

# Competencia comunicativa de médicos familiares en una unidad de medicina familiar

Aportación original  
Vol. 60  
Núm. 5

Communicative competence in family physicians in a family medicine unit

Hilda Jacqueline González-Limón<sup>1a</sup>, Vanessa Isela Bermúdez-Villalpando<sup>2b</sup>, Linda Crystal Vidal-Solórzano<sup>3c</sup>

## Resumen

**Introducción:** la comunicación en el ámbito de la salud es fundamental, pues de ella depende que el médico cuente con información completa y precisa para realizar el cumplimiento de sus funciones. La vinculación con el personal médico conlleva al paciente a sentirse escuchado y atendido, a fin de que se comprenda su estado de salud.

**Objetivo:** conocer la percepción de los pacientes acerca de la competencia comunicativa de los médicos familiares durante la consulta en la Unidad de Medicina Familiar No. 27.

**Material y métodos:** estudio descriptivo y transversal en el que se identifica a pacientes que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 de Tijuana en septiembre de 2021. Se aplicó el instrumento *Communication Assessment Tool* a participantes para medir la percepción de la competencia comunicativa de los médicos. Se recolectaron las respuestas obtenidas y se analizaron con estadística descriptiva.

**Resultados:** se estudiaron 200 pacientes que cumplieron criterios de selección, conformados por pacientes de turno matutino y vespertino equitativamente. El 54.6% de la población estudiada considera excelente la competencia comunicativa de los médicos familiares.

**Conclusiones:** la competencia comunicativa en los médicos familiares de la unidad estudiada tuvo un mejor resultado que el de varios países; sin embargo, cuenta con áreas de oportunidad para optimizarla, ya que el conocimiento médico debe incluir el rubro de comunicación y relaciones interpersonales.

## Abstract

**Background:** Communication in the health field is essential, since it depends on it that the physician has complete and accurate information to carry out the fulfillment of his functions. The relationship with the medical staff leads the patient to feel listened to and cared for, in order to understand their state of health.

**Objective:** To know the perception of patients about the communicative competence of family physicians during the consult at the Family Medicine Unit No. 27

**Material and methods:** Descriptive and cross-sectional study that identifies patients who attended Family Medicine Unit No. 27 in Tijuana in September 2021. The Communication Assessment Tool was applied to participants to measure the perception of communicative competence of doctors. The responses obtained were collected and analyzed with descriptive statistics.

**Results:** 200 patients who met selection criteria were studied, made up of patients on morning and afternoon shifts equally. 54.6% of the studied population considers the communicative competence of family doctors to be excellent.

**Conclusions:** The communicative competence in the family physicians of the studied unit had a better result than others studies of several countries; however, it has areas of opportunity to optimize this competence, since medical knowledge must include the area of communication and interpersonal relationships.

<sup>1</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Gineco Pediatría y Medicina Familiar No 31, Servicio de Medicina Familiar. Mexicali, Baja California, México

<sup>2</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Coordinación de Educación e Investigación en Salud. Tijuana, Baja California, México

<sup>3</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 27, Servicio de Medicina Familiar. Tijuana, Baja California, México

ORCID: [0000-0002-9302-0291](https://orcid.org/0000-0002-9302-0291)<sup>a</sup>, [0000-0003-0503-8553](https://orcid.org/0000-0003-0503-8553)<sup>b</sup>, [0000-0002-7586-8811](https://orcid.org/0000-0002-7586-8811)<sup>c</sup>

### Palabras clave

Comunicación  
Médicos de Familia  
Médicos de Atención Primaria  
Percepción  
Pacientes



### Keywords

Communication  
Physicians, Family  
Physicians, Primary Care  
Perception  
Patients

Fecha de recibido: 16/03/2022

Fecha de aceptado: 01/06/2022

### Comunicación con:

Vanessa Isela Bermúdez Villalpando  
 [vanessa.bermudezv@imss.gob.mx](mailto:vanessa.bermudezv@imss.gob.mx)  
 664 329 8837

**Cómo citar este artículo:** González-Limón HJ, Bermúdez-Villalpando VI, Vidal-Solórzano LC. Competencia comunicativa de médicos familiares en una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(5):563-8.

## Introducción

La comunicación es un fenómeno inherente a toda interrelación humana. En el ámbito de la Medicina, la comunicación clínica puede suceder entre profesionales de la salud o entre los profesionales y sus pacientes, familiares, o personas cercanas.<sup>1</sup> En el área de la salud, la comunicación es una herramienta indispensable para la relación médico-paciente, con la que se logra así una atención más detallada, adherencia al tratamiento y mejores resultados clínicos de control de enfermedades crónico-degenerativas.<sup>2</sup> A partir de lo dicho por el paciente, el médico contará con información completa y precisa para realizar el cumplimiento de sus funciones y determinar acertadamente el diagnóstico y el tratamiento a seguir. Por lo tanto, es fundamental tomar en cuenta las expectativas de los pacientes, sean de índole médica o administrativa, sin ignorar la evidencia clínica.<sup>3,4,5</sup>

Cuando un paciente acude a consulta, lo primero que percibe es el aspecto físico del profesional y del entorno, su expresión facial, postura, la distancia que mantiene, su mirada, etcétera; es decir, lo que puede condicionar su interacción.<sup>6</sup> Algunos autores estiman que el individuo recibe su información en un 83% de la vista, 1% del gusto, 11% del oído, 3% del olfato y 2% del tacto. Se considera que la comunicación no verbal puede ejercer cinco veces más efecto sobre la comprensión del mensaje que la comunicación verbal. El personal médico no percibe las expectativas de los pacientes durante la consulta, más si se toma en cuenta que la atención centrada en el paciente respeta estas mismas sin ignorar la evidencia clínica.<sup>7</sup>

Diferentes factores pueden influir en la percepción de los pacientes y se clasifican en dos áreas: las condiciones relacionadas con la persona y las condiciones externas.<sup>8</sup> Por lo tanto uno de los principales retos para establecer un adecuado intercambio de información es conocer la audiencia, público o interlocutor al cual se dirige el mensaje para así determinar de manera adecuada las características de la comunicación y entonces el mensaje sea recibido lo más fielmente posible.<sup>9</sup>

Por otra parte, es trascendente la vinculación del paciente con el personal médico, lo cual en muchos casos constituye una acción casi terapéutica, en la que el paciente se siente escuchado, atendido y con conocimiento del significado de su enfermedad. En caso de presentar una mala comunicación, esto se refleja en la incomprensión de su enfermedad, falta de adherencia terapéutica y pérdida de confianza y respeto a los profesionales de la salud.<sup>10</sup> Los pacientes y familiares esperan que además de ser experto técnicamente en sus habilidades clínicas, sea capaz de mostrar empatía a partir de sus acciones, gestos y palabras.<sup>11</sup>

Si bien para la práctica de cualquier médico es importante contar con habilidades de comunicación, para el médico familiar lo es aún más, ya que su práctica diaria consiste en considerar no solo el aspecto biológico de los pacientes, sino también los aspectos psicológicos y sociales.<sup>12</sup> La demanda en Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 en lo que respecta consulta externa es de 1600 pacientes por día, por lo que conocer la percepción del paciente sobre el desempeño médico es primordial para identificar las habilidades interpersonales y de comunicación evaluadas por la herramienta *Communication Assessment Tool (CAT)*,<sup>13,14,15,16,17</sup> validada al español en el año 2020 en Chile.<sup>18,19,20,21,22</sup>

## Material y métodos

Con el fin de conocer la percepción de los pacientes mayores de 18 años acerca de la competencia comunicativa de los médicos familiares, se diseñó un estudio de tipo descriptivo y transversal, el cual se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Tijuana, Baja California, con un total de 263,829 derechohabientes mayores de edad en el año 2021, divididos entre los 80 consultorios de Medicina Familiar. El estudio se registró ante el Comité Local de Investigación en Salud 204 y Comité de Ética en Investigación 204-8 con número de registro R-2021-204-038.

Se hizo un cálculo de la muestra con la fórmula de población finita, con un intervalo de confianza de 95% (IC 95%) y un error estándar máximo aceptable del 5%. Se hizo muestreo no probabilístico por cuotas de ambos turnos de la unidad, por lo que resultó un tamaño muestral de 197 pacientes.

Se invitó a participar a derechohabientes de edad mayor o igual a 18 años, adscritos a la unidad que acudieran a consulta de Medicina Familiar y que presentaran una enfermedad crónico-degenerativa, como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, asma, artritis reumatoide y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Se excluyeron pacientes que no supieran leer y escribir, ya que el instrumento es autoaplicable. Se eliminaron pacientes que estuvieran embarazadas. Se recolectó información mediante un cuestionario para conocer variables sociodemográficas de los participantes, como edad, sexo, escolaridad y ocupación, y también se empleó el instrumento CAT, el cual consta de 15 elementos con evaluación en escala de Likert: 14 preguntas dirigidas al médico y una al personal médico.

Se recolectaron las respuestas en una base de datos, las cuales fueron analizadas con el programa de IBM SPSS, versión 26. Las variables cuantitativas se expresaron en

forma de media, mediana y desviación estándar (DE). Las variables cualitativas en frecuencias con porcentajes. Se representaron en gráficas y cuadros. Para el análisis bivariado se utilizó la prueba de chi cuadrada y se consideró una  $p < 0.05$  como significativa.

## Resultados

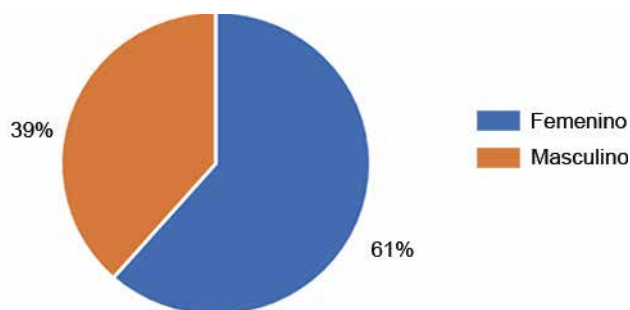
Para la homogeneidad de la población de estudio se aceptaron 200 pacientes, 100 correspondían al turno matutino y 100 al turno vespertino. La edad de los participantes osciló entre los 18 y los 81 años, con una media de 44.17 años, una mediana de 43.5 años, una moda 29 años y una DE de 15.043.

Referente a la variable turno y sexo, se encontró que en el turno matutino participaron 59 mujeres y 41 hombres, en comparación con el turno vespertino, en el cual participaron 64 mujeres y 36 hombres, lo cual da un total de 123 mujeres y 77 hombres, cuyos porcentajes se muestran en la figura 1.

En cuanto a la variable estado civil, se encontró que 23% (46) eran solteros, 38% (76) casados, 9% (18) divorciados, 25% (50) vivían en unión libre y 5% (10) eran viudos. Respecto a la escolaridad, el 1% de los participantes no cursó ningún grado, pero sabían leer y escribir, el 18.5% cursó primaria, el 48.5% cursó secundaria, el 24.5% cursó bachillerato, el 7% licenciatura y el 0.5% posgrado. Respecto a la variable ocupación, el 0.5% de ellos eran estudiantes, el 0.5% estaban desempleados, 16.5% se dedicaban al hogar, 56% eran obreros, 2.5% comerciantes, 5.5% técnicos, 6% profesionistas y el 12.5% eran jubilados o pensionados.

En la figura 2 se observa el comportamiento de las respuestas brindadas por los participantes de este estudio. Se encontró que las preguntas 2 y 4 son las mejor ponderadas; estas describen los ítems correspondientes a Me trató con respeto y Entendió mis principales preocupaciones sobre mi salud, respectivamente. En contraste las preguntas 10 y 11 fueron las de menor calificación

Figura 1 Porcentaje de participantes según el sexo



(Me animó a hacer preguntas y Me involucró en las decisiones tanto como quise).

El 54.6% de la población estudiada consideró excelente la competencia comunicativa durante la consulta de Medicina Familiar en la Unidad de Medicina Familiar No. 27, como se observa en la figura 3.

A manera de hallazgo se encontró que el porcentaje ponderado como excelente durante el turno matutino fue mayor que en el turno vespertino, al obtener 59.6% en la mañana contra 49.7% en la tarde sin diferencia significativa entre turnos, como lo muestra el cuadro I.

Entre las observaciones importantes de este estudio, se encontró que 49 (24.5%) de los participantes formaron parte del programa Unifila, el cual tiene funcionando cuatro años y el médico tratante no es el que normalmente atiende su estado de salud, hallazgo importante derivado de la calidad

Figura 2 Frecuencia de respuestas por ítem del instrumento CAT

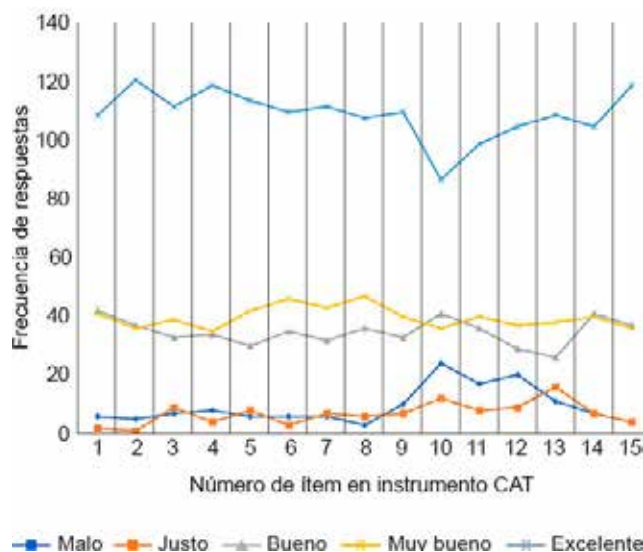
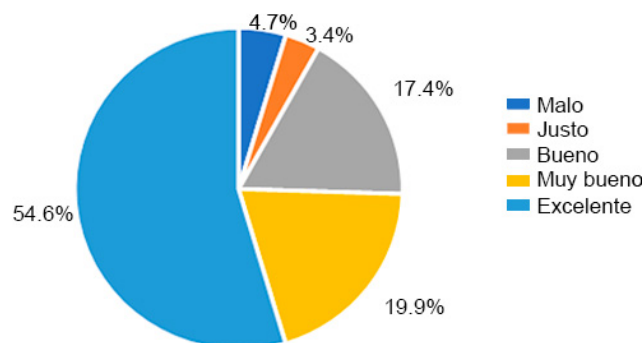


Figura 3 Porcentaje de respuestas del instrumento CAT



**Cuadro I** Comparación de respuestas del instrumento CAT en ambos turnos

	Malo	Justo	Buena	Muy buena	Excelente
	%				
Matutino	5.3	3.1	16.2	15.9	59.6
Vespertino	4.1	3.8	18.6	23.9	49.7

de la atención a los usuarios y fundamental para encontrar o detectar mejoras en la misma.

Al comparar el resultado de los pacientes atendidos en el programa Unifila con los pacientes atendidos en su consultorio habitual, se identifica que en dicho programa hay solo 35.9% de respuestas calificadas como excelente en el instrumento utilizado, en contraste con 60.7% de aquellos pacientes que no fueron parte de este programa, con una diferencia significativa entre la percepción de la comunicación por parte del personal médico ( $p < 0.01$ ) (figura 4).

## Discusión

La relación médico-paciente no solo se trata de una relación profesional: antes que nada es una relación humana, en la que el médico está interesado en el paciente, en su salud y bienestar, por lo que debe estar basada en valores como respeto, empatía, responsabilidad, igualdad, honestidad y transparencia. De ahí deriva la comunicación que sucede entre el médico y el paciente, la cual afecta no solo al binomio dentro del consultorio, sino que tiene efecto en el entorno del paciente, en su ámbito familiar, incluso a largo plazo en el sistema de salud, ya que la comunicación es un factor clave relacionado con la satisfacción del paciente, la

calidad de la atención brindada y el uso óptimo de recursos. En el caso de programas de atención como el del estudio Unifila, estos merman la misma percepción de la competencia comunicativa del personal de salud. Aunado a lo mencionado, las características socioculturales de los pacientes influyen de manera significativa para el *rapport* al momento de la atención médica.

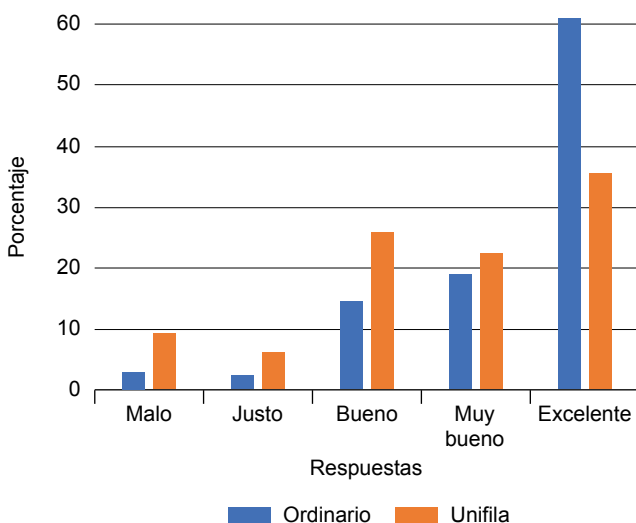
Hernández-Torres *et al.* mencionan en su investigación

el deber que tiene el Médico Familiar para construir y mantener una comunicación adecuada con el paciente, ya que debe incursionar no solo en el aspecto biológico del individuo, sino también en las dimensiones psicológica y social, requiriendo un espíritu humanista, apertura a las necesidades del paciente, disposición para trabajar en equipo, así como transmitir experiencias y conocimientos, tanto al paciente, como a la familia y al equipo de salud.<sup>22</sup>

Esto viene a confirmar que la atención médica debe ser centrada en el paciente, y para lograrlo y mantener las competencias comunicativas es esencial que exista una habilidad para una comunicación asertiva, habilidad fundamental para convivir, también llamada “habilidad para la vida”.

Ahora, si comparamos la percepción de la comunicación entre pacientes que acudieron a consulta con su médico familiar frente a aquellos a los que no los atendió ese mismo médico, observamos que disminuye drásticamente la percepción de una excelente comunicación. Aunado a esto, Vega-Hurtado comenta que “debemos comprender que hay una gran diversidad de pacientes (por ejemplo, pacientes valientes, directos, manipuladores, ansiosos, exigentes, amables, etcétera) y tenemos que adquirir el conocimiento para poder reconocerlos y relacionarnos con todos ellos”,<sup>23</sup> y vincular así la empatía como una manera de valorar universal para las interacciones sociales, que va muy de la mano con la comunicación asertiva, competencia que al igual debe adquirir en su adiestramiento el médico familiar como competencia transversal. El *rapport* se debe lograr sin importar las características del paciente y el médico familiar debe impulsar dicha equidad en la consulta que se lleva día con día.

Al comparar nuestro estudio con países de primer mundo, como Estados Unidos, encontramos que en este estudio tenemos un porcentaje menor con la respuesta excelente ante la aplicación del instrumento CAT, con un resultado de 54.6%. Esto a diferencia de otros países latinoamericanos, como Perú y Chile, donde la percepción de ellos se ponderó por debajo del resultado local. Podemos considerar que el estilo de vida al igual que el sistema de salud de cada país contribuyen al sentir de la calidad de la atención e incluyen la comunicación como parte de ella.

**Figura 4** Comparación de respuestas en programa ordinario y Unifila

La calidad de las habilidades de comunicación de los médicos se ha reconocido cada vez más como un determinante crítico del cambio de comportamiento del paciente y mejores resultados ante la enfermedad. Más allá de las aplicaciones de cambio de comportamiento, las habilidades de comunicación efectiva también han sido reconocidas como importantes para involucrar a los pacientes en su cuidado, abordar las lagunas de conocimiento, ayudar a los pacientes a superar los miedos al tratamiento y mejorar la calidad y efectividad general de la relación terapéutica.<sup>24,25</sup>

Ante los hallazgos obtenidos en los resultados, se observó una notable diferencia entre los turnos matutino y vespertino de la unidad, por lo que se tiene que evaluar qué factores influyen en este resultado, esto debido a que los médicos deben estar igual de preparados en ambos turnos, ya que estos cumplen con las mismas funciones y cuentan con la misma preparación como especialistas. Aunque para poder tener una noción integral y objetiva de la comunicación, es necesario conocer el punto de vista de todos los participantes, es decir, es de interés conocer también el punto de vista del personal médico y está la limitante de que en este estudio solo se investigó la percepción del paciente.

Una fortaleza del estudio reside en la aportación del valorar ético para mejorar las competencias de los médicos familiares en temas como la comunicación asertiva, la inteligencia emocional, el manejo del estrés, la resolución de problemas y la habilidad para la comunicación oral. De esta manera, hay que iniciar desde la etapa de adiestramiento en una especialidad, en este caso Medicina Familiar, para la adquisición de competencias transversales, que son bases del aprendizaje para toda la vida.

## Conclusiones

En general, la relación médico-paciente no solo se trata de una relación profesional, antes que nada es una relación humana en la que el médico está interesado en el paciente, en su salud y bienestar, por lo que debe estar basada en

valores como respeto, empatía, responsabilidad, igualdad, honestidad y transparencia. De ahí deriva la comunicación que se da entre el médico y el paciente, la cual afecta no solo al binomio dentro del consultorio, sino que tiene efecto en el entorno del paciente, en su ámbito familiar, incluso a largo plazo en el sistema de salud, ya que la comunicación es un factor clave relacionado con la satisfacción del paciente, la calidad de la atención brindada y el uso óptimo de recursos.

La competencia comunicativa en los médicos familiares de la unidad estudiada, a pesar de haber tenido un resultado mejor que el de varios países, cuenta con áreas de oportunidad para optimizar durante la consulta. El médico familiar debe tener las herramientas necesarias para permitir que el paciente aclare todas sus dudas y así le brinde todas las opciones disponibles a fin de que se involucre en los acuerdos realizados de forma guiada durante la consulta, con el fin de obtener mejores resultados en su salud. Y una forma para lograr esto es con una adecuada preparación que nos lleve a lograr la comunicación asertiva ante cualquier situación. Por lo tanto, se puede concluir que para ser un buen médico no solo es necesario tener conocimientos médicos, si no que debe haber un conocimiento integral que incluya el ámbito psicosocial, como lo es el arte de la comunicación y las relaciones interpersonales.

## Agradecimientos

El presente estudio fue autofinanciado y se realizó con el fin de obtener un título de Especialidad en Medicina Familiar. Se brinda agradecimiento a la Unidad de Medicina Familiar No. 27 del IMSS por la facilidad brindada para realizar esta investigación dentro de sus instalaciones.

**Declaración de conflicto de interés:** las autoras han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

## Referencias

1. Villegas-Stellyes CE. Comunicación en el currículo médico. *Medicina UPB*. 2017;36(1):59-70. doi: 10.18566/medupb.v36n1.a08
2. Shaarani I, Taleb R, Antoun J. Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: patient experience. *Int J Med Inform*. 2017;108:152-7. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2017.10.007
3. Flower KB, Skinner AC, Yin HS, Rothman RL, Sanders LM, Delamater A, et al. Satisfaction With Communication In Primary Care For Spanish Speaking And English-Speaking Parents. *Acad Pediatr*. 2017;17:416-23. doi: 10.1016/j.acap.2017.01.005
4. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo AV, Ticse R. Percepción de la competencia comunicativa médica durante la entrevista clínica en un hospital docente peruano: validación y aplicación de un instrumento evaluativo. *Medwave*. 2019;19(9):e7705. doi: 10.5867/medwave.2019.09.7705
5. McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK, Engel KG, Cameron KA, Makoul G, et al. Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *J Emerg Med*. 2013;45(2):262-70. doi: 10.1016/j.jemermed.2012.07.052
6. Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero JM. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Comun*



- Salud. 2012;3(1):62-76. Disponible en: <https://erevistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3389>
7. Trucchia SM, Olmas JM, Quiroga D, Halac E. Comunicación en Medicina: una nueva y necesaria alternativa curricular. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 2016;73(3):212-8. doi:10.31053/1853.0605.v73.n3.12578
  8. Silva-Fhon J, Ramón-Cordova S, Vergaray-Villanueva S, Palacios-Fhon V, Partezani-Rodríguez R. Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*. 2015;12(2):80-7. doi: 10.1016/j.reu.2015.04.001
  9. Parra-Mulato PA. Comunicación efectiva en la relación médico/paciente. *Boletín CONAMED-OPS*. 2016;5:25-9. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/comunicacion\\_efectiva.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/comunicacion_efectiva.pdf)
  10. Grøndahl VA, Kirchoff JW, Andersen KL, Sørby LA, Andreassen HM, Skaug EA, et al. Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:591-600. doi: 10.2147/JMDH.S176630
  11. Omilion-Hodges LM, Swords NM. Communication that heals: mindful communication practices from palliative care leaders. *Health Commun*. 2016; 31(3):328-35. doi: 10.1080/10410236.2014.953739
  12. García-Vera EM, Robles-Rodríguez A, Villegas-Bernabé ML, Figueroa-García J, Mota-Cumpean AE. La comunicación médico paciente ¿reto para el paciente geriátrico o para el médico familiar?. *Aten Fam*. 2016;23(2):63-6. doi: 10.1016/j.af.2016.03.007
  13. Cleries X. La esencia de la comunicación en educación médica. *Educ Méd*. 2010;13(1):25-31. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/edu/v13n1/formacion.pdf>
  14. Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, Buderer N. Measuring General Surgery Residents' Communication Skills From the Patient's Perspective Using the Communication Assessment Tool (CAT). *J Surg Educ*. 2015;72:108-16. doi: 10.1016/j.jsurg.2014.06.021
  15. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):333-42. doi: 10.1016/j.pec.2007.05.005
  16. Myerholtz L, Simons L, Felix S, Nguyen T, Brennan J, Rivera-Tovar A, et al. Using the Communication Assessment Tool in Family Medicine Residency Programs. *Fam Med*. 2010;42: 567-73. Disponible en: <https://fammedarchives.blob.core.windows.net/imagesandpdfs/fmhub/fm2010/September/Linda567.pdf>
  17. Armijo-Rivera S, Behrens CC, Giaconi ME, Hurtado AS, Fernandez MR, Parra PA, et al. Validación de la versión en español de un instrumento de evaluación de la comunicación centrada en el paciente en OSCE. *Educ Med*. 2021;22:193-8. doi: 10.1016/j.edumed.2020.12.007
  18. Scala D, Mendito E, Fortunato M, Manguso F, Monetti VM, Orlando V, et al. Italian translation and cultural adaptation of the communication assessment tool in an outpatient surgical clinic. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:163. doi: 10.1186/s12913-016-1411-9
  19. Goba GK, George J, Alemayehu M, Amdeslasie F, Divelbess K, Makoul G, et al. Translation, Adaptation, and Assessment of the Communication Assessment Tool in Tigray, Northern Ethiopia. *J Grad Med Educ*. 2019;11(4):141-5. doi: 10.4300/JGME-D-18-00711
  20. Cubaka VK, Schriver M, Vedsted P, Makoul G, Kallestrup P. Measuring patient-provider communication skills in Rwanda: selection, adaptation and assessment of psychometric properties of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2018;101(9):1601-10. doi: 10.1016/j.pec.2018.04.010
  21. Świątoniowska-Lonc N, Białoszewski A, Makoul G, Jankowska-Polańska B. Translation and Cultural Adaptation of the Polish Version of the Communication Assessment Tool (CAT). *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:1533-42. doi: 10.2147/RMHP.S261710
  22. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2006;8(2):137-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780211>
  23. Vega-Hurtado C. Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2020;58(2):197-201. doi: 10.24875/RMIMSS.M20000017
  24. Barrón-Bernal Y. Nivel de satisfacción en la consulta médica de unifila y cita previa en los pacientes y personal de salud en una unidad de medicina familiar [tesis de especialidad en medicina familiar]. México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2021. Disponible en: <http://ring.uaq.mx/handle/123456789/2759>
  25. Boucher VG, Gemme C, Dragomir AI, Bacon SI, Larue F, Lavoie KL. Evaluation of communication skills among physicians: A systematic review of existing assessment tools. *Psychosom Med*. 2020;82(4):440-51. doi:10.1097/PSY.0000000000000794