos organizativos centrados en los usuarios y preocupados por responder a sus expectativas (Epstein y Street, 2011; Scholl, Zill, Härter y Dirmaier, 2014). En la actualidad, las sociedades occidentales han ido avanzando hacia relaciones sociales democráticas presididas por la idea del consentimiento libre e informado de los ciudadanos. La actual orientación al cliente de los servicios públicos es fruto de este cambio de mentalidad. Así, los pacientes están adquiriendo progresivamente un papel más activo, siendo más conscientes de sus derechos y responsabilidades, que son amparados por la ley, como la Ley de Autonomía del Paciente (2002), y promovidos por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 1993).

Investigaciones empíricas y experimentales realizadas en distintos contextos sobre los aspectos relacionales entre profesionales de la salud y pacientes han mostrado resultados como mayor satisfacción tanto del profesional sanitario como del paciente, contención de costes, adherencia al tratamiento, prevención del desgaste profesional, prevención de problemas médico-legales, mejora de los indicadores de calidad asistencial y mejora de resultados en salud (Barth y Lannen, 2011; Beach et al., 2005; Bernard, de Roten, Despland y Stiefel, 2012; Bragard et al., 2010; Capone, 2014; Cebría, Palma, Segura, Gracia y Pérez, 2006; Lenzi, Balie, Costantini, Grassi y Parker, 2011; Rezaei y Askari, 2014; Rider, 2010; Scholl et al., 2014; Stiefel et al., 2010; Utterhoeve, Ophuls, Grol, Demulder y Van Achterberg, 2010; Vargas, Cañadas, Águayo, Fernández y de la Fuente, 2014; Xinchun et al., 2014).

Por esto, cuando la comunicación establecida entre el profesional sanitario y el paciente se centra en las necesidades y perspectivas de este último, presenta una serie de características y propiedades que hacen que se pueda convertir en un instrumento terapéutico más (Mead y Bower, 2002). Una de las principales características de la relación clínica que se produce entre los diferentes profesionales de la salud y los pacientes es que sus efectos pueden ser medidos. Para ello, precisamos de instrumentos que estén bien construidos, y que demuestren de forma empírica y experimental sus propiedades psicométricas, a la vez que sean fáciles de uso en la práctica (Peterson, Calhoun y Rider, 2014).

La ausencia de instrumentos que midieran este constructo nos llevó a construir la Escala sobre Habilidades de Comunicación de Profesionales de la Salud (EHC-PS). En este trabajo se expone la continuación del estudio de creación de la escala (Leal, Tirado, Rodríguez-Marín y van-der Hofsad, en prensa), donde se detallan todos los aspectos relativos a la definición semántica y sintáctica del constructo, la valoración de los expertos de la definición, el proceso de creación de los ítems a través de las tablas de especificación de la escala y de los ítems, la valoración de los mismos por parte de los expertos y el estudio piloto. De este modo, el objetivo de este trabajo es analizar las propiedades psicométricas de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS).

Para la consecución de dicho objetivo, en una primera muestra se analizan las propiedades psicométricas de la escala: análisis de ítems, análisis de la estructura interna a través de un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), análisis de fiabilidad y obtención de evidencias externas de validez. En una segunda muestra, se realiza un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para confirmar la estabilidad de la estructura interna de la escala en una muestra diferente de otro sistema sanitario.

Método

Participantes

La primera muestra, de la Región de Murcia (España), se utilizó para analizar las propiedades psicométricas de la escala. Estuvo compuesta por un total de 410 profesionales de la salud, obtenida mediante muestreo por cuotas de los siguientes hospitales: Hospital General Universitario Virgen
de la Arrixaca, Hospital General Universitario Reina Sofía, Hospital Los Arcos del Mar Menor y el Hospital de Molina, quedando formada por 94 médicos (23%), 176 enfermeras (43%) y 140 auxiliares de enfermería (34%), de las que 278 (67,8%) eran mujeres y 132 (32,2%) hombres. La segunda muestra, recogida en la provincia de Alicante (España), se utilizó para realizar el AFC. Estuvo compuesto por un total de 517 participantes, obtenida mediante muestreo por cuotas de los hospitales General Universitario de Alicante, Co- marcal Vega Baja y de Torrevieja, éste último centro público de gestión privada, quedando formada por 103 médicos (20%), 274 enfermeras (53%) y 140 auxiliares de enfermeria (27%), de los que 374 (72,3%) eran mujeres y 143 (27,7%) eran hombres. Como criterios de inclusión, todos los participantes debían 1) ser mayores de edad, 2) desempeñar su labor asistencial en el ámbito de atención especializada o atención primaria, 3) ser médico, enfermera o auxiliar de enfermería, y 4) firmar el consentimiento informado.

**Instruments**

Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS). Instrumento objeto de validación, compuesto por 42 ítems, estando la mitad redactado de forma inversa. La escala de respuesta fue graduada de seis alternativas con cuantificadores lingüísticos de frecuencia: 1= casi nunca, 2=de vez en cuando, 3= a veces, 4= normalmente, 5= muy a menudo y 6= muchísimas veces, establecida sobre la base de los trabajos de Cañadas y Sánchez-Bruno (1998) y Cañadas y Tirado (2002) acerca de categorías de respuesta en escalas tipo Likert. Incluye cuatro dimensiones: a) Comunicación Informativa, compuesta por 12 ítems (3, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 27, 30, 38, 39 y 42), refleja la manera que los profesionales de la salud tienen de obtener y proporcionar información en la relación clínica que establecen con los pacientes; b) Empatía, compuesta por 13 ítems (4, 5, 12, 14, 17, 21, 22, 23, 28, 29, 36, 37 y 41) que reflejan la capacidad de los profesionales de la salud de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación, así como la dimensión conductual de ésta, la actitud empática, compuesta por la escucha activa y la respuesta empática; c) Respeto y Autenticidad, con 5 ítems (2, 10, 26, 33 y 34) que evalúan el respeto y la autenticidad o congruencia que muestran los profesionales de la salud en la relación clínica que establecen con los pacientes; y d) Habilidad Social, con 12 ítems (1, 7, 8, 9, 15, 19, 24, 25, 31, 32, 35 y 40) que reflejan la habilidad que los profesionales de la salud tienen de ser asertivos o tener conductas socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes. Apéndice 1.

Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2010). Instrumento objeto de validación, compuesto por 42 ítems, estando la mitad redactado de forma inversa. La escala de respuesta fue graduada de seis alternativas con cuantificadores lingüísticos de frecuencia: 1= casi nunca, 2=de vez en cuando, 3= a veces, 4= normalmente, 5= muy a menudo y 6= muchísimas veces, establecida sobre la base de los trabajos de Cañadas y Sánchez-Bruno (1998) y Cañadas y Tirado (2002) acerca de categorías de respuesta en escalas tipo Likert. Incluye cuatro dimensiones: a) Comunicación Informativa, compuesta por 12 ítems (3, 6, 11, 13, 16, 18, 20, 27, 30, 38, 39 y 42), refleja la manera que los profesionales de la salud tienen de obtener y proporcionar información en la relación clínica que establecen con los pacientes; b) Empatía, compuesta por 13 ítems (4, 5, 12, 14, 17, 21, 22, 23, 28, 29, 36, 37 y 41) que reflejan la capacidad de los profesionales de la salud de comprender los sentimientos de los pacientes y hacerlo evidente en la relación, así como la dimensión conductual de ésta, la actitud empática, compuesta por la escucha activa y la respuesta empática; c) Respeto y Autenticidad, con 5 ítems (2, 10, 26, 33 y 34) que evalúan el respeto y la autenticidad o congruencia que muestran los profesionales de la salud en la relación clínica que establecen con los pacientes; y d) Habilidad Social, con 12 ítems (1, 7, 8, 9, 15, 19, 24, 25, 31, 32, 35 y 40) que reflejan la habilidad que los profesionales de la salud tienen de ser asertivos o tener conductas socialmente habilidosas en la relación clínica que establecen con los pacientes. Apéndice 1.

**Procedimiento**

Para llevar a cabo el estudio se obtuvo el permiso de las respectivas gerencias de los centros y la aprobación de los comités de ética. Los principales aspectos bioéticos se concretaron en la garantía de participación voluntaria e informada, la confidencialidad de los datos y la información a los participantes del estudio. La muestra de la Región de Murcia fue recogida de Septiembre a Diciembre de 2011 por alumnos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia y por los supervisores/coordinadores de enfermería de los centros seleccionados, que reclutaron a los diferentes profesionales de la salud que decidieron participar voluntariamente en el proyecto, sin recibir ningún incentivo por su colaboración. A los 40 días todos los profesionales cumplimentaron de nuevo la escala. Esta muestra se utilizó para analizar las propiedades psicométricas de la versión inicial de la escala. En la provincia de Alicante la muestra fue recogida de Febrero a Abril de 2012, por los supervisores/coordinadores de enfermería, de igual forma que en la Región de Murcia, y se utilizó para realizar el AFC de la solución final obtenida en el AFE.

**Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo de los ítems (media, desviación típica, asimetría y curtosis). La discriminación de los ítems se calculó con la correlación ítem-dimensión corregida (Carretero-Dios y Pérez, 2005). El AFE y el AFC se utilizaron para analizar el grado en el que los ítems y los componentes de la escala conformaban el constructo establecido en la definición semántica (Elosua, 2003). Como recomiendan numerosos estudios (Ferrando y Anguiiano-Carrasco, 2010; Lloret-Segura, Ferrerres-Traver, Hernández-Baiza y Tomás-Marco, 2014; Schmitt, 2011), consideramos el AFE y el AFC como los dos polos de un continuo, es decir, el AFE impone restricciones mínimas para obtener una solución factorial acorde a la
teoría expuesta (definición semántica y sintáctica), que puede ser transformada aplicando diferentes criterios, y el AFC impone restricciones mucho más fuertes que ponen a prueba la solución factorial final. Puesto que los ítems cumplieran los supuestos de normalidad multivariada se utilizó el método de Máxima Verosimilitud (MV) (Byrne, 2013). Para la evaluación del ajuste del modelo se utilizó una combinación de índices de ajuste: \( \chi^2/gl \), IFI (Incremental Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), y SRMR (Standardized Root Mean Square Residual). En general, valores inferiores a 3 para \( \chi^2/gl \), superiores a 0,90 para IFI, TLI y CFI, iguales o inferiores a 0,06 para el RMSEA y 0,08 para el SRMR, se consideraron indicativos de buen ajuste (Hu y Bentler, 1999). Para la depuración de los ítems se utilizaron los estadísticos descriptivos de los ítems, los índices de discriminación y las cargas factoriales, atendiendo a las recomendaciones para la selección de los ítems (Lloret-Segura et al., 2014) y a que el contenido semántico de la dimensión quedara representado por los ítems finales. La fiabilidad se analizó como consistencia interna con el coeficiente alfa de Cronbach (\( \alpha \)) para las dimensiones de la escala (Carretero-Dios y Pérez, 2007; Cortina, 1993), y la estabilidad temporal de las puntuaciones de los ítems con el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI), interpretado según la clasificación establecida por Landis y Koch (1977). La búsqueda de evidencias externas de validez se basó en: a) correlaciones entre las puntuaciones de cada dimensión de la EHC-PS con las puntuaciones de cada dimensión y el total de la EHS, debiendo correlacionar de forma positiva; b) correlaciones de las dimensiones de la EHC-PS con las dimensiones del MBI, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal en el Trabajo, esperando que se establezca una relación negativa con las dimensiones AE y D, y una relación positiva con la dimensión RP. Estas hipótesis se establecieron en la definición sintáctica del constructo (Leal et al., en prensa). Se utilizó el paquete estadístico SPSS y Amos v.20.0.

Resultados

Análisis de ítems

Se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los ítems (media, desviación típica, asimetría y curtosis) y los índices de discriminación, que fue superior a 0,25-0,30 (Nunnally y Bernstein, 1995) en el 90% de los casos (Tabla 1).

Estructura interna de la escala

Análisis Factorial Exploratorio (AFE)

Se realizó un AFE con MV a través de modelos de ecuaciones estructurales (coeficiente de Mardia=332,64). Se pusieron a prueba tres modelos teóricos: 1 factor, 4 factores ortogonales y 4 factores oblicuos, teniendo todos los modelos un ajuste deficitario que necesitó ser mejorado (Tabla 2).

La corrección y reespecificación se centró en el modelo de factores oblicuos, de acuerdo con la teoría subyacente a la definición semántica y sintáctica del constructo. A través de un proceso iterativo de depuración en función de las cargas de los ítems y el ajuste del modelo se eliminaron los ítems 4, 17, 23, 28, 29, 36, 37 y 41 de Empatía; 3, 6, 11, 20, 27 y 39 de Comunicación Informativa; 26 y 33 de Respeto y Autenticidad; y 1, 7, 8, 9, 25, 31, 32 y 40 de Habilidad Social. La escala final quedó formada por 18 ítems. Los índices de modificación indicaron la pertinencia de correlacionar los errores de los ítems 12 y 13, 21 y 22, y 35 y 42. Dado que su contenido era similar, se realizaron las modificaciones. El AFE reveló que todos los ítems del modelo de factores oblicuos corregido tenían cargas factoriales por encima de 0,40, excepto el ítem 35 de la dimensión Habilidad Social (Figura 1). Los índices indicaron un buen ajuste (Tabla 2).

Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)

Se puso a prueba el modelo obtenido de 4 factores oblicuos (MV; coeficiente de Mardia=82,80). Todos los ítems alcanzaron cargas factoriales superiores a 0,40 (Figura 2). Los índices mostraron un buen ajuste (Tabla 2).

Análisis de fiabilidad

La consistencia interna (\( \alpha \) de Cronbach) para cada dimensión de la EHC-PS fue 0,77 para Empatía, 0,78 para Comunicación Informativa, 0,74 para Respeto y 0,65 para Habilidad Social.

Los CCI mostraron una elevada concordancia entre las puntuaciones del test y el re-test: Empatía = 0,87 (p<0,000) IC 95% (0,85-0,88); Comunicación Informativa = 0,88 (p<0,000) IC 95% (0,86-0,89); Respeto = 0,82 (p<0,000) IC 95% (0,79-0,84); y Habilidad Social = 0,84 (p<0,000) IC 95% (0,81-0,86).

Evidencias de validez

Los análisis de las correlaciones entre las dimensiones de la EHC-PS y las dimensiones y el total de la EHS, tal y como se esperaba, fueron estadísticamente significativas (p<0,01) aunque algo bajas (Tabla 3). Con las dimensiones del MBI se obtuvieron, por un lado, correlaciones negativas y estadísticamente significativas (p<0,01) con Agotamiento Emocional y Despersonalización y, por otro lado, correlaciones positivas y estadísticamente significativas (p<0,01) con Realización Personal en el Trabajo (Tabla 3).

Discusión y conclusiones

En este estudio evaluamos la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS, y analizamos sus propiedades psicométricas en dos muestras heterogéneas compuestas por los tres colectivos de profesionales de la salud más numerosos en nuestro sistema sanitario (auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos).

En lo que se refiere a los índices de discriminación, como apuntan Carretero-Dios y Pérez (2005), cuando una escala está compuesta por dimensiones o subconstructos, los cálculos de discriminación deben de realizarse por faceta o dimensión. Así, se analizaron las correlaciones ítem-total dimensión corregida, que fueron mayores de 0,25-0,30 (Nunnally y Bernstein, 1995) excepto en los ítems 29, 36 y 41 de Empatía, en el ítem 6 de Comunicación Informativa y en los ítems 1, 9, 25, y 40 de Habilidad Social. Como se puede observar, la mayoría de los ítems presentaron un
| Ítem                                                                 | $M$  | $DT$ | Asimetría | Curtosis | Correlación ítem-total dimensión |
|----------------------------------------------------------------------|------|------|-----------|----------|----------------------------------|
| 1. Soy incapaz de rechazar peticiones poco razonables de los pacientes. | 4,67 | 1,27 | -0,81     | 0,22     | 0,23                             |
| 2. Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente.      | 5,11 | 0,99 | -0,89     | 0,74     | 0,49                             |
| 3. Cuando quiero obtener información sobre el paciente utilizo preguntas abiertas (aquellas que permiten una mayor extensión en las respuestas del paciente). | 4,30 | 1,17 | -0,39     | -0,22    | 0,34                             |
| 4. Cuando hablo con los pacientes lo hago en un lugar tranquilo, para escucharles adecuadamente. | 4,05 | 1,25 | -0,43     | 0,07     | 0,45                             |
| 5. Exploro las emociones de mis pacientes.                          | 3,98 | 1,30 | -0,28     | -0,47    | 0,48                             |
| 6. Considero que informar a los pacientes no es mi cometido.         | 4,69 | 1,49 | -0,97     | 0,05     | 0,28                             |
| 7. Evito relacionarme con los pacientes por miedo o timidez.         | 5,71 | 0,73 | -2,85     | 8,16     | 0,46                             |
| 8. Me pongo nervioso cuando hablo con los pacientes.                | 5,68 | 0,76 | -2,86     | 9,01     | 0,40                             |
| 9. Tengo conflictos con los pacientes cuando tienen una opinión diferente a la mía. | 5,52 | 0,84 | -1,94     | 3,87     | 0,25                             |
| 10. Respeto la autonomía y libertad de los pacientes.              | 5,04 | 1,08 | -1,03     | 1,04     | 0,51                             |
| 11. Considero que es mejor no dar información si lo que tengo que decir es malo. | 4,59 | 1,45 | -0,85     | -0,06    | 0,41                             |
| 12. Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, risas, ...). | 4,77 | 1,25 | -0,98     | 0,60     | 0,50                             |
| 13. Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa. | 4,87 | 1,17 | -0,94     | 0,58     | 0,57                             |
| 14. Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ... | 4,80 | 1,12 | -0,65     | 0,11     | 0,52                             |
| 15. Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes.      | 3,96 | 1,31 | -0,25     | -0,42    | 0,44                             |
| 16. Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo. | 4,17 | 1,17 | -0,36     | -0,01    | 0,53                             |
| 17. Cuando hablo con los pacientes realicen expresiones verbales de apoyo del tipo: ciertamente ..., aja ..., claro ... | 3,79 | 1,41 | -0,42     | -0,46    | 0,35                             |
| 18. Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles. | 4,97 | 0,99 | -0,81     | 0,95     | 0,56                             |
| 19. Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia. | 3,89 | 1,25 | -0,28     | -0,11    | 0,44                             |
| 20. Si informo a los pacientes no tendrá tiempo para estar con los demás, ya que éstos responderán con más preguntas. | 5,06 | 1,09 | -0,98     | 0,34     | 0,39                             |
| 21. Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes. | 4,45 | 1,13 | -0,49     | -0,05    | 0,57                             |
| 22. Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.              | 4,61 | 1,10 | -0,46     | -0,25    | 0,61                             |
| 23. Finjo escuchar a los pacientes cuando me hablan.                 | 5,50 | 0,95 | -2,17     | 4,64     | 0,37                             |
| 24. Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme. | 4,27 | 1,23 | -0,54     | 0,01     | 0,49                             |
| 25. Si estoy enfadado con los pacientes si lo hago saber claramente. | 2,54 | 1,45 | 0,48      | -0,84    | 0,20                             |
| 26. Me comporto con transparencia cuando me relaciono con los pacientes, mostrándome tal y como soy. | 4,37 | 1,26 | -0,44     | -0,30    | 0,38                             |
| 27. Me molesto si los pacientes me realizan muchas preguntas.         | 5,32 | 1,00 | -1,57     | 2,39     | 0,36                             |
| 28. Me distraigo cuando escucho a los pacientes.                     | 5,43 | 0,98 | -1,85     | 3,22     | 0,42                             |
| 29. Realizo resúmenes de lo que me ha dicho el paciente para asegurarme lo que me ha dicho. | 3,06 | 1,59 | 0,19      | -1,06    | 0,29                             |
| 30. Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria. | 5,20 | 1,09 | -1,33     | 1,482    | 0,49                             |
| 31. Cuando estoy en desacuerdo con las opiniones de los pacientes me callo para no discutir. | 4,03 | 1,40 | -0,57     | -0,14    | 0,34                             |

(Continúa)
comportamiento adecuado en cuanto a su discriminación con el total de la puntuación de la dimensión a la que pertenecen, por lo tanto, podemos afirmar que se encontraron relaciones adecuadas entre los ítems y la puntuación obtenida en la dimensión. En este sentido, hay que apuntar que cuanto más elevadas sean estas correlaciones para todos los ítems de una dimensión, mayor será la fiabilidad de este componente calculada a través de la consistencia interna y, por eso, cuando se realiza el análisis de la discriminación de los ítems, se suele incluir el cálculo de la fiabilidad de dicho componente a través del índice alfa de Cronbach (α). Sin embargo, en este trabajo, el análisis de la fiabilidad se realizó una vez fue analizada la estructura interna de la escala y se obtuvo el agrupamiento final de los ítems (Carretero Dios y Pérez, 2007).

Con respecto al análisis de la estructura interna de la escala, siguiendo las recomendaciones de Lloret-Segura et al. (2014), se realizó un AFE del modelo completo, incluyendo todos los ítems para después mejorarlos eliminando elementos, atendiendo a diversos criterios psicométricos y semánticos.
cos del ítem. Además, se propusieron varios modelos para analizar el ajuste comparativo entre ellos (Tabla 2), y se especificaron claramente las relaciones que se esperaban. El modelo que mejores índices de ajuste obtuvo fue el de cuatro factores oblicuos, por lo tanto, para la reespecificación del modelo, y atendiendo a la definición semántica del constructo (Leal et al., en prensa) se analizó únicamente éste. Una vez eliminados los ítems se consiguió, como señala Nunally y Bernstein (1995) refiriéndose específicamente a escalas de actitudes, que de 42 ítems, la escala quedara reducida a 18 en el instrumento definitivo (véase Apéndice 1). Así, en el modelo corregido propuesto, todos los ítems tuvieron cargas factoriales mayores de 0,40 excepto el ítem 35 de Habilidad Social, que se decidió mantener, ya que semánticamente aportaba más información y los índices de bondad de ajuste fueron adecuados manteniéndolo. Es importante comentar que tras eliminar los ítems 26 y 33 de la dimensión Respeto y Autenticidad, los ítems restantes en esta dimen-

Figura 1  AFE del modelo de cuatro factores oblicuos corregido con las estimaciones de los parámetros estandarizadas. "p < 0,001.
Propiedades psicométricas de la Escala sobre Habilidades de Comunicación de profesionales de la Salud (EHC-PS)

Una vez fue delimitada la estructura interna de la escala en el AFE con los ítems definitivos, se realizó un análisis de contenido para que los ítems finales representaran adecuadamente las dimensiones propuestas en la definición semántica del constructo, confirmando que éstos representaban adecuadamente el contenido de las dimensiones propuestas.

Para comprobar que la estructura interna de la escala se mantenía estable, tal y como recomiendan algunos autores (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Elosua, 2003) se realizó un AFC en una muestra diferente de profesionales de la salud, de otro sistema sanitario, obteniendo de nuevo un buen ajuste del modelo.

El análisis de fiabilidad de las puntuaciones de la escala, tal y como se ha comentado, se realizó con la escala final y no con formas experimentales (Carretero-Dios y Pérez,
2007). Así, la consistencia interna fue mayor de 0,70 en todas las dimensiones excepto en la dimensión Habilidad Social (0,65), aunque el valor fue muy próximo, y se puede considerar adecuado cuando el interés de la escala es la investigación (Nunnally y Bernstein, 1995). En cuanto a la estabilidad temporal en las puntuaciones de los ítems, se obtuvo una concordancia alta (Landis y Koch, 1977) en todas las dimensiones, lo que indica una elevada estabilidad de las puntuaciones de los participantes en el test y el re-test.

Hace ya algún tiempo se llegó a consensuar la idea de validez como un concepto unitario (Carretero-Dios y Pérez, 2005; Evers et al., 2013), hablando entonces de la obtención de evidencias externas de validez. Así, en cuanto a la obtención de evidencias externas de validez, podemos observar que se encontraron las relaciones esperadas con otros constructos externos como el burnout y con constructos relacionados como la habilidad social, tal y como se hipotetizó en la definición sintáctica del constructo (Leal et al., en prensa). La EHS, aunque está validada para población general (Gismero, 2010), ha sido utilizada en estudios para medir la habilidad social en profesionales de la salud (Leal, Luján, Gascón, Ferrer y van-der Hofstadt, 2010; Padrés y Ferrer, 2007). Los resultados obtenidos corroboraron empiricamente el hecho de que el profesional de la salud cuente con habilidades de comunicación puede contribuir a que se sienta más seguro, más competente y fomente las relaciones interpersonales con los pacientes y, así, preven-ga, amortigué y reduzca sus experiencias de estrés laboral crónico y burnout, complementando otros estudios realizados (Bragard et al., 2010; Cebrià et al., 2006).

De este modo, los resultados obtenidos hasta el momento con la EHC-PS muestran soluciones coherentes con la teoría de la que partíamos (definición semántica y sintáctica), tanto en su composición, como en la estructura subyacente, obteniendo la forma final de la escala, unas adecuadas propiedades psicométricas. No obstante, deberían ser consideradas algunas limitaciones del presente estudio. Deben señalar que se deberían seguir obteniendo evidencias de validez de la escala en futuros estudios, donde se relacionen las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud con otros constructos externos relacionados.

### Apéndice 1 Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud (EHC-PS).

|                                      | Casi nunca | De vez en cuando | A veces | Normalmente | Muy a menudo | Muchísimas veces |
|--------------------------------------|------------|------------------|---------|-------------|--------------|-----------------|
| Respeto el derecho de los pacientes a expresarse libremente. |            |                  |         |             |              |                 |
| Exploro las emociones de mis pacientes. |            |                  |         |             |              |                 |
| Respeto la autonomía y libertad de los pacientes. |            |                  |         |             |              |                 |
| Cuando el paciente me habla muestro interés mediante gestos corporales (asintiendo con la cabeza, contacto ocular, sonrisas, ...) |            |                  |         |             |              |                 |
| Proporciono información a los pacientes (siempre que mi competencia profesional me lo permita) sobre aquello que les preocupa. |            |                  |         |             |              |                 |
| Escucho a los pacientes sin prejuicios, independientemente de su aspecto físico, modales, forma de expresión, ... |            |                  |         |             |              |                 |
| Expreso claramente mis opiniones y deseos a los pacientes. |            |                  |         |             |              |                 |
| Cuando doy información, uso silencios para que el paciente asimile lo que le estoy diciendo. |            |                  |         |             |              |                 |
| Cuando doy información a los pacientes lo hago en términos comprensibles. |            |                  |         |             |              |                 |
### Propiedades psicométricas de la Escala sobre Habilidades de Comunicación de profesionales de la Salud (EHC-PS)

| Descripción                                                                 | Casi nunca | De vez en cuando | A veces | Normalmente | Muy a menudo | Muchísimas veces |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------|------------------|---------|-------------|--------------|-----------------|
| Cuando un paciente hace algo que no me parece bien le expreso mi desacuerdo o molestia. | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Dedico tiempo para escuchar y tratar de comprender las necesidades de los pacientes. | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Trato de comprender los sentimientos de mi paciente.                        | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Cuando me relaciono con los pacientes expreso mis comentarios de una manera clara y firme. | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Considero que el paciente tiene derecho a recibir información sanitaria.    | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Siento que respeto las necesidades de los pacientes.                        | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Me resulta difícil realizar peticiones a los pacientes.                     | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Me aseguro que los pacientes han comprendido la información proporcionada.  | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |
| Me resulta difícil pedir información a los pacientes.                       | ☐          | ☐                | ☐       | ☐           | ☐            | ☐               |

### Referencias

Barth, J.L. y Lannen, P. (2011). Efficacy of communication skills training courses in oncology: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology*, 22, 1030-40. doi:10.1093/annonc/mdq441.

Beach, M.C., Sugarman, J., Johnson, R.L., Arbelaez J.J., Duggan, P.S. y Cooper L.A. (2005). Do Patients Treated With Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? *Annals of Family Medicine*, 3, 331-338. doi: 10.1370/afm.328.

Bernard, M., de Roten, Y., Despland, J.N. y Stiefel F. (2012). Oncology Clinicians’ Defenses and Adherence to Communication Skills Training with Simulated Patients: an Exploratory Study. *Journal of Cancer Education*, 27, 399-403. doi: 10.1007/s13187-012-0366-8.

Bragard, I., Libert, Y., Etienne, A.M., Merckaert, I., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Klastersky, J., Reynaert, C., Scalliet, P., Slachmuylder, J.L. y Razavi, D. (2010). Insight on variables leading to burnout in cancer physicians. *Journal of Cancer Education*, 25, 109-115. doi: 10.1007/s13187-009-0026-9.

Byrne, B.M. (2013). *Structural equations modeling with Amos: Basic concepts, application, and programming* (2ª ed.). Nueva York: Routledge.

Cañadas, I. y Sánchez-Bruno, J. A. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psicothema*, 10, 623-631.

Cañadas, I. y Tirado, S. (2002). El formato de respuesta en las escalas tipo Likert. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento, volumen especial*, 111-113.

Capone, V. (2014). Patient communication self-efficacy, self-reported illness symptoms, physician communication style and mental health and illness in hospital outpatients. *Journal of Health Psychology*, publicación anticipada on-line. doi: 10.1177/1359105314551622.

Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 521-551.

Carretero-Dios, H. y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 863-882.

Cebrià, J., Palma, C., Segura, J., Gracia, R. y Pérez, J. (2006). El entrenamiento en habilidades de comunicación podría ser un factor preventivo del síndrome de burnout en médicos de familia. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 33, 34-40.

Cortina, J.M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78, 98-104.

Elosua, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15, 315-321.

Epstein, R.M. y Street. R.L.J. (2011). The values and value of patient-centered care. *Annals of Family Medicine*, 9, 100-103. doi:10.1370/afm.1239.

Evers, E., Nuñiz, J., Hagemeister, C., Hostmalingen, A., Lindley, P., Sjöberg, A. y Bartram D. (2013). Assessing the quality of test: Revision of the EFPA review model. *Psicothema*, 25, 283-291. doi: 10.7334/psicothema2013.97.

Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33.

Gil-Monte, P.R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish Professionals. *Revista de Saúde Pública*, 39, 1-8.

Gismero E. (2010). *EHS Escala de Habilidades Sociales. Manual*. Madrid: TEA.

Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.

Leal, C., Luján, I., Gascón, J., Ferrer, L. y van-der Hofstad, C. J. (2010). Habilidades sociales en los profesionales de urgencias y cuidados críticos de un hospital público comarcal. *Enfermería Intensiva, 21*, 136-141. doi:10.1016/j.enfi.2010.05.001.

Leal, C., Tirado, S., Rodríguez-Marín, J. y van-der Hofstad, C. J. (en prensa). Creación de la Escala sobre Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud, EHC-PS. *Anales de Psicología*.

Lenzi, R., Baile, W.F., Costantini, A., Grassi, L. y Parker, P. A. (2011). Communication training in oncology: results of intensive communication workshops for Italian oncologists. *European Journal of Cancer Care, 20*, 196-203. doi:10.1111/j.1365-2354.2010.01189.x.

Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 40, 126-132, BOE (2002) (legislated).

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología, 30*, 1151-1169. doi:10.6018/analesps.30.3.199361.

Mead, N. y Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Education and Counseling, 48*, 51-61. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00099-X.

Nunnally, J.C. y Bernstein, I.J. (1995). *Teoría psicométrica* (3ª ed). Madrid: McGraw-Hill.

Peterson, E.B., Calhoun, A.W., y Rider, E.A. (2014). The reliability of a modified Kalamazoo Consensus Statement Checklist for assessing the communication skills of multidisciplinary clinicians in the simulated environment. *Patient Education and Counseling, 96*, 411-418. doi:10.1016/j.pec.2014.07.013.

Rezaei, F. y Askari, H.A. (2014). Checking the relationship between physicians' communication skills and outpatients' satisfaction in the clinics of Isfahan Al-Zahra(S) Hospital in 2011. *Journal of Education and Health Promotion, 28*, 1-8. doi: 10.4103/2277-9531.139697.

Rider E.A. (2010). Interpersonal and communication skills. En E.A. Rider y R.H. Nawotniak (Eds.), *A practical guide to teaching and assessing the ACGME core competencies* (pp. 1-33). Marblehead, MA: HCPro Inc.

Schmitt, T. A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment, 29*, 304-321. Doi: 10.1177/0734282911406653.

Scholl, I., Zill, J.M., Härter, M. y Dirmaier, J. (2014). An Integrative Model of Patient-centeredness - A Systematic Review and Concept Analysis. *PLoS ONE, 9*, e107828. doi:10.1371/journal.pone.0107828.

Stiefel, F., Barth, J., Bensing, J., Fallowfield, L., Jost, L., Razavi, D. y Kiss, A. (2010). Communication skills training in oncology: A position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Annals of Oncology, 21*, 204-207. doi: 10.1093/annonc/mdp564.

Uitterhoeve, R.J., Bensing, J.M., Grol, R.P., Demulder, P.H.M. y Van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: A systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care, 19*, 442-457. doi: 10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x.

Vargas, C., Cañadas, G.A., Aguayo, R., Fernández, R. y de la Fuente, E.I. (2014). Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*, 28-38

World Health Organization (1993). *Doctor Patient Interaction and Communication*. Ginebra: World Health Organization, Division of Mental Health. Report Nº WHO-MNS-PSF-93.11.

Xinchun, L., Wesley, R., Aijing, L., Zhou, F., TianHua H. y Wenzhao X. (2014). Doctor-patient communication skills training in mainland China: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, publicación anticipada on-line. doi: 10.1016/j.pec.2014.09.012.