

## ORIGINAL BREVE

## SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON LA COMUNICACIÓN EN LAS CONSULTAS DE MEDICINA DE FAMILIA: COMPARACIÓN DE TRES MÉTODOS PARA INVESTIGAR NECESIDADES NO SATISFECHAS

Roger Ruiz-Moral (1), Luis Angel Pérula de Torres (1), Miguel Muñoz Alamo (2), Celia Jiménez García (3), Valeria González Nebauer (4), Antonia Alba Dios (1) Luciano Barrios Blasco (4) y Margarita Criado Larumbe (1).

(1) Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba (Servicio Andaluz de Salud).

(2) Centro de Salud/Unidad de Gestión Clínica de Occidente –Córdoba- (Servicio Andaluz de Salud).

(3) Distrito Sanitario Guadalquivir –Córdoba- (Servicio Andaluz de Salud).

(4) Distrito Sanitario de Córdoba-centro (Servicio Andaluz de Salud).

## RESUMEN

**Fundamento:** Diferentes aspectos de la relación médico-paciente se han asociado con la satisfacción y otros resultados de la consulta, pero el "efecto techo" suele limitar estas mediciones. El objetivo del trabajo es evaluar la relación y las diferencias entre tres modos de obtención de información referentes a la satisfacción del paciente y la percepción de necesidades no cubiertas en aspectos comunicativos con el médico.

**Métodos:** Estudio observacional-descriptivo. Muestreo sistemático: 658 usuarios que acudieron a 97 médicos de familia en 58 centros de salud en 4 provincias. Por entrevista se indagó la percepción de los usuarios sobre cuatro facetas comunicativas (aspectos formales de la relación, facilidad para exponer motivo de consulta, información recibida sobre causas y acciones), mediante tres tipos diferentes de preguntas. Análisis descriptivo e inferencial (test de Fisher).

**Resultados:** Respondieron 658 pacientes. Edad media: 52 años (DT:17,4; IC95%: 50,6-53,3 años), 401 (62%) mujeres (IC95%: 58,7-66,4%). Los sujetos dicen sentirse satisfechos con: relación con su médico: 99,7% (IC95%: 98,8-99,9%), posibilidad exponer motivo de consulta: 96,0% (IC95%: 94,4-97,7%), información recibida sobre causas: 96,2% (IC95%: 89,9- 94,3%), y sobre acción terapéutica: 97,9% (IC95%:96,7-99,1%). Las personas insatisfechas o muy insatisfechas responden a más preguntas adicionales ( $p<0,05$ ), pero hasta un 171 (28,9%) de sujetos satisfechos o muy satisfechos llegaron a expresar preguntas adicionales, sobre todo en relación a propuestas de cambio ( $p<0,001$ ).

**Conclusiones:** Las preguntas abiertas con las que los sujetos puedan hacer sugerencias detectan mejor las necesidades no satisfechas en la comunicación médico-paciente que las preguntas cerradas sobre satisfacción o preguntas dirigidas a explorar posible discrepancia de conductas.

**Palabras clave:** Satisfacción del paciente. Encuestas. Relación médico-paciente. Preferencias del paciente. Atención primaria de salud.

Roger Ruiz Moral  
Unidad Docente de Medicina de Familia de Córdoba  
C/ Blanco Soler, 4  
14004 Córdoba  
roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es

## ABSTRACT

### Patients' Satisfaction with Communication with their Family Doctors: Comparison of Three Methods for Assessing Unmet Needs

**Background:** Different aspects of the doctor-patient relationship were associated with satisfaction and other outcomes of the consultation. However, measurements of the perception of communication quality are often limited by the "ceiling effect". To evaluate the relationship and differences between three ways to obtain information regarding patient satisfaction and perception of unmet needs in communication aspects with your doctor.

**Methods:** An observational descriptive study was design. Patient perception regarding four communicational domains when attending family doctors measured by means of three different type of questions.

**Results:** Participation: 658 (91%) patients attending the consultation of 97 physicians in 58 Health Centres. 401 (62%) of them were females. Average age 52 years (TD:17,4; CI95%: 50,6-53,3 years), 401 females (62%: CI95%: 58,7-66,4%). In close ended questions, patients declared high rates of satisfaction for all the communicative domains studied: relationship 99,7% (CI95%: 98,8-99,9%), explaining reasons for consultation (CI95%: 94,4-97,7%), information regarding causes 96,2% (CI95%: 89,9-94,3%), and therapeutic plan 97,9% (CI95%:96,7-99,1%). Patients declared as insatisfied gave high number of suggestions or showed more discrepancy of frequency ( $p<0,05$ ); nevertheless, up to 28,9% of satisfied patients made suggestions for improving communication ( $p<0,001$ ).

**Conclusions:** Designing open-ended questions where patient can make suggestions, seems to be a good method for detecting unmet needs in doctor patient communication that close-ended question about satisfaction or those exploring possible discrepancy on the frequency of some behaviours.

**Key Words:** Patient satisfaction. Surveys. Physician-patient relations. Patient preference. Primary health care.

## INTRODUCCIÓN

La satisfacción de los pacientes se considera un importante componente de la calidad de la atención sanitaria<sup>1</sup> pudiéndose medir mediante una amplia variedad de formas y mecanismos<sup>2</sup>. Entre los fines de recoger esta información está alertar a proveedores de servicios sobre preocupaciones, necesidades y percepciones de los usuarios acerca de la atención recibida, pero también son útiles para diseñar programas de planificación, evaluación e identificación de áreas de mejora<sup>3</sup>. Una medición adecuada de este concepto es pues un requisito previo para conseguir estos fines y poder así identificar mejor los problemas de los pacientes y tomar las medidas oportunas para su solución. Sin embargo, el concepto de satisfacción del paciente es un complicado fenómeno que se relaciona con muchas y diferentes variables y su medición representa un importante desafío<sup>4</sup>.

Un aspecto del ámbito general de la atención sanitaria que valoran mucho los usuarios es la relación personal con el proveedor, incluso por encima de competencias más técnicas<sup>5,6</sup>. El aspecto más y tal vez mejor estudiado de los diferentes componentes de la relación médico-paciente (RMP) es el comunicativo. Determinados estilos de comunicación, especialmente el denominado “estilo centrado en el paciente”<sup>7</sup> se han asociado positivamente con la satisfacción y otros resultados de la consulta<sup>8-11</sup>. Sin embargo, las mediciones de la percepción de la calidad comunicativa de la RMP están a menudo limitadas por la tendencia a dar respuestas aquiescentes, es decir la tendencia de los pacientes a mostrarse satisfechos sin tener en cuenta el contenido o incluso aún con interacciones comunicativamente deficientes. Con los cuestionarios habitualmente utilizados como aquellos que gradúan la satisfacción mediante escalas, esta tendencia se refleja en el

agrupamiento de las respuestas en la parte superior de la misma, lo que se conoce como el “ceiling effect”<sup>12</sup>. Esto puede en parte explicar los altos niveles de satisfacción en la mayoría de las encuestas que utilizan preguntas cerradas u otras donde la opción de respuestas está limitada<sup>13,14</sup>. En un estudio realizado por nuestro grupo, el 90% de los pacientes valoraron los aspectos relacionales mantenidos con su médico en una escala Likert como totalmente o suficientemente satisfactorios, a pesar de que una valoración objetiva de gran parte de ellos mostraba déficits comunicacionales importantes<sup>15</sup>. Parece, no obstante, que el ceiling effect no es tan evidente cuando los pacientes hacen comentarios abiertos (ej.: ¿Que cambiaría usted respecto a la forma en la que su médico ...?)<sup>16</sup>.

El objetivo de el trabajo es evaluar la relación y diferencias entre tres modos de obtención de información referentes a la satisfacción del paciente y la percepción de necesidades no cubiertas en aspectos comunicativos con su médico.

## SUJETOS Y MÉTODO

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, transversal. Mediante un muestreo sistemático se seleccionaron entre 6 y 8 pacientes que acudieron a su cita a las consultas de 97 médicos de familia con más de cinco años de práctica clínica en centros de salud ubicados en diferentes zonas de España (Cantabria, La Rioja, Córdoba, Jaén y Málaga), por problemas incidentes o relacionados con su patología crónica previa. Se estimó que sería necesario reclutar al menos 540 sujetos para obtener una precisión del  $\pm 4\%$ , un nivel de confianza del 95% y para una proporción esperada del 50% (situación más desfavorable) en el grado de satisfacción con la atención médica recibida. Una vez finalizada la consulta y tras solicitar su consentimiento informa-

do, una entrevistadora previamente adiestrada valoraba la percepción del paciente sobre cuatro aspectos de la comunicación mantenida que hacen referencia a diferentes habilidades comunicativas que se enmarcarían dentro de tareas reconocidas como claves en el modelo de comunicación médico-paciente CICAA<sup>17,18</sup>: aspectos formales de la relación (Tarea Conectar), facilidad con la que pudo exponer su motivo/s de consulta (Tarea Integrar y Comprender la información), información recibida sobre causas del problema y sobre posibles acciones a tomar (Tareas Ayudar y Acordar). La exploración de cada uno de estos aspectos se hizo en el propio centro sanitario y mediante tres tipos de preguntas, la primera contenía la palabra “satisfacción” y era contestada mediante una escala ordinal de cuatro niveles (¿Cómo de satisfecho se encuentra usted con la atención recibida?: muy satisfecho, satisfecho, regular de satisfecho e insatisfecho). La siguiente pregunta pretendía conocer el acuerdo o no sobre la frecuencia de aparición (explorar posibles discrepancias de frecuencia) de cada una de las tareas comunicativas exploradas (¿Cree usted que su médico ha sido suficientemente comprensivo hoy? o ¿en relación al problema/s que traía hoy a la consulta, le habría gustado poder explicarle algo más a su médico? o ¿hay alguna otra información sobre lo que en relación a su problema le pasa/se puede hacer, que a usted le hubiera gustado recibir hoy de su médico?), analizando así la posible existencia de discrepancia de cantidad. La última pregunta era abierta y exploraba posibles deseos de cambio (¿Le sugeriría alguna cosa a su médico para que mejorase la relación profesional que tiene con usted?, ...para que este pudiera conseguir toda la información que usted quisiera transmitirle en relación con su problema? ...para que su médico le transmitiese (o pudiera usted entender) mejor la información que le ha dado sobre su problema o lo que se puede hacer para

mejorarlo? ). Las contestaciones y comentarios a esta última pregunta abierta fueron convertidos en mediciones cuantitativas, mediante un protocolo de codificación que siguió los siguientes pasos: 1º) Cada respuesta se codificó en función de que transmitiera o no deseo adicional (ejemplo: “¿aporta el paciente algún comentario sobre el modo en el que su médico puede mejorar la relación profesional que mantiene con él/ella?”); si el comentario indicaba un deseo de cambio, entonces era indicativo de que la necesidad en ese dominio no había sido satisfecha completamente; si, por el contrario, el comentario no indicaba deseo de cambio, se consideraba que el paciente estaba satisfecho con el dominio explorado; a esto se le denominó “discrepancia de frecuencia” 2º) Todos los comentarios registrados como necesidades no satisfechas fueron codificados en función de si la satisfacción de este deseo adicional dependía del médico/a, de la institución u otros agentes, o podía depender de ambos. A esto se le denominó “sugerencias de cambio”. Los comentarios realizados en el contexto de un determinado dominio podían pertenecer o no a este dominio. Los comentarios considerados ambiguos (ej. “no sabría responderle”) fueron codificados como tales y excluidos del análisis. Una variante de esta metodología había sido previamente utilizada por Levy-Storms et al. en otros aspectos asistenciales<sup>15</sup>.

El cuestionario fue diseñado por el equipo de investigación. Se sometió a un proceso de validez lógica y aparente, y a un análisis de reproducibilidad en una submuestra de 50 personas escogidas mediante muestreo de conveniencia. La fiabilidad interobservador se comprobó mediante el índice Kappa de Cohen (k); cuando no fue posible estimarlo, se calculó el Índice de Concordancia Simple (ICS). Los resultados de la fiabilidad en la primera pregunta del cuestionario (trans-

misión de deseo adicional sugerencia) en el dominio de relación fue  $K=1$ ; la exposición del motivo de consulta:  $K=1$ ; la de información sobre causa:  $K=0,9$ , y la de información sobre la acción a tomar:  $K=0,96$ . Con la segunda pregunta (deseo adicional dependiente o no del médico) en el dominio de relación:  $K=1$ ; exposición del motivo consulta:  $ICS=94\%$ ; información sobre causa:  $ICS=90\%$ ; e información sobre la acción a tomar:  $ICS=94\%$ .

El trabajo de campo se llevó a cabo entre febrero y septiembre del 2008. En la entrevista también se recogieron datos socio-demográficos y el problema de salud motivo principal de consulta, el cual fue codificado siguiendo la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2). Se efectuó un análisis estadístico descriptivo e inferencial; para estudiar la relación entre variables cualitativas para tablas de  $2 \times 2$ , se utilizó el test exacto de Fischer ( $p < 0,05$ ), pues aunque las preguntas eran con respuestas cerradas mediante una escala cualitativa ordinal con cuatro categorías, el número de casos -sobre todo de las categorías regular o insatisfecho-, fue muy bajo, no cumpliendo los requisitos para usar la prueba de la Ji-cuadrado, por lo que se optó por agruparlas en sólo dos (muy satisfecho y satisfecho vs. regular de satisfecho e insatisfecho). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.0 para Windows y EPIDAT 3.0. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Distrito Sanitario Córdoba-centro.

## RESULTADOS

Un total de 723 sujetos fueron invitados a participar al cumplir los criterios de inclusión, de los cuales 65 (9%) no dieron su consentimiento o no completaron la entrevista al prolongarse excesivamente el tiempo de espera para ser atendidos por

el encuestador. Finalmente fueron estudiados 658 pacientes (tasa de respuesta 91%) que consultaron con 97 médicos (edad media: 46,3 años; Desviación típica (DT): 6,5; rango: 31-58 años, el 60% varones) en 36 Centros de Salud urbanos y 22 rurales. El 62% (IC95%: 58,7-66,4%) eran mujeres, predominaron los que tenían estudios primarios (43%) o medios (28%). Sus edades oscilaron entre 18 y 88 años, con una media de 52 años (DT: 17,4; IC95%: 50,6-53,3 años). 458 (69,6%) residían en áreas urbanas y 200 (30,4%) en rurales. El nivel de estudios fue más alto en los primeros (9% vs. 31% estudios primarios y 32% vs. 19% estudios medios;  $p < 0,001$ ). Los problemas más frecuentemente atendidos fueron cardio-circulatorios (26,6%; emocionales-psicológicos (18,8%), respiratorios (7,3%; digestivos (6,8%) y nerviosos (6,1%). La duración media de las consultas fue de 8,3 minutos (DT: 4,3; límites: 1-27,3; IC95%: 7,9-8,6 minutos).

El resultado de cruzar las respuestas obtenidas en la pregunta de satisfacción con la relativa a la "discrepancia de frecuencia" y la de "sugerencias de cambio" para cada uno de los dominios explorados se expone en las tablas 1 y 2, respectivamente. Se observa cómo entre un 96% y un 99% de los sujetos dicen sentirse satisfechos o muy satisfechos con los aspectos valorados (relación con su médico, posibilidad de exponer el motivo de consulta, información recibida sobre las causas del problema y sobre la acción terapéutica). También se evidencia que la casi totalidad de las personas que se declaran insatisfechas o muy insatisfechas realizan más propuestas adicionales en comparación con las que se mostraron satisfechas, por ejemplo, en el dominio "información sobre acción terapéutica" para las discrepancias de frecuencia: 11 (84,3%) vs 46 (7,7%) para las propuestas de cambio: 11 (78,6%) vs 171 (28,9%). Sin embargo como se observa hasta 171 (28,9%) suje-

**Tabla 1**  
**Respuestas obtenidas en las diferentes categorías de la pregunta cerrada sobre satisfacción y la pregunta abierta sobre discrepancia de frecuencia**

Aspecto	Discrepancia de frecuencia	Pregunta cerrada: Nivel de Satisfacción			p*
		Muy satisfecho o Satisfecho n (%)	Insatisfecho o regularmente satisfecho n (%)	Total con respecto a discrepancia n (%)	
Relación médico-paciente	Si	2 (0,3)	0 (0,0)	2 (0,3)	1,0 (ns)
	No	617 (99,7)	2 (100,0)	619 (99,7)	
Total respecto a nivel de satisfacción	n (%)	619 (99,7)	2 (0,3)	621 (100,0)	
Exposición motivo de consulta	Si	24 (4,0)	7 (53,8)	31 (5,0)	<0,0001
	No	583 (96,0)	6 (46,2)	589 (95,0)	
Total respecto a nivel de satisfacción	n (%)	607 (97,9)	14 (3,1)	620 (100,0)	
Información sobre las causas del problema	Si	47 (7,9)	9 (56,3)	56 (9,1)	<0,0001
	No	551 (92,1)	7 (43,8)	558 (90,9)	
Total respecto a nivel de satisfacción	n (%)	598 (96,2)	16 (3,8)	614 (100,0)	
Información sobre acción terapéutica	Si	46 (7,7)	11 (84,3)	57 (9,3)	<0,0001
	No	555 (92,3)	2 (15,4)	557 (90,7)	
Total respecto a nivel de satisfacción	n (%)	601 (97,9)	13 (2,1)	614 (100,0)	

\* Test exacto de Fisher; NS: No significativa

**Tabla 2**  
**Respuestas obtenidas en las diferentes categorías de la pregunta cerrada sobre satisfacción y comentarios a la pregunta abierta sobre propuestas de cambio**

Aspecto	Propuestas de cambio	Pregunta cerrada: Nivel de Satisfacción			p*
		Muy satisfecho o satisfecho n (%)	Insatisfecho o regularmente satisfecho n (%)	Total con respecto a propuestas de cambio n (%)	
Relación médico-paciente	Si	81 (13,1)	2 (100,0)	83 (13,4)	0,018
	No	536 (86,9)	0 (0,0)	536 (86,6)	
Total con respecto a nivel de satisfacción	n (%)	617 (99,7)	2 (0,3)	619 (100,0)	
Exposición motivo de consulta	Si	154 (25,5)	7 (53,8)	161 (26,1)	0,032
	No	450 (74,5)	6 (46,2)	456 (73,9)	
Total con respecto a nivel de satisfacción	n (%)	604 (97,3)	13 (2,7)	617 (100,0)	
Información causas del problema	Si	147 (24,8)	12 (75,0)	159 (26,2)	<0,0001
	No	445 (75,2)	4 (25,0)	449 (73,8)	
Total con respecto a nivel de satisfacción	n (%)	582 (97,3)	16 (3,7)	598 (100,0)	
Información sobre acción terapéutica	Si	171 (28,9)	11 (78,6)	182 (30,0)	<0,0001
	No	421 (71,1)	3 (21,4)	424 (70,0)	
Total con respecto a nivel de satisfacción	n (%)	592 (98,3)	14 (1,7)	606 (100,0)	

tos que se habían declarado como satisfechos también llegaron a expresar demandas adicionales.

## DISCUSIÓN

El estudio muestra cómo diferentes modos de obtención de información conllevan diferentes estimaciones relacionadas con la percepción de las necesidades no cubiertas de los pacientes en aspectos comunicativos con su médico. Las preguntas que directamente se formulan sobre la satisfacción se revelan como de menor utilidad para detectar necesidades no cubiertas, especialmente en los aspectos relacionados con recibir y ofrecer información.

Tanto las medidas de discrepancia de frecuencia (excepto en el área de relación) como especialmente los deseos de cambio muestran diferencias significativas con las preguntas directas de satisfacción. Las diferencias sobre cómo los tres tipos de preguntas estiman las necesidades no cubiertas en relación a la comunicación con los médicos refleja que las metodologías que directamente preguntan por la satisfacción son de menor utilidad para detectar áreas de mejora en comunicación asistencial. Este hallazgo es consistente con el obtenido por otros autores en otros campos de la atención<sup>16</sup>.

La pregunta directa sobre satisfacción no proporciona información que pueda ser utilizada para diseñar intervenciones específicas de mejora dirigidas a profesionales. Esta es una limitación que ya ha sido apuntada por otros autores<sup>2,16</sup>. Además, el hecho de que incluso una gran parte de los pacientes que se declarasen satisfechos con la información recibida o con el modo en el que habían podido explicarse, hiciesen sugerencias concretas de mejora en la pregunta abierta indica que las preguntas que contenían la palabra satisfacción sobreestiman este

fenómeno, mostrando así el sesgo del “ceiling effect”<sup>12</sup>. Similares resultados obtuvieron Levy-Storm al hacer el mismo planteamiento de preguntas sobre el apoyo recibido en actividades de la vida diaria a personas ancianas que estaban en residencias. La respuestas obtenidas en las preguntas abiertas apuntaban a acciones concretas de mejora<sup>16,19</sup> de manera muy similar a las que se derivan de las respuestas obtenidas en nuestro estudio.

La pregunta abierta parece complementar la medida de discrepancia, la cual se revela útil en un nivel intermedio para proporcionar información sobre necesidad de aparición de una determinada conducta comunicativa mostrando por sí misma una necesidad no cubierta, si bien en menor cantidad y calidad de lo que lo hace la pregunta abierta. Los comentarios a esta última complementarían esta información aportando aspectos más específicos y concretos de las preferencias de los pacientes que no aparecen sin embargo cuando se les pregunta por la necesidad o no de una mayor frecuencia de conductas.

Otro aspecto interesante del estudio es precisamente mostrar cómo esta variedad de respuestas es posible codificarlas de forma muy fiable a través de un protocolo sencillo. Igualmente, el inconveniente sobre la resistencia habitual a hacer comentarios críticos sobre la actuación de sus propios médicos, un problema frecuente en este tipo de encuestas<sup>20</sup>, puede superarse si el planteamiento de la pregunta abierta se hace en términos como los aquí planteados: “sugerencias para ayudar a su médico a...”. La principal limitación o desventaja de esta aproximación sería que en la práctica requiere más tiempo y pericia para su recogida, registro y codificación<sup>4</sup>. A pesar de que esta metodología empleada supera algunos de los problemas inherentes a la obtención de información mediante encuesta, existen otros aspectos que limitan las conclusio-

nes de este estudio, principalmente los relacionados con el contexto en el que se han realizado las encuestas, ya que fue en el mismo centro sanitario y con los sujetos que accedieron a participar, y no se recogió información sobre los que rechazaron la participación. Por otra parte, es preciso apuntar que la validez y fiabilidad demostrada por este cuestionario en este nivel es solo aparente y de concordancia intraobservador. En todo caso, el objetivo aquí planteado no es tanto el ofrecer un cuestionario concreto para medir la percepción de la comunicación asistencial como proponer estrategias a tener en cuenta a la hora de diseñar este tipo de escalas para una mejor detección de problemas comunicativos.

Como conclusión podemos decir que para la detección de déficits comunicativos en los encuentros médico-paciente, la incorporación de preguntas abiertas a los cuestionarios con las que se puedan hacer sugerencias de mejora es un buen método, ya que pueden ser analizadas de forma descriptiva o ser objeto de análisis cualitativos más profundos. Esta perspectiva junto al diseño de protocolos de codificación como el aquí utilizado u otros complementarían los métodos para conocer lo más precisamente posible las opiniones de los pacientes en relación con la comunicación mantenida con sus proveedores sanitarios<sup>21</sup>. Finalmente los temas que emergen en las preguntas abiertas pueden servir de base para diseñar preguntas cerradas referidas a aspectos concretos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction. What we know and what we still need to explore. *Med Care Rev.* 1993;50:49-79.
2. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review.* 1997;22:74-89.
3. Donabedian A. La calidad de la atención médica. *Rev Esp Salud Pública* 2011, Vol. 85, N.º 3
4. Urden LD. Patient satisfaction measurement: current issues and implications. *Lippincotts Cas Manag.* 2002;7:194-200.
5. Scherger J. What patients want. *Family Practice.* 2001;50:137.
6. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Family Practice.* 1998;15:480-92.
7. Ruiz Moral R. Importancia de la Relación Clínica. En: Ruiz Moral R: *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: semFYC ediciones, 2004.Pp: 37-69.
8. Stewart M, Brown J, H B, Galajda J, et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control.* 1999;3:25-30.
9. Muñoz Alamo M, Ruiz Moral R, Pérula de Torres L. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Pat Educ Couns.* 2002;48:23-31.
10. Lewin S, Skea Z, Entwistle V, et al. Interventions for providers to promote a patient centered approach in clinical consultation (Cochrane Review). *The Cochrane Library.* 2003 (1).
11. Ruiz Moral R, Pérula de Torres L, Jaramillo Martín I. The Effect of Patients' Met Expectations on Consultation Outcomes. A Study with Family Medicine Residents. *J Gen Intern Med.* 2007;22:86-91.
12. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Madrid: Elsevier; 3ª Edición: 2006. p. 204.
13. Cleary PD, Edgman-Levitan PA. Health care quality: incorporating consumer perspectives. *JAMA.* 1997;278:1608-12.
14. Martín-Fernández J, Isabel del Cura-González M, Gómez-Gascón T, Eva Fernández-López E, Pajares-Carabajal G y Moreno-Jiménez B. Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Aten Primaria.* 2010;42:196-203.
15. Ruiz Moral R. Physician-Patient Communication: A Study on the Observed Behaviours and the ways their Patients Perceive them. *Pat Educ Couns.* 2006;64:242-48.

16. Levy-Storms L, Schenelle JF, Simmons SF. A comparison of methods to assess nursing home residents' unmet needs. *The Gerontologist*. 2002;42:454-61.

17. Ruiz Moral R, Pérula LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006;37:320-4

18. Gavilán E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Parras Rejano JM. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010;42:162-168.

19. Levy-Storms L, Simmons SF, Gutierrez VF, et al. A refined protocol for coding nursing home residents' comments during satisfaction interviews. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005; 60 (6); S326-S330.

20. Gonder J. Surveys on Surveys: Limitations and Potentialities. *Public Opin Q*. 1986; 50: 27-41.

21. Boon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Pat Educ Couns*. 1998;35:161-76