



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

**LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE
DECISIONES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN
PRIMARIA**

Doctorando: Lucía Peralta Munguía

**Directores: Prof. Roger Ruiz Moral
Prof. Jesús Castillo Obeso**

Santander, 2010

El Prof. Dr.D. Roger Ruiz Moral, Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba y Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba, como Director de la presente Tesis,

y

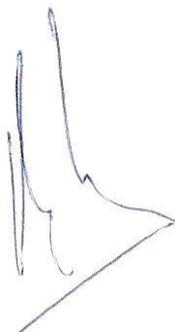
el Prof. Dr.D. Jesús Castillo Obeso, Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, como Director de la misma,

CERTIFICAN:

Que la memoria de tesis que lleva por título “La participación de los pacientes en la Toma de Decisiones en las consultas de Atención Primaria” ha sido realizada bajo nuestra dirección por la Licenciada Dña. Lucía Peralta Munguía, considerando que reúne los requisitos de calidad y rigor científico exigibles para optar al grado de DOCTOR.

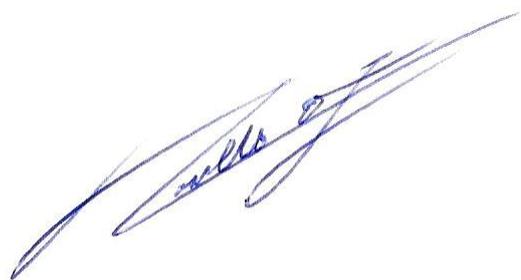
Para que conste, expedimos esta certificación
en Santander a 9 Julio 2010

DIRECTOR



Fdo: Roger Ruiz Moral
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba y Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba

DIRECTOR



Fdo: Jesús Castillo Obeso
Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria

A mi familia, pilar fundamental en mi vida

A Má, por tantas y tantas cosas

A Manuel Munguía Barrio “Currín”, *in memoriam*

AGRADECIMIENTOS

A los profesores Roger Ruiz y Luis Pérula (Universidad de Córdoba, España), por haberme dado la oportunidad de trabajar y aprender con ellos, por sus innumerables y magistrales consejos y por darme oportunas dosis de *feedback*.

A los compañeros del grupo de Comunicación y Salud, en especial a Jesús Castillo, Mercedes Losilla y Ana Sobrino por su colaboración en diversas fases de esta tesis y su apoyo a nivel personal.

A Laurentino Salvador (Universidad de Cantabria), por la revisión del texto.

Al Dr. Gregory Makoul (Northwestern University Feinberg School of Medicine, Estados Unidos), por haberme cedido gentilmente información para la elaboración del presente trabajo.

A todo el equipo del CS Astillero (médicos, enfermeras, administrativos,...) por crear un ambiente laboral agradable que me permitía tener ánimo para seguir trabajando en casa.

A mis amigos que me recordaban lo que el refranero español dice: “No encontrarás tropezón ni desatino que no te haga avanzar camino”.

A Kenia, por “sacarme a pasear” cuando más lo necesitaba.

A Fernando Munguía por su ayuda inconmensurable en mis quebraderos de cabeza con la informática y la maquetación.

A mis pacientes que hacen que no olvide las cosas importantes de la vida.

A todas las personas que de una forma u otra han contribuido a que este barco finalmente llegue a puerto.

FINANCIACIÓN DEL TRABAJO

Las **ayudas personales** que han hecho posible la realización de este proyecto son:

- Beca de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SemFYC) para la realización de tesis doctorales (convocatoria 2005).
- Beca del Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla (IFIMAV) para la realización de proyectos de investigación (convocatoria 2005).

Las **ayudas al grupo de investigación** que han hecho posible la realización de este proyecto son:

- Consejería de Salud, Junta de Andalucía, Expediente 0147/2005.
- Fondo de Investigación Sanitaria (FIS), Expediente PI050527.

INDICE GENERAL

	Página
I. Introducción.....	1
I.1 El modelo de Relación Clínica Centrado en el Paciente y aproximación conceptual al modelo de Toma de Decisiones Compartidas.....	4
I.2 Fundamentos ideológicos, éticos y sociales que apoyan este enfoque en la práctica clínica.	11
I.3 Efectividad clínica de la IPTD.....	17
I.4 Facilitadores y barreras para implementar la TDC.....	19
I.5 El rol de médicos y pacientes en la TDC y los elementos que lo influyen.	21
I.6 Instrumentos de valoración de la implicación del paciente en la toma de decisiones.	28
I.7 Estudios sobre valoración de la implicación del paciente en la toma de decisiones en nuestro país.	37
II. Justificación	39
III. Objetivos	43
IV. Material y Métodos	47
IV.1 Diseño.....	49
IV.2 Universo del estudio	49
IV.3 Muestra	50
IV.4 Variables del estudio.	51
IV.5 Fuente de obtención de datos.	52
IV.6 Plan de actuación.....	58
IV.7 Consideraciones éticas.....	61
IV.8 Plan de análisis estadístico	61
IV.9 Búsqueda bibliográfica	63

V. Resultados	65
V.1 Resultados del análisis univariado (descriptivo)	67
V.2 Resultados del análisis bivariado.....	80
VI. Discusión	91
VI.1 Limitaciones del estudio	94
VI.2 Discusión de los resultados.....	95
VI.3 Futuras líneas de investigación.....	106
VII. Conclusiones	109
VIII. Bibliografía	115
IX. Anexos	133
IX.1 Relación de las abreviaturas y acrónimos más utilizados en el texto, por orden alfabético.	135
IX.2 Escala CICAA	137
IX.3 Escala CICAA-D	139
IX.4 Hojas de recogida de datos	141
IX.5 Fiabilidad intra e interobservador	147
IX.6 Código CIAP-2	149
IX.7 Escala CICAA-D, respuesta a los ítems e índices k	151

INDICE DE TABLAS

	Página
Tabla 1: Elementos esenciales de la TDC según distintos modelos.....	8
Tabla 2: Modelos teóricos implicación paciente en las consultas.	11
Tabla 3: Factores que promueven la transición de un paciente pasivo a activo.	14
Tabla 4: Percepción de los profesionales sanitarios de las Barreras y Facilitadores para realizar una TDC por orden de frecuencia.	20
Tabla 5: Dimensiones dinámicas de la implicación.	22
Tabla 6: Características de las herramientas evaluativas de la comunicación clínica, según el consenso de Kalamazoo.....	29
Tabla 7: Criterios de Kraan et al. para seleccionar y desarrollar una medición adecuada de la comunicación clínica.....	30
Tabla 8: Ejemplos de instrumentos de medida para la valoración de los valores y preferencias del paciente en el proceso de toma de decisiones	32
Tabla 9: Ejemplos de instrumentos de medida para la valoración de la percepción del médico en el proceso de toma de decisiones	33
Tabla 10: Variables seleccionadas para el estudio	52
Tabla 11: Características de los médicos de familia participantes en el estudio según las provincias, el ámbito de trabajo y el sexo.....	67
Tabla 12: Descripción de la muestra de médicos por edad, años de práctica médica y número de pacientes en el cupo actual según ámbito de trabajo	71
Tabla 13: Resultados de las cuestiones planteadas al médico en la encuesta realizada después de la consulta.....	73
Tabla 14: Puntuación promedio global de los encuentros, obtenida con la CICAA-CP, dependiendo del nivel de involucramiento (puntuación en el ítem 25).....	76
Tabla 15: Resultados descriptivos de las puntuaciones obtenidas en la escala CICAA-D al analizar los ítems del 1 al 17.....	78
Tabla 16: Puntuación obtenida tras el análisis de las grabaciones con la escala CICAA-D según el valor del ítem 8	80
Tabla 17: Puntuación media de tiempo de duración de las entrevistas según grado de participación valorado por observador externo	80

Tabla 18: Porcentaje de entrevistas según códigos CIAP-2 e ítem 8	81
Tabla 19: Valoración de la puntuación obtenida en los ítems de la escala CICAA-D en aquellas entrevistas que puntuaron el ítem 8 cómo 0 y 2, y su incremento.....	83
Tabla 20: Puntuación media de los ítems de la encuesta del médico después de haber realizado la consulta según el valor del ítem 8	84
Tabla 21: Posibilidad de otras opciones en la encuesta realizada después de la consulta del médico según valor del ítem 8	85
Tabla 22: Grado de conocimiento del paciente en la encuesta realizada al médico después de la consulta según valor del ítem 8	85
Tabla 23: Relación entre el valor del ítem 8 y la valoración del paciente de la persona que debe tomar decisiones en las consultas en la encuesta realizada después de la consulta	86
Tabla 24: Relación entre el valor del ítem 8 y la valoración del paciente de su deseo en participar en la consulta	86
Tabla 25: Preferencia del paciente sobre la toma de decisiones según su deseo de participación.....	87
Tabla 26: Puntuación media escala CICAA-D según la opinión del paciente de quién debe tomar las decisiones	88
Tabla 27: Puntuación media escala CICAA-D según opinión del paciente sobre deseo de participación.....	89
Tabla 28: Fiabilidad Intraobservador.....	147
Tabla 29: Fiabilidad Interobservador.....	147

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo contextual de relación médico–paciente de Gallagher y Levinson. ...	5
Figura 2: Estudio descriptivo de validación del instrumento de medida.....	55
Figura 3: Esquema orientativo para valorar el nivel de participación del paciente en la toma de decisiones que promueve un profesional.	56
Figura 4: Esquema de las distintas fases del estudio y los procedimientos realizados .	58
Figura 5: Esquema general del estudio.....	69
Figura 6: Motivos de la no inclusión de los pacientes en el estudio.	70
Figura 7: Características sociodemográficas de los pacientes.	72
Figura 8: Grado de satisfacción del paciente tras el encuentro médico	74
Figura 9: Percepción del paciente sobre quién debe tomar las decisiones.	74
Figura 10: Preferencia sobre el deseo de participación del paciente en la consulta.	75
Figura 11: Grado de implicación en las videgrabaciones analizadas con la escala CICAA-D.	77
Figura 12: Porcentaje de entrevistas en relación con la puntuación total obtenida con la escala CICAA-D.	77
Figura 13: Puntuación escala CICAA-D según ítems.	79
Figura 14: Diferencias en el uso de herramientas entre las entrevistas no participativas y las compartidas	82

RESUMEN

OBJETIVOS

Valorar en que medida y como se lleva a cabo la Implicación del Paciente en la Toma de Decisiones (IPTD) en las consultas de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de tipo descriptivo y multicéntrico realizado en Centros de Salud de AP de 5 provincias tanto urbanos como rurales.

Se seleccionaron de forma aleatoria 97 médicos de familia, se videograbaron un total de 658 pacientes que acudían a sus consultas, tanto por problemas de salud agudos como crónicos (una media de 6 pacientes por médico). Un observador validado y entrenado en la escala CICAA-D (escala de 17 ítems con puntuación 0-2, previamente validada para medir IPTD) analizó las grabaciones.

RESULTADOS

Se analizaron 638 encuentros clínicos; en 387(61%) no se apreció una IPTD. En 251(39%), se detectaron distintos grados de IPTD, de los cuales 161(64%) fueron etiquetados como “toma de decisiones participada” y en el resto 90(36%) como “toma de decisiones compartida”. Se apreciaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las puntuaciones globales del CICAA-D, en las entrevistas no participativas (media:6,3), “participativas” (media:9,8) y “compartidas” (media:14,8).

CONCLUSIÓN

En la práctica observamos que la IPTD puede tener lugar a diferentes niveles: el “participado” (limitado a la discusión de una única opción de tratamiento) y el “compartido” (suele haber más de una opción). La participación de los pacientes en nuestras consultas, tanto en la toma de decisiones participadas como compartidas, es escasa. Las habilidades comunicativas que el médico emplea son mayores dependiendo del grado de implicación que tenga lugar en la consulta.

ABSTRACT

OBJECTIVES

To explore patient participation in primary health care consultations. To know how some particular aspects of the consultation may influence physicians to foster this kind of participation.

DESIGN

Cross-sectional study. Setting. 97 general practices (GP). Patients. 658 patients attending their doctors for unselected reasons. Measurements. All the encounters were video-recorded, and were assessed by a rater using the CICAA-D instrument. After the consultation, GPs completed a questionnaire about biomedical and relational information.

RESULTS

Encounters were successfully video-recorded: 638. Out of these, only 90 interviews clearly showed patient participation. In other 161 interviews patient participation was considered possible. Consultations were less participatory when GPs declared they were more certain about the evolution of the problem and the usefulness of the tests prescribed to reach a diagnosis.

CONCLUSIONS

GPs ask patients for their opinion and promote discussion about the suggested plan very infrequently. Doctors should bear this in mind and should at least invite their patients to contribute their opinions when suggesting any action plans.

I. INTRODUCCIÓN

Cuando un paciente consulta por un problema de salud, dos de las responsabilidades básicas del médico son: efectuar un diagnóstico clínico utilizando los métodos más apropiados y proponer una acción terapéutica acorde con el diagnóstico realizado. En las decisiones relacionadas con el tratamiento, los profesionales sanitarios y los pacientes deben asumir en muchas ocasiones, distintos grados de incertidumbre y riesgo. La participación del paciente podría ayudar a complementar y mejorar esas decisiones¹, produciendo efectos positivos en los resultados de salud²⁻⁸.

La participación de los pacientes en el proceso de la toma de decisiones en la práctica clínica está, entre otras cuestiones, influida por el posicionamiento ideológico y ético del profesional que hacen hincapié en el principio de autonomía del paciente¹. En el momento actual se están produciendo cambios en este sentido, sobre todo en las sociedades occidentales, donde muchos pacientes desean tomar parte activa en las decisiones que directamente les competen, especialmente las que se relacionan con su salud⁹⁻¹².

Por otra parte, los servicios sanitarios están propugnando una mayor capacitación de los pacientes y una implicación más activa en lo que respecta a su salud¹³, con la suposición de que esto mejorará sus niveles de salud y reducirá los costes sanitarios.

Sin embargo, no existe una definición precisa y clara sobre lo que se entiende por Implicación de los Pacientes en la Toma de Decisiones (IPTD)^{14,15}, ni tampoco se han desarrollado herramientas adecuadas para observar el fenómeno. Además, particularmente en nuestro país, existen aún pocos estudios sobre su eficacia y las opiniones de los pacientes sobre su deseo de participación en las consultas no son unánimes¹⁶. Más aún, no está claro cómo y cuándo debe alentarse su participación en la toma de decisiones, qué herramientas de comunicación deben usarse y cuáles son los instrumentos adecuados para evaluar los resultados.

En la presente introducción destacaremos los principales aspectos que nos permiten conocer el estado actual de la IPTD.

Para comprender este tipo de relación médico-paciente consideramos esencial el conocimiento y la valoración de las bases en las que se fundamenta y que son las de *El Modelo de Atención Centrado en el Paciente* (MCP). Aunque solo destacaremos aquí, por la

amplitud del modelo, las características específicas de la Toma de Decisiones Compartidas (TDC), de acuerdo con las opiniones de expertos en el tema, con sus ventajas e inconvenientes y las evidencias de que se dispone hasta ahora en la práctica. Por otro lado, revisaremos los condicionantes sociales e ideológicos que están favoreciendo el rol de un paciente más activo. Finalmente, ofreceremos una visión sobre los diferentes tipos de herramientas utilizadas para captar este fenómeno.

I.1. El modelo de Relación Clínica Centrado en el Paciente y aproximación conceptual al modelo de Toma de Decisiones Compartidas.

Desde los orígenes de la medicina hasta nuestros días se han producido importantes cambios conceptuales tanto en el concepto de enfermedad¹⁷ como en la relación de sus principales protagonistas, el médico y el paciente¹⁸. La relación médico-paciente no puede ser vista como algo aislado sino que opera dentro de un amplio contexto social.

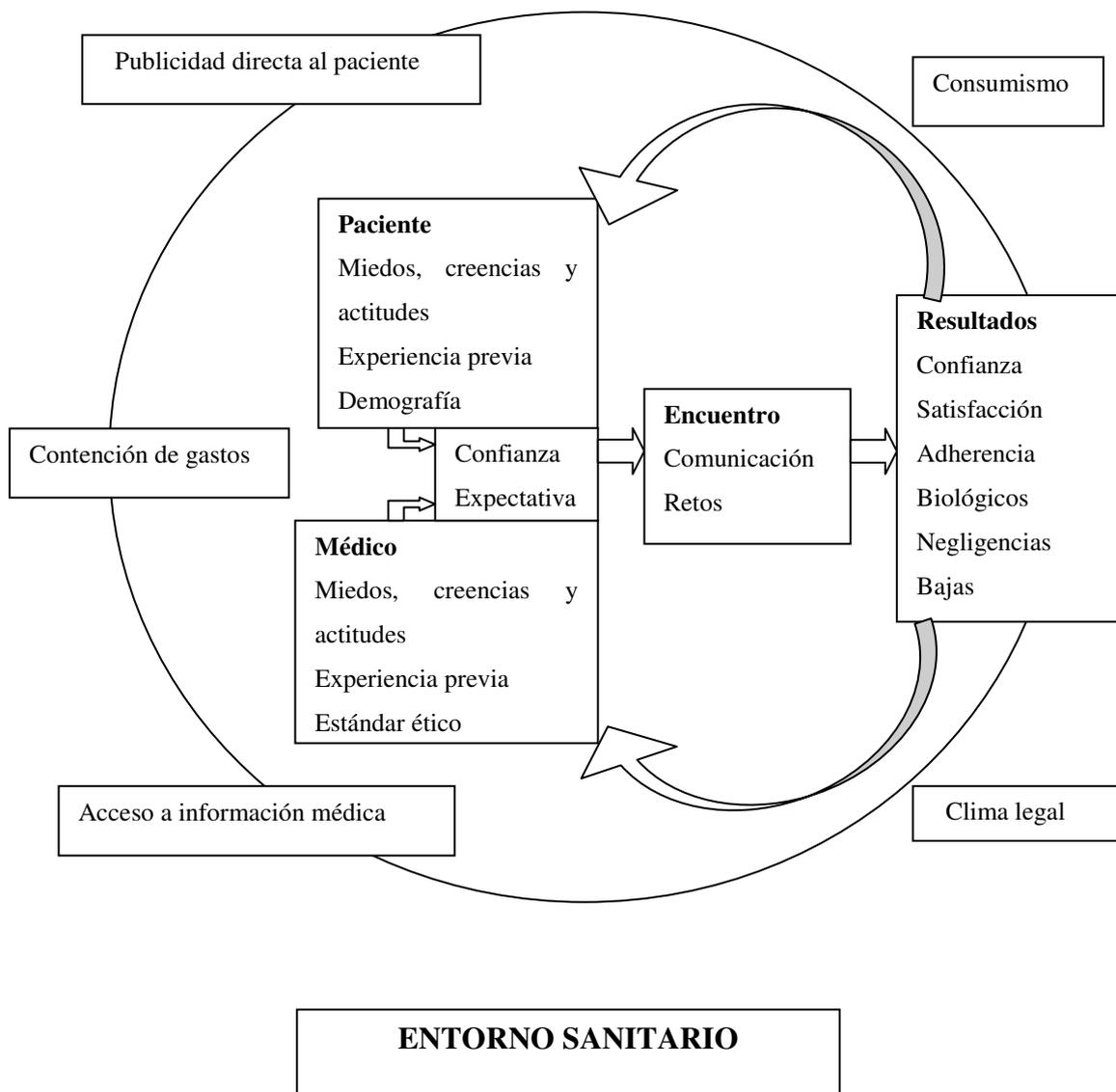
Presentamos el modelo propuesto por Gallagher y Levinson¹⁹ (**Figura 1**) donde se propone un esquema de las influencias que afectarían a dicha interacción, constituido por un círculo formado por un núcleo central y otro periférico. En su interior se sitúan los miedos, creencias, actitudes y experiencias anteriores de médicos y pacientes. En ellas se fundamentarán la confianza y expectativas previas con que ambos acudirán a las consultas. La confianza mutua y el grado de expectativas que tengan los médicos y pacientes, generarán un determinado clima relacional y propiciarán que se produzcan los resultados esperados. En el exterior del círculo, nos encontramos con el complejo sistema sanitario cuya unión es indisoluble de la relación médico-paciente.

Este modelo se retroalimenta de las experiencias previas, de modo que un paciente que haya tenido un alto nivel de satisfacción en una visita acudirá a la siguiente consulta con más expectativas y confianza.

Según vemos en la (**Figura 1**), las interacciones que se produzcan durante el encuentro clínico influirán en los resultados obtenidos. Estas interacciones han sido analizadas por diferentes grupos de investigadores mediante numerosos estudios^{5,20-31} que han puesto en

evidencia cómo una comunicación efectiva: 1) genera confianza²⁶, 2) reduce el stress emocional de los pacientes^{25,27}, 3) facilita las condiciones en el proceso de diagnóstico médico²⁸, 4) afecta en el manejo de decisiones médicas²⁹, 5) consigue mejora en los resultados de salud^{2-8,21,25,30}, 6) evita litigios legales²³, 7) aumenta la probabilidad de que el paciente siga las recomendaciones de tratamiento²⁰ y 8) produce aumento de la satisfacción de médico y paciente^{4,31}.

Figura 1: Modelo contextual de relación médico-paciente de Gallagher y Levinson¹⁹.



A pesar de la existencia de todas estas evidencias, la formación médica dedica escaso tiempo a la enseñanza de las herramientas necesarias para establecer una adecuada relación médico-paciente³². Más aún si tenemos en cuenta que los objetivos básicos de toda relación clínica son: dar respuesta a las necesidades de los pacientes, ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar³³.

Para conseguir estos propósitos se han propuesto distintos modelos de tareas, los cuales presentan objetivos que se deben alcanzar en los encuentros clínicos, siendo los más relevantes:

- Consenso de Kalamazoo³⁴.
- Modelo de tareas para la consulta de David Pendleton et al³⁵.
- Aproximación de las tres funciones de Steven Cohen Cole³⁶.
- Guía de observación de Calgary-Cambridge³⁷.
- Los puntos de control de Roger Neighbour³⁸.
- El método clínico centrado en el paciente de Western Ontario³³.
- El modelo CICAA³⁹ (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar y Ayudar).

Elementos tales como: entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes, capacitar al paciente para manejar el problema y para que elija la opción apropiada para cada problema, se perfilan como tareas clave en ciertos modelos.

Aparte de las tareas que conviene realizar en los encuentros clínicos, se han descrito distintas aproximaciones teóricas basadas en los roles que asume cada individuo. En 1951, el sociólogo Talcott Parsons⁴⁰ describía el rol del paciente como **pasivo**. Con posterioridad Szasz y Hollender⁴¹ determinaron 3 tipos de relación: **activo-pasiva** (el médico tiene toda la autoridad), **consejo-cooperación** (el médico es algo directivo y el paciente coopera) y **participación-mutua** (colaboración activa entre médico y paciente en la que los pacientes asumen más responsabilidades en su cuidado). Este último tipo de relación fue promovida por el movimiento *consumer* (consumidor) de la década de los 60 y 70. En 1992, Emanuel y

Emanuel⁴² plantearon los tipos de relación como: **paternalista, deliberativa, interpretativa e informativa.**

En los últimos años, hemos podido asistir a una transformación desde un modelo de relación predominante **biomédico, paternalista, y centrado en la enfermedad**^{43,44}, a la progresiva incorporación de un modelo **bio-psico-social**^{45,46}, **centrado en el paciente**⁴⁷, donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. Dicho modelo implica para el médico la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas⁴⁸. La comunicación centrada en el paciente^{33,47}, puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada.

Parece, por tanto, que esta comunicación centrada en el paciente requiere que el médico disponga de una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer, tanto la perspectiva del paciente respecto a su enfermedad, como las posibilidades de comprometerlo en su abordaje activamente (compartir la comprensión y el poder)^{33,35,37}.

A pesar de que el modelo bio-psico-social puede presentar limitaciones^{49,50} tanto teóricas como prácticas, existen evidencias que demuestran que, tanto compartir decisiones y ofrecer distintas posibilidades terapéuticas, como llegar a acuerdos, produce una mejora de resultados de salud^{51,52}.

Diferentes estudios descriptivos realizados en España muestran cómo los médicos utilizan estilos paternalistas y prescriptivos⁵³⁻⁵⁶, sin explorar las emociones de los pacientes y las expectativas o aspectos psicosociales⁵⁷. Más aún, los médicos residentes de último año de formación disminuyen su interés en aspectos personales y contextuales del paciente⁵⁸.

La participación del paciente es una de las claves principales en el llamado "abordaje centrado en el paciente", y los enfoques prácticos propuestos para este tipo de comunicación son similares a los recomendados para la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

Desde que se describió por primera vez el término TDC⁵⁹ en 1982, han sido numerosos los trabajos de investigación realizados y publicados, fundamentalmente a partir de la década de los 90. Aunque existe cierto consenso para encuadrar la IPTD dentro del concepto global del método centrado en el paciente, no parece tan evidente lo que se entiende por TDC.

Esta confusión terminológica queda reflejada en el trabajo de Davis et al⁶⁰, en el que los médicos de familia se quejaban de la falta de claridad del concepto “toma de decisiones compartidas”. Asimismo, en la revisión sistemática realizada por Makoul¹⁴ se examinaron 418 artículos, en los que aparecían las palabras *shared decision making* en el título o en el resumen. Sin embargo, únicamente 161 ofrecían una definición conceptual, aunque muchos de ellos no citaron modelos previos, y las cualidades que abarcaban fueron muy distintas. Cabe destacar que sólo se utilizaron dos elementos en más del 50% de las definiciones evaluadas: “preferencias y valores del paciente” y “opciones”. Incluso, si focalizamos nuestra atención exclusivamente en los autores que han creado modelos de TDC y han sido citados en más ocasiones en las definiciones de TDC, podemos apreciar que no existe acuerdo sobre los elementos que deben estar presentes (**Tabla 1**).

Tabla 1: Elementos esenciales de la TDC según distintos modelos.¹⁴

Elementos esenciales	President's Commission ⁵⁹	Charles et al ^{61,62}	Coulter et al ^{63,64}	Towle et Godolphin ⁶⁵	Elwyn et al ⁶⁶⁻⁶⁹
Definir/explicar problema	X		X		X
Presentar opciones	X	X	X	X	X
Discutir pros/contras (beneficios/riesgos/costes)		X	X	X	X
Valores/Preferencias paciente	X	X	X	X	X
Discutir habilidades paciente/autoeficacia					
Conocimiento del médico/Recomendaciones	X	X			
Comprobar/Clarificar entendimiento		X			X
Tomar o explicitar una decisión	X	X	X	X	X
Seguimiento				X	X

Entre los diferentes elementos se han identificado dos tipos: unos que deben ser considerados esenciales para la TDC y otros, calificados como ideales, en el sentido de que realizan la TDC pero que no son siempre relevantes o necesarios para que la TDC se produzca.

Algunos modelos, como el de Charles et al^{61,62}, han precisado modificaciones para poder aplicarse en situaciones diferentes para las que inicialmente fueron diseñados⁷⁰.

Esto nos lleva a que, a pesar de la existencia de un auge en los artículos relacionados con la TDC y debido al diferente abordaje en cada uno de ellos, estas diferencias comprometen la comparación de resultados entre los distintos estudios.

Se han propuesto listados de competencias para permitir una mayor implicación de los pacientes. Sin embargo, estos no han sido suficientemente investigados o lo han sido en unos ámbitos muy determinados⁹. Distintos autores han establecido, como aspecto clave en la IPTD, que se produzca una exposición y discusión sobre un menú de opciones disponibles y “equilibradas”^{61,62,66} que ha sido etiquetado como “equipoise options”. Mientras que otros^{71,72} consideran la IPTD como un proceso dinámico y complejo, en el que se valoran todos los esfuerzos realizados por el paciente y el médico para poder lograr un ambiente adecuado que favorezca una implicación en la consulta. De hecho, algunos pacientes sienten que han sido implicados en la toma de decisiones sobre su tratamiento, a pesar de que no tengan la percepción de que hayan discutido opciones de tratamiento, ni que hayan tenido influencia en la selección de un curso de acción^{11,73}.

Se han propuesto diferentes modelos conceptuales^{71,72} sobre la IPTD sin que existan escalas validadas para su medición. Estos, en vez de centrarse en un menú de opciones de tratamiento y la selección posterior de la opción más adecuada, destacan la importancia del punto de vista de los médicos, de su relación con el paciente y los esfuerzos y contribuciones que ambos hacen en relación a la toma de decisiones. En este sentido podría interpretarse que los médicos que están motivados y estimulan la participación del paciente, logran una implicación mucho más activa de éste o, al menos, una mejora en su actitud, que aquellos que recitan un menú de opciones de forma mecánica o para evitar demandas legales.

De este modo, los médicos que tienen una opinión favorable de sus pacientes como sujetos potencialmente capaces, tienen más probabilidades de permitir a los pacientes trabajar con ellos y, tal vez, tomar la iniciativa en algunas actividades de toma de decisiones⁷⁴. En situaciones como las que a menudo se encuentran en Atención Primaria, donde los pacientes acuden con gran cantidad de problemas y síntomas indiferenciados, la inclusión del reconocimiento y la clarificación de los problemas como parte de la toma de decisiones, hace que sea más fácil ver la participación del paciente como una cuestión pertinente⁷⁰.

De todos modos, aunque no dispongamos de una definición unánime y concisa de lo que realmente significa IPTD^{14,15,60}, podemos acercarnos al concepto desde un punto de vista más general. La toma de decisiones compartidas se ha descrito dentro de un espectro de interacción médico paciente. Según la aproximación de Charles et al⁶² (**Tabla 2**) se pueden considerar tres actividades principales para determinar el modelo de relación médico paciente:

- a) Transferencia de información.
- b) Deliberación.
- c) Decisión de tratamiento.

Según se desarrollen estas tres actividades, podemos definir tres modelos de relación. En un extremo encontramos un modelo paternalista⁴⁰ (el médico hace lo que cree es mejor para el paciente sin tener en cuenta sus preferencias). En el extremo opuesto, la decisión informada⁷⁵, (el médico ofrece la información pero no consejo ni orientación al paciente y donde la responsabilidad de la decisión recae en éste). En el punto medio del mismo, nos encontraríamos con la toma de decisiones entre el médico y el paciente, donde ambos exponen sus valores y preferencias de tratamiento^{61,66}. Dentro de este punto intermedio, se encuentran constructos con connotaciones parecidas, como los siguientes: toma de decisiones informadas, concordancia, opciones del paciente basadas en la evidencia, aumento de autonomía y participación mutua.

Tabla 2: Modelos teóricos implicación paciente en las consultas⁶².

Modelo	Paternalista	Compartido	Informado
Intercambio información (tipo)	Unidireccional Médico>Paciente Médica	Bidireccional Médico<>Paciente Médica+Personal	Unidireccional Médico>Paciente Médica
Deliberación	Mínima legal requerida	Toda la relevante para la toma decisiones	Mínima legal requerida
Quién decide	Médico	Médico y paciente	Paciente

Existen, sin embargo, problemas prácticos que son importantes para poder realizar una TDC en nuestras consultas. Estos incluyen; la dificultad de poner los diferentes componentes en la práctica y la posibilidad de que este enfoque puede no ser el más apropiado para todos los pacientes en todas las situaciones.

I.2. Fundamentos ideológicos, éticos y sociales que apoyan este enfoque en la práctica clínica.

En las últimas décadas se está replanteando el papel que desempeña el paciente en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintos ámbitos donde el paciente/consumidor ha pasado de ser un mero espectador a convertirse en el protagonista de su propia salud.

Los motivos que han permitido la progresiva IPTD han sido diversos.

- **Nivel legislativo**

La importancia que tiene la promoción de la participación de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por la misma casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Tal es el caso de General Medical Council⁷⁶ de Reino Unido, Long Term Conditions Alliance⁷⁷, US Preventive Services Task Force⁷⁸ y la propia OMS⁷⁹.

La IPTD en las Sociedades ha supuesto un cambio que se ha ido implementando de forma gradual y se sigue produciendo en la actualidad. Sus orígenes pueden encontrarse en 1973, cuando se aprobó la primera carta de derechos del paciente por la Asociación Americana de Hospitales⁸⁰. En ella se determinaba el derecho del enfermo a recibir una completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles libremente.

En nuestro país se han dictado normas que regulan las distintas situaciones que se plantean en relación con este tema^{13,81-84}:

- A nivel estatal disponemos la Ley Básica reguladora de autonomía del paciente¹³. En la misma se plantea el respeto a la autonomía de su voluntad y su intimidad, se alude a su derecho a decidir libremente y, después de recibir la información adecuada, se le da la posibilidad de elegir entre las diferentes opciones clínicas disponibles. Asimismo, esta capacidad de decisión del paciente se refleja en los documentos de voluntades anticipadas⁸¹, en los testamentos vitales o delegaciones de representación. En el artículo 17 del anteproyecto de ley de muerte digna se hace referencia a que: "Todos los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente tienen la obligación de respetar los valores y preferencias del paciente en la toma de decisiones clínicas, debiendo abstenerse de imponer sus opiniones personales morales, religiosas, filosóficas o de cualquier otra naturaleza".

- A nivel autonómico quedan patentes las estrategias llevadas a cabo por los sistemas sanitarios de las distintas comunidades autónomas en materia de garantizar la implicación de los pacientes en lo concerniente a su salud. El Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón ha elaborado nueve estrategias de salud⁸². Se trata de conseguir que el paciente participe en la toma de decisiones clínicas y de capacitar y motivar a los profesionales para que asuman el cambio de orientación y lo compartan con los usuarios. Del mismo modo, con el objetivo de fomentar la autonomía y participación de los ciudadanos/pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía ha iniciado una línea de trabajo dirigida al desarrollo de Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones⁸³ que proporcionen información precisa, útil y de calidad científica a los ciudadanos / pacientes.

Existen Autonomías donde recientemente se han puesto en marcha protocolos promovidos por los servicios sanitarios⁸⁴ mediante los cuales las mujeres pueden decidir de forma activa las condiciones de su parto. Ejemplo de esto es el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, donde en el folleto que proporcionan a las embarazadas, se destaca cómo se mantendrá en todo momento informada a la paciente. Se considera que disponer de la adecuada información, además de un derecho, es necesario para que pueda participar en la toma de decisiones. De este modo, cuando existan diferentes opciones o alternativas los profesionales, les proporcionarán dentro de sus preferencias la más adecuada a la situación obstétrica.

- **Nivel ético**

La práctica basada en principios o valores⁸⁵ se asienta como una de las bases de las iniciativas políticas dentro de la salud mental y como herramienta de formación⁸⁶ en otras áreas de salud.

Se han establecido los principios éticos⁸⁷ de responsabilidad profesional como de “máximos o virtuosidad” y de “mínimos o de deber”. Entre los primeros, según Figueroa⁸⁸, se situarían los principios de autonomía y beneficencia y, entre los segundos, los de justicia y no maleficencia.

Los principios, como bien fundamental que sustentarían la IPTD, son: el principio de beneficencia y el de autonomía^{1,75}. Cada uno de ellos conduce a diferentes decisiones sobre qué información y qué actuación es necesario compartir con los pacientes⁸⁹. Es decir, si se obra basándose únicamente en el principio de beneficencia, las actuaciones estarán orientadas a un modelo paternalista en el que el médico “conoce lo mejor y actúa en consecuencia”, limitando la capacidad de decisión del paciente y no incorporando sus preferencias. Por otro lado, si se obra teniendo en cuenta de forma aislada el principio de autonomía, la actuación del médico quedaría relegada a simple dispensador de información.

Sin embargo, se pueden conjugar esos dos principios. Así, en la visión propuesta por el modelo centrado en el paciente (MCP), el médico juega un papel de experto que asesora. De este modo, obligaría al profesional a determinar cuáles son las preferencias o deseos del

paciente para evitar crear daño, por lo que la decisión de lo beneficioso para el paciente tendría que ser tomada por deliberación conjunta⁸⁹.

No obstante, en condiciones de asimetría de conocimiento⁹⁰ y poder⁹¹, corresponde al profesional valorar hasta qué punto el paciente quiere y puede tomar decisiones informadas y ayudarle en ese proceso.

En resumen, es evidente que para una correcta y completa valoración de la idoneidad de las conductas del médico en la promoción de un grado de participación adecuado, además de las conductas del profesional, será preciso tener en cuenta otros condicionantes externos que pueden matizar el desarrollo de este proceso en una consulta. Solo así será posible acercarnos al grado de responsabilidad ética que el profesional, mediante un comportamiento determinado, está asumiendo en este proceso⁹².

- **Nivel social**

Se han descrito cambios en los hábitos y roles sociales en España que están promoviendo el tránsito de un paciente pasivo a uno activo⁹³ (**Tabla 3**).

Tabla 3: Factores que promueven la transición de un paciente pasivo a activo⁹³.

1	Nivel educativo más elevado.
2	Cobertura de los temas sanitarios en los medios de comunicación.
3	Cambios en la estructura de la familia y en los roles.
4	Mayor acceso a la información sanitaria.
5	Adopción del rol de usuario y de cliente-consumidor.
6	Aparición de la Sanidad en la agenda política.
7	Modificación de las expectativas existentes.

La información sobre salud que antaño era proporcionada por el profesional sanitario de forma prácticamente exclusiva, actualmente es, en parte, reemplazada por distintas fuentes: Medios de Comunicación, Publicidad, Internet y Asociaciones de Enfermos. Dicha

información puede ser incorporada al usuario de forma activa, mediante búsqueda, o pasiva, como información subliminal al realizar otro tipo de actividades.

En el día a día, se puede observar cómo los medios de comunicación no solo no se muestran indiferentes sobre estas nuevas realidades, sino que se han hecho eco de estos cambios sociales^{94,95}. Así, en la prensa escrita, no es infrecuente encontrar artículos que resaltan la necesidad de un cambio en las actitudes y aptitudes de médicos y pacientes para incorporar las preferencias de estos a la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con su salud. Para ello es precisa la capacitación por parte de los sanitarios, de habilidades necesarias para hacer comprensible a los pacientes los riesgos y beneficios, las alternativas disponibles y los resultados asociados a cada proceso.

De igual modo, el consumidor tiene acceso a las campañas publicitarias, creando nuevas demandas de consumo⁹⁶. De hecho, ha quedado demostrado cómo la información publicitaria dista en ocasiones de ser veraz, creando unas expectativas a los consumidores sobre el producto que no son reales. Así, no es infrecuente ver folletos, teóricamente didácticos, que priorizan o resaltan la información “relevante” para quien lo edita pero que puede inducir a error al posible lector.

La accesibilidad a Internet promovida por las autoridades en algunas comunidades autónomas, ha convertido a la red en una vía de fácil acceso a cualquier información. Es evidente que dependiendo de la forma en que se obtenga la información y los criterios de calidad que se utilicen en su selección, los resultados que se obtengan podrán ser más fidedignos y estar mejor contrastados. De este modo, los resultados obtenidos por un profesional sanitario regido por criterios de medicina basada en la evidencia y los de un paciente, pueden distar en calidad y cantidad de contenido. Por otro lado, un usuario puede llegar a disponer de gran cantidad de información sanitaria sobre un tema, sin que ello suponga una comprensión de su contenido⁹⁷. A pesar de la extensa información a la que el paciente puede tener acceso, algunos de ellos prefieren la búsqueda de información a través del médico y no de sí mismos¹⁶. Esto en parte evitaría falsas expectativas creadas por los medios sobre distintas posibilidades diagnósticas o terapéuticas, ya que tener más información no es sinónimo de tener la mejor información o la más apropiada para una toma de decisiones.

Internet dispone de portales^{98,99} donde encontrar herramientas de ayuda a la decisión (AD), entendiéndose como tal, “intervenciones que ayudan a la gente a elegir de forma meditada entre las diferentes opciones de tratamiento, proporcionando información relevante sobre el estado de salud”¹⁰⁰. Estudios que han tenido en cuenta la opinión de profesionales sanitarios, han aportado las situaciones que pueden facilitar u obstaculizar su aplicación en las consultas¹⁰¹. Estas ayudas pudieran resultar útiles en el abordaje de problemas de salud complejos, donde no exista una evidencia clara entre las distintas opciones disponibles o cuando la decisión óptima para un individuo concreto sea confusa. Recientes revisiones de la literatura sobre estos instrumentos, como la llevada a cabo por la biblioteca Cochrane¹⁰⁰, ponen de manifiesto que su empleo aumenta el conocimiento de los procesos y conforma unas expectativas más realistas, aunque no se aprecian cambios significativos en la satisfacción alcanzada. Su utilización reduce la pasividad de los pacientes, sin que produzca un aumento en la ansiedad generada^{102,103}. Asimismo, producen un mayor acuerdo entre los valores y las opciones y reduce la proporción de personas que permanecen indecisas. En aquellas situaciones en las que los pacientes no tuvieran claros sus valores o la percepción del riesgo, estas herramientas podrían ser clarificadoras. En uno de estos estudios realizado por Barret et al¹⁰⁴, en el que se evaluaba un programa consistente en la visualización de un vídeo con información para pacientes con un disco lumbar herniado, pudo comprobarse el impacto que la visualización del vídeo causó en las preferencias de tratamiento, ya que éstas se modificaron.

Por el contrario, parece que la información ofertada en las ayudas a la decisión (AD) está más orientada a los criterios y perspectivas de los profesionales que a la de los pacientes¹⁰⁵.

Distintas organizaciones públicas y privadas están poniendo al alcance del público general información sobre cuestiones sanitarias, tanto en medios escritos como audiovisuales. Entre ellas, las Asociaciones de Pacientes están teniendo un papel clave, sirviendo de guía a los pacientes para esperar y demandar más implicación en sus decisiones de salud y solicitar explícitamente información más detallada. En España, el Foro Español de Pacientes¹⁰⁶ pretende que aumente la concienciación de los políticos, las administraciones y los médicos sobre las necesidades reales de los enfermos y sus familiares e impulsar una mayor democratización de la sanidad española. Asimismo, promueve el cumplimiento de los

principios de la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes suscrito por representantes de 45 organizaciones de pacientes y de usuarios.

En palabras de M^a Dolores Navarro, presidenta del Forum Catalán de Pacientes: “No siempre la población está capacitada para participar en la toma de decisiones. La participación requiere una actitud, un interés y, sobre todo, una formación que permita a la persona conocer el campo de actuación, las perspectivas, las alternativas y las posibilidades ligadas al hecho mismo de participar en aspectos relacionados con la salud”.

Las Revistas Médicas están reflejando estos cambios sociales, dotando de mayor presencia de artículos relacionados con una mayor implicación de los pacientes en las consultas médicas. Al consultar diversos descriptores relativos al tema como: “*shared decision making*”, “*decision aids*”, “*informed decision*”, aparece gran cantidad de información asociada tanto para los profesionales como para otro tipo de usuarios.

Asimismo, este aumento de investigación queda plasmado en reuniones específicas sobre el tema, como la Internacional Shared Decision-Making Conference.

I.3. Efectividad clínica de la IPTD.

Al igual que no existe un acuerdo unánime en lo que significa la TDC, tampoco lo hay en la atribución de significado a la “participación del paciente” o “implicación del paciente” en su cuidado. Ambos son procesos en los que el paciente toma parte activa en las consultas. Estos conceptos han sido relacionados con el acuerdo del paciente con respecto a los planes que el profesional le propone para el tratamiento, el autocuidado o el cumplimiento de las ordenes médicas.

Los estudios realizados para valorar los efectos de la IPTD presentan una gran heterogeneidad en cuanto al tamaño muestral, situaciones y medidas utilizadas, por lo que sus resultados son difícilmente comparables y generalizables.

Unos de los pioneros en determinar la asociación entre la implicación y los efectos producidos en los pacientes fueron Greenfield y colaboradores^{2,3}. La valoración de estos autores sobre la implicación del paciente, era definida dentro del contexto de la interacción

médico-paciente. Consideraban que un paciente que está poco informado y prácticamente no toma parte en su cuidado médico, pudiera estar menos preparado para llevar a cabo los planes de tratamiento de manejo de su enfermedad. Realizaron un estudio aleatorizado controlado, en el que se comparaba un grupo de pacientes con enfermedad ulcerosa, al que se asesoraba en cómo leer su información médica, realizar preguntas y negociar decisiones médicas, con otro que recibía una educación habitual. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo experimental, desearon tener un rol más activo en la toma de decisiones y disminuyeron las limitaciones funcionales relativas a su enfermedad³.

Otro estudio posterior de este mismo autor concluyó que, con intervenciones realizadas para aumentar la participación en las decisiones médicas en pacientes diabéticos, se produjo un descenso de glucemias y hemoglobina glicosilada².

Otros investigadores, como Kaplan et al⁵, también han demostrado que adoptar un estilo más participativo puede mejorar los resultados de salud. Estos llevaron a cabo un trabajo en pacientes con diferentes enfermedades (hipertensión, diabetes, cáncer de mama y enfermedad ulcerosa), incluyendo dos grupos aleatorizados. Un grupo recibió una intervención educacional en la que fueron informados sobre las opciones de tratamiento e instruidos en cómo plantear cuestiones apropiadas en las consultas, y el otro al que le fue dada información básica. En el primero, se produjo una mayor implicación y una mejora de resultados subjetivos, físicos y funcionales sin que el tiempo de consulta aumentara en ninguno de los grupos.

En 2008, Joosten et al⁴, publicaron una revisión sistemática de los efectos de la TDC en distintos resultados de salud aparecidos entre 1966 y 2006. Para la selección de los estudios controlados aleatorizados, se basaron en los criterios propuestos por Charles et al⁶¹ y las recomendaciones para revisiones sistemáticas de la Cochrane Back Review Group¹⁰⁷. Obtuvieron 11 artículos con características muy heterogéneas en cuanto a su seguimiento, intervenciones, tipo de enfermedad y calidad metodológica.

Las conclusiones de esta revisión fueron las siguientes:

- A pesar de que la heterogeneidad de la muestra, los diferentes marcos de actuación y las mediciones realizadas pudieran afectar a la generalización de los resultados, estos resaltan el hecho de que la TDC es una intervención generalizable a distintos ámbitos.
- Solo demostraron mejora en la adherencia al tratamiento^{8,108} y la satisfacción¹⁰⁹ los que tuvieron en común la valoración de enfermedades mentales.
- Los autores de la revisión enfatizan cómo los estudios que se realizaban con una única medida u opción después de la consulta, obtuvieron peores resultados que aquellos con múltiples sesiones^{8,108-110}.
- En cuanto a la interpretación de los resultados negativos, existe la controversia de si esto pudiera atribuirse a una pobre aplicación de la TDC o al fracaso de la misma en su efectividad.
- Los estudios que valoraron la mejora del conocimiento^{103,111} de la enfermedad obtuvieron mejores resultados en el grupo experimental que en el control.

Por todo lo dicho, la TDC pudiera ser adecuada en situaciones en las que la intervención contiene más de una sesión y en decisiones a largo plazo, especialmente en enfermedades crónicas.

Otro tipo de estudios corroboran la información aportada por esta revisión. Así, en un estudio controlado aleatorizado realizado en Alemania con pacientes con depresión en Atención Primaria, se comprobó como los pacientes que habían recibido una intervención de TDC (formación de sus médicos y ayudas a la decisión centradas en el paciente), resultaron más satisfechos, sin que ello se tradujera en un aumento en la duración de las consultas⁶.

I.4. Facilitadores y barreras para implementar la TDC.

Aunque existen bastantes evidencias que demuestran que la utilización de la TDC, especialmente en algunos procesos, produce beneficios en la colaboración de los pacientes,

distintos autores han podido constatar que existen numerosas dificultades para que este modelo sea utilizado con más frecuencia en las consultas. La revisión sistemática llevada a cabo por Gravel et al¹¹², pone de manifiesto la visión de más de 2784 profesionales sanitarios, en su mayoría médicos, en distintos países, sobre las facilidades y dificultades de este modelo de abordaje. En dicha revisión se incluyeron distintos tipos de diseños en los estudios. La mayoría de los estudios evaluados utilizaron métodos cualitativos exclusivamente y las intervenciones realizadas fueron variadas, desde grupos focales hasta cuestionarios auto-administrados. El concepto que utilizaron los autores de la TDC fue muy amplio.

En la siguiente tabla, se aprecian los resultados obtenidos por orden de frecuencia.

Tabla 4: Percepción de los profesionales sanitarios de las Barreras y Facilitadores para realizar una TDC por orden de frecuencia¹¹².

BARRERAS	1º	Tiempo limitado.
	2º	Falta de aplicabilidad debido a las características del paciente.
	3º	Falta de aplicabilidad debido a las situaciones clínicas.
	4º	Percepción que el paciente no desea realizar un modelo de toma de decisiones compartidas.
	5º	No estar de acuerdo con preguntar a los pacientes que tipo de rol prefieren para la toma de decisiones.
FACILITADORES	1º	Motivación de los profesionales de la salud.
	2º	Percepción de que la TDC producirá un impacto positivo en el proceso clínico.
	3º	Percepción de que la TDC producirá un impacto positivo en los resultados.
	4º	Percepción de que la TDC es útil y factible.
	5º	Preferencias de los pacientes encajan con el modelo de la TDC.
	6º	Características del paciente.

Asimismo, según el estudio de Charles et al¹¹³, la confianza del paciente en el médico fue percibida por los oncólogos y cirujanos como uno de los facilitadores más importantes para la toma de decisiones (TD) de tratamiento.

De los resultados de estos estudios puede deducirse que la falta de tiempo constituye un importante problema para implantar la TDC, según lo plantean médicos de diferentes contextos culturales y sistemas sanitarios. Por otra parte, de acuerdo con estos datos, conseguir que los profesionales perciban que el uso de la TDC producirá un impacto positivo en el proceso clínico y en los resultados, facilitará que estos procedan a su aplicación en sus consultas.

Otro tipo de barreras encontradas están relacionadas con los costes del sistema sanitario. De este modo, si se considera al médico como uno de los agentes reguladores del gasto sanitario, en ciertas ocasiones pudieran no ser ofertadas todas las opciones de tratamiento disponibles para determinadas patologías por el alto coste de alguna de ellas. Como apuntaban Stevenson et al¹¹⁴, en algunas barreras de los sistemas sanitarios, se encuentra un modelo de entrenamiento hospitalario que alienta a una práctica paternalista.

Todo lo dicho pudiera tener como consecuencia que, en conjunto, los médicos no utilicen la TDC en sus consultas.

I.5. El rol de médicos y pacientes en la TDC y los elementos que lo influncian.

Es importante tener en cuenta una serie de factores, a la luz de la literatura científica revisada, que muestran los elementos que influyen en la TDC dependiendo del rol que desempeñen los médicos y los pacientes. Destacan entre ellos:

- a) La información proporcionada al paciente.
- b) El deseo de participación de los protagonistas del encuentro clínico.
- c) Las características específicas de cada situación (tipo de enfermedad, tipología de paciente,...).

En concreto, Thompson¹¹⁵ en sus trabajos sobre las dimensiones dinámicas de la implicación, propone un modelo que puede contribuir a que se modifique en las consultas la demanda en la implicación de los pacientes (**Tabla 5**).

Tabla 5: Dimensiones dinámicas de la implicación.¹¹⁵

	Desciende demanda	Aumenta demanda
Necesidad de cuidado		
Tipo de enfermedad	aguda	crónica
Gravedad	alta	baja
Características personales		
Conocimiento/Experiencia	(variable)	(variable)
Personalidad	pasiva	activa
Relación profesional		
Confianza	alta	baja

I.5.1. Información proporcionada al paciente.

I.5.1.a. Información que desean recibir los pacientes.

La relación médica es un encuentro entre expertos¹¹⁶: el médico experto en la enfermedad y el paciente experto en su dolencia. Por tanto, es fundamental el tipo de información que se proporcione al paciente, ya que éste tiene claras preferencias en cuanto a los posibles tratamientos⁹, aunque éstas no coinciden a menudo con las de sus médicos¹¹⁷. Además, existen evidencias de que las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos, en el caso de tratamientos preventivos con medicamentos y en intervenciones quirúrgicas^{29,118}. De hecho, en estudios sobre screening, en determinadas enfermedades los deseos de los pacientes cambian cuando son informados de los riesgos y beneficios de las diferentes opciones de tratamiento¹¹⁹.

Sin embargo, los profesionales sanitarios tienden a subestimar el deseo de los pacientes por recibir información y a sobreestimar el deseo de los pacientes en participar¹⁰, incluso algunos médicos se muestran preocupados por la potencial ansiedad que puede crear en los pacientes el recibir demasiada información o responsabilidad para tomar decisiones⁶⁷. Por el contrario, decidir opciones teniendo una información imperfecta, pudiera resultar, además de difícil, estresante.

En cualquier caso, los pacientes desean conocer las distintas opciones de tratamiento posibles y que la información aportada sea individualizada y completa, entendiendo como tal, la suficiente información para poder tomar una decisión¹². Para que la información sea “adaptada” al paciente o personalizada se requiere que el médico entienda las preocupaciones, expectativas y solicitudes de los pacientes. De hecho, existe evidencia que los pacientes están más satisfechos y es más probable que cumplan el tratamiento, cuando los médicos les permiten expresar sus preocupaciones e ideas en la consulta^{33,120,121}.

Para que la información sea útil debe ser asimilada y entendida por el paciente. Sin embargo, ciertos estudios apuntan que la TD informada sólo se produce en el 9% de las visitas¹²² y los médicos no suelen preguntar a los pacientes sobre sus dudas^{123,124}. Esto se refleja en el hecho de que uno de los procesos que más frecuentemente causan insatisfacción en los pacientes, sean los fallos en la comunicación de la información sobre la enfermedad y el tratamiento.

También destacamos el papel que juega la familia en la atención al paciente. Así, en un estudio cualitativo realizado sobre 58 pacientes oncológicos en nuestro país, reveló que las familias se quejaban de no recibir toda la información que demandaban y, en algunos casos, deseaban más información que los propios pacientes¹²⁵.

I.5.1.b. Sesgos de información en los encuentros clínicos.

Diferentes estudios han determinado que tanto la visión de la enfermedad como la información de la que se dispone, puede no ser coincidente entre médico y paciente, en cuanto a los siguientes aspectos:

- Percepción de la enfermedad:

Algunos pacientes piensan que los síntomas que presentan son debidos a enfermedades más graves de lo que realmente son^{126,127} y estos, construyen a menudo modelos explicativos para entender sus síntomas¹²⁸ que pudieran no coincidir con los de su médico.

- Coincidencia entre la información aportada y la recibida:

El método que se utilice para presentar la evidencia disponible al paciente influirá en la interpretación que éste haga de la misma¹²⁹⁻¹³¹. Sin embargo, no existe un método concreto para presentar la información que haya demostrado ser más adecuado en situaciones clínicas similares.

También existen sesgos que pueden modificar la percepción de la información como:

- el “sesgo del optimismo”, por el cual los sujetos tienden a considerar que los riesgos son más frecuentes para otras personas que para ellos mismos¹³².
- el “sesgo de omisión y arrepentimiento”, en el que existe una tendencia a sobrevalorar los riesgos asociados a una intervención, infravalorando las consecuencias negativas del no actuar¹³³.
- el “sesgo del consejero”, en el que existe discrepancia entre las preferencias que un sujeto tiene en las elecciones personales y las preferencias que tiene al dar consejo^{134,135}.

Es conveniente que sean asumidos todos estos sesgos dentro del propio proceso de intercambio de información.

Pudiera existir una explicación del por qué se produce discrepancia entre las preferencias individuales y las que ofertamos a nuestros pacientes, ya que, quién ha de tomar una decisión para sí mismo está más motivado para ponderar de forma equilibrada las ventajas y los costes de la decisión pero, cuando una persona aconseja a otra, se ve en la necesidad de justificar su consejo y, por tanto, puede aconsejar la opción que piensa que es más fácil de justificar¹³⁶.

De cualquier modo, para aportar la información al paciente, se recomienda seguir las pautas preconizadas por la literatura disponible tales como: comunicar información en pequeñas cantidades “asimilables”, realizar escucha activa y chequear el grado de comprensión. Todas ellas pudieran contribuir a mejorar la comprensión y acortar el tiempo de consulta²⁴.

I.5.2. Deseo de participación de los protagonistas del encuentro clínico y factores que lo modifican.

I.5.2.a. Deseo de participación del paciente en la TDC y factores que lo modifican.

En el estudio de Degner y Sloan¹³⁷ se identificaron cinco categorías para determinar distintas actitudes que el paciente puede adoptar en relación con su participación:

1. Prefiero tomar yo mismo la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir.
2. Prefiero tomar yo mismo la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir después de considerar la opinión de mi médico.
3. Prefiero que mi médico y yo compartamos la responsabilidad de decidir qué tratamiento es mejor para mí.
4. Prefiero que mi médico tome la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir, pero después de considerar mi opinión.
5. Prefiero dejar la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir exclusivamente en manos de mi médico.

Diferentes estudios sugieren que no todos los pacientes desean tener una participación activa en la toma de decisiones de tratamiento^{10,16,138,139} incluso, aunque estos hubieran querido ser informados sobre su enfermedad y las opciones de tratamiento disponibles¹⁰. A pesar de ello, los pacientes desean que sus valores personales se tengan en cuenta a la hora de tomar decisiones de tratamiento y describen de forma positiva el sentir que están de acuerdo con la opción tomada por su médico¹². De hecho, a veces no es tan importante el grado de implicación, si perciben que la decisión que se está tomando es la adecuada¹².

Los pacientes reconocen que la preferencia en los niveles de implicación puede ser “contexto-dependiente”, variando según la naturaleza, severidad y cronicidad de la condición de la enfermedad¹². A su vez, se ha recalcado la importancia de las variables sociodemográficas en la influencia de la participación de los pacientes en la TDC.

Algunos estudios han demostrado que es más probable que los pacientes jóvenes y los que tienen alto nivel educativo deseen implicarse en la toma de decisiones^{10,140-144}.

Sin embargo, el estudio de Kennelly y Bowling¹⁴⁵ realizado en población anciana con enfermedad coronaria, reveló que estos se mostraron insatisfechos por el hecho de haber sido poco alentados a participar en las decisiones sobre su cuidado y haber recibido poca información sobre las opciones de tratamiento. Esto pudiera explicarse porque los pacientes tienden a preferir estilos de consulta previamente conocidos. Así, el estudio de McKinstry¹⁴⁰ observó que los pacientes cuyos médicos eran directivos no valoraban tanto la participación en la consulta, como aquellos cuyos médicos la promovían de forma activa.

Otros estudios han demostrado como la severidad del problema de salud influye en la actitud que se tome en la implicación de la toma de decisiones¹³⁷. En el trabajo de Deber¹⁴⁶, realizado con viñetas que describían distintos estados de salud-enfermedad, hubo preferencia por la toma de control del médico en aquellas que describían enfermedades potencialmente mortales. Por lo tanto, estilos más paternalistas pudieran ser preferidos en situaciones más severas o agudas, mientras que el mismo individuo pudiera desear más implicación en enfermedades de tipo crónico o en las que la percepción de la enfermedad fuera mayor¹⁴⁷. Evidentemente, es razonable pensar que en situaciones de emergencia no se tiene demasiado tiempo, ni sería adecuado, pararse a deliberar sobre cuál es el curso de acción más apropiado, por lo que habría que realizar una implicación “adecuada” para cada circunstancia.

El grado en el que los pacientes esperan ser implicados activamente en las decisiones de tratamiento también varía según la cultura médica predominante¹⁴¹, por lo que se puede sugerir que las políticas sanitarias y de educación médica pudieran influir en este hecho.

I.5.2.b. Deseo de participación del médico en la TDC y factores que lo modifican.

Diferentes estudios han demostrado cómo los médicos no suelen llevar a cabo una toma de decisiones compartida en sus consultas^{1,148}, aunque en ocasiones hayan sido formados de manera apropiada. Esta actitud pudiera deberse a que algunos creen que los pacientes pudieran decidirse por opciones irracionales si se les permite expresar sus preferencias.

Si entendemos el encuentro clínico como una negociación¹⁴⁹ entre dos partes, tan relevante es conocer el deseo del paciente en participar, descrito anteriormente, como la valoración de dicha participación por el médico.

En el trabajo de McGuire¹ (estudio descriptivo, cualitativo, realizado en EEUU) en el que participaron un total de 53 médicos tanto de atención primaria como de especialidades quirúrgicas, se valoró su punto de vista sobre la participación del paciente en los encuentros clínicos. Los médicos expresaron actitudes positivas hacia la participación del paciente en la TD, teniendo en cuenta que el grado y la clase de participación pudiera variar en relación con el tipo de paciente, de médico y el tipo de decisión. Muchos de los sujetos estudiados disminuyeron su preferencia por la participación en la TD en las situaciones en las que sólo había una única opción médica razonable. Por el contrario, en las decisiones en las que no hubiera una opción claramente mejor o que conllevaran dimensiones morales, fueron vistas como las más adecuadas para aumentar el control del paciente^{150,151}. Esto enlaza con la tipología de las decisiones médicas que realiza Whitney et al¹⁵¹, en las que se establecen cuatro tipos de decisiones dependiendo de su certidumbre y riesgo: A) Riesgo bajo/Certeza alta, B) Riesgo alto/Certeza alta, C) Riesgo alto/Certeza baja, D) Riesgo bajo/Certeza baja. Los autores consideraron que las situaciones en las que existe una certeza baja eran las más adecuadas para una TDC.

La TDC pudiera ser, sobre todo, más útil en aquellas situaciones en las que existen varias opciones de tratamiento con diferentes resultados posibles, en las que las preferencias de los pacientes jugarían un papel fundamental en el proceso de TDC.

En cuanto a la edad del médico, aunque de forma intuitiva pudiéramos pensar que los médicos más mayores tendrían una orientación más paternalista, ya que era el enfoque de la formación de antaño, diferentes estudios han demostrado lo contrario¹¹³.

En resumen, podemos reconocer patrones o características que pueden influir en que se produzca en los encuentros una IPTD, aunque no de forma absoluta, por lo que el médico necesita tanto de herramientas comunicacionales como del tiempo necesario y el conocimiento de sus pacientes para determinar en qué momento, con qué enfermedad y a qué nivel los pacientes quieren ser implicados en las decisiones. De este modo, podemos entender el concepto de implicación del paciente como un continuum que puede modificarse en las distintas consultas con el mismo paciente, dependiendo del problema y del momento de su vida.

I.6. Instrumentos de valoración de la implicación del paciente en la toma de decisiones.

Los efectos de los encuentros clínicos son objeto de medición. Los fines para los que se evalúa la relación clínica son diversos: investigación, mejora de calidad, evaluación formativa y sumativa.

En la Evaluación Formativa³⁹ de la relación clínica, el objetivo es incentivar el aprendizaje de las conductas comunicativas. Para ello se utilizan condiciones de bajo riesgo, en las que los aprendices no se sienten juzgados. Una de las herramientas utilizadas por los observadores externos (tutor, profesor) para dicha evaluación, es el feed-back. Para esto, se han utilizado diferentes instrumentos de medición con fines docentes.

Por otro lado la Evaluación Sumativa o Regulatoria³⁹, lo que pretende es certificar la capacidad del alumno en términos de competencia clínica, por lo que será necesario definir previamente, los conocimientos, las actitudes y las habilidades en la que el alumno debe ser competente. Las herramientas utilizadas por el observador externo (examinador), a falta en ocasiones de poder evaluar la competencia en condiciones reales, son la utilización de pacientes simulados o role-playing.

Independientemente del propósito para el cual se realice, en la evaluación de la relación clínica, tan importante es conocer cómo “actúan” los protagonistas del encuentro clínico como la “valoración personal” de los actores, subyacente a la experiencia vivida del propio proceso comunicacional. Debido a esto, será necesario evaluar elementos explícitos o de comportamiento y otros implícitos o de percepción de la interacción. Los primeros se podrán objetivar mediante el análisis de las observaciones de la consulta por un observador externo, mientras los segundos sólo podrán ser medidos preguntándose directamente al paciente. Existen varios cuestionarios para valorar el grado de percepción del encuentro clínico por los pacientes.

En la literatura médica existen múltiples instrumentos para evaluar la comunicación clínica. Se han propuesto listados de requisitos de las herramientas de medida, como el realizado en el segundo informe de Kalamazoo¹⁵² (**Tabla 6**) y los criterios de Kraan et al¹⁵³ (**Tabla 7**).

Tabla 6: Características de las herramientas evaluativas de la comunicación clínica, según el consenso de Kalamazoo.¹⁵²

Que sea válida	Grado en el que el instrumento de medida refleja el concepto que se supone debe medir y no otros.
Que sea fiable	Grado de confianza que nos da el resultado de la medición realizada con el instrumento incluso en diferentes condiciones de medida.
Que sea generalizable	Grado en que las mediciones efectuadas en un contexto particular puedan predecir las realizadas en otros contextos.
Que tenga credibilidad	Que pueda hacer cambiar las creencias y acciones del que está siendo medido.
Que los costes sean asumibles	Abarca todos los gastos económicos, medios técnicos, materiales y recursos humanos.

Tabla 7: Criterios de Kraan et al. para seleccionar y desarrollar una medición adecuada de la comunicación clínica.¹⁵³

1	Que las categorías observables de las habilidades de relación clínica y los métodos de medición estén justificados
2	Que esté fundamentado en un modelo de relación clínica bien definido
3	Que tenga una validez documentada
4	Que tenga una fiabilidad documentada
5	Que sea fácilmente aplicable y se aporten datos sobre su factibilidad
6	Que sea apropiada como herramienta de feedback formativo y para la evaluación sumativa.

Entre las limitaciones encontradas al aplicar los instrumentos de medida de la TD destacan:

- La implicación del paciente en las consultas es un elemento importante en los abordajes centrados en el paciente³⁰. Debido a que los instrumentos desarrollados para medir el MCP abarcan demasiadas dimensiones, estos serían imprecisos e inadecuados para hacer la valoración de un concepto más específico como es la IPTD. Asimismo, estudios como el de Mead y Bower³⁰ sobre instrumentos de medición del *patient-centredness* resaltan la falta de acuerdo entre autores sobre qué conductas concretas se deben incluir dentro de este concepto. También revela la dificultad para conseguir herramientas fiables.
- La validez de un instrumento debe obtenerse por un constructo bien definido, con una selección de sus ítems basados en investigación cualitativa y posteriormente desarrollado según principios psicométricos. Para medir un constructo determinado, debemos saber qué características definitorias lo conforman. En la literatura médica como ha sido comentado, no parece que exista un acuerdo sobre el concepto de TDC^{14,15}.

- En algunas competencias más que en otras, la creación del ítem que la valore puede resultar complejo. Tal es el caso de variables que miden comportamientos o conductas amplias o difíciles de valorar. Por ejemplo, el grado de dificultad para crear un ítem que evalúe la escucha activa puede ser distinto que otro que simplemente puntúe si las preguntas son abiertas o cerradas.
- Al no existir una medición gold standard, la validez de constructo (*construct validity*) debiera ser determinada mediante test de hipótesis (*hypothesis testing*).
- Ciertas tareas de los participantes en el encuentro, pueden ser realizadas dentro y fuera de las consultas. Un ejemplo serían las contribuciones y esfuerzos que hace el paciente en relación a la toma de decisiones, como: reflexionar y entender las recomendaciones que su médico ha propuesto, reconocer un problema de salud e identificar posibles opciones de tratamiento.
- Resulta complejo valorar no sólo lo que los pacientes y médicos dicen y hacen en las consultas médicas, sino también la percepción que estos tienen de sus propios roles, de la relación que tienen y las contribuciones que realizan cada uno para que se produzca la toma de decisiones.
- La mayoría de las consultas de Atención Primaria presentan más de un problema que resolver, lo que supone una dificultad añadida aplicar una escala de medición a cada problema consultado.
- Es posible que existan algunos factores que influyan en la implicación de los pacientes en Atención Primaria, que no son adecuadamente valorados en las escalas disponibles: continuidad en el cuidado del paciente, conocimiento de los valores y expectativas del paciente, naturaleza de los problemas^{150,151}, confianza en el médico^{154,155} y restricciones de tiempo^{63,112}.

Vamos a estructurar los instrumentos para evaluar la toma de decisiones médicas compartidas^{156,157} según:

- Valores y preferencias del paciente (**Tabla 8**).
- Percepción del médico (**Tabla 9**).
- Información y comunicación en la TD (mediante observación externa).

Tabla 8: Ejemplos de instrumentos de medida para la valoración de los valores y preferencias del paciente en el proceso de toma de decisiones.¹⁵⁶

Nombre	Beisecker Locus of Authority Scale, Beisecker Desire for Information Scale	Patient Attitudes and Beliefs Scale	Problem-Solving Decision-Making Scale
Autor, año	Beisecker: 1988	Hollen: 1994	Ende: 1989
Cómo fue el instrumento desarrollado	Revisión de la literatura previa	Revisión de la literatura, adaptación de los ítems de escalas existentes. 7 grupos focales con pacientes con diferentes tipos de enfermedad y médicos especialistas.	Revisión de otros instrumentos y literatura sobre toma de decisiones versus solucionar problemas
Descripción	Dos escalas paralelas usadas conjuntamente, sobre la importancia de la información y quién debiera tomar las decisiones en un listado de 13 áreas clínicas.	12 afirmaciones sobre las percepciones de los participantes en la toma de decisiones, basado en el modelo transteórico de cambio de comportamiento en la salud; sub-escalas de pros y contras y balances decisionales	3 viñetas centradas en morbilidad, mortalidad y calidad de vida. Preguntas a los pacientes versus rol de los médicos en solucionar problemas (diagnóstico, tratamiento, riesgo/beneficio, probabilidades) y toma de decisiones
Validez	No significativamente correlacionados con cuestionarios de comportamiento (r=0.11).	Análisis factorial: puntuación significativamente diferente entre los 4 estados de preparación para la toma de decisiones.	Análisis factorial confirma 2 factores: diferencias significativas entre elementos de la toma de decisiones y solucionar problemas lo que confirma dos conceptos diferentes. Diferencias significativas entre viñetas.
Fiabilidad	Consistencia Interna: Locus of Authority Scale Alfa de Cronbach: 0.73 Desire for Information Scale Alfa de Cronbach: 0.86	Consistencia Interna: Alfa de Cronbach: 0.71 y 0.72	Consistencia Interna: Alfa de Cronbach: 0.67 a 0.9

Tabla 9: Ejemplos de instrumentos de medida para la valoración de la percepción del médico en el proceso de toma de decisiones.¹⁵⁷

Nombre	Physician Satisfaction Questionnaire	Questionnaire concerning the sources of frustration physicians experience in their work with patients
Autor, año	Suchman 1993	Levinson 1993
Cómo fue el instrumento desarrollado	El desarrollo de este instrumento fue alcanzado con la iniciativa del “The Collaborative Study of Communication Dynamics”. El instrumento fue testado en 124 médicos que vieron un total de 550 pacientes.	Un grupo de expertos desarrolló inicialmente un conjunto de 32 ítems correspondientes a problemas comunes en los encuentros clínicos con los pacientes. Fue pilotado en 107 médicos. Se creó posteriormente otra versión de 42 ítems que fue distribuida a 931 médicos. La versión final consiste en 25 ítems con 7 sub escalas.
Descripción	4 dimensiones/20 ítems Calidad de la relación médico-paciente, suficiente proceso de colección de datos durante la visita, apropiado uso del tiempo durante la visita, paciente no demandante, naturaleza cooperativa.	7 dimensiones/25 ítems Falta de confianza, demasiados problemas, sentirse estresado, falta de adherencia, falta de entendimiento, pacientes demandantes, y problemas especiales (cada uno con 3-4 ítems)
Validez	Validez de contenido: Validez aparente. Validez de constructo.	Validez de contenido. Validez de constructo. Validez convergente.
Fiabilidad	Consistencia Interna: Alfa de Cronbach en los 19 ítems específicos excluidos la cuestión generales de satisfacción): 0.82 Alfa de Cronbach en el total de los 20 ítems: 0.84	No evaluada

- Información y comunicación en la TD (mediante observación externa).

En la revisión sistemática de las posibles herramientas disponibles realizada por Elwyn et al⁶⁸, se identificaron ocho de éstas, que incluían algunos componentes de la implicación. También, para que la medida fuera tomada en cuenta, era preciso que la valoración de la implicación fuera realizada por observación directa o indirecta de la consulta. Como la investigación se enfocó al comportamiento real en las consultas, fueron excluidas herramientas en las que se valoraba la percepción de la implicación por el médico o el paciente. Los instrumentos evaluados eran muy generales y sólo incluían el concepto de implicación como sub-unidades dentro de un instrumento de valoración más amplio, por lo que distintas medidas hacían hincapié en distintos elementos de la implicación. Ninguno de los instrumentos encontrados fue diseñado específicamente para medir “*patient involvement*”. Además la mayoría de estos arrojaron resultados pobres en sus propiedades psicométricas.

Debido a que el marco de evaluación que mostraron fue demasiado amplio para medir la implicación, los autores a través de estudios cualitativos y cuantitativos desarrollaron un nuevo instrumento de medida llamado Option Scale⁶⁹, cuyas propiedades psicométricas de esta escala son:

Fiabilidad interobservador: K: 0,68. CCI: 0,62 Alfa de Cronbach: 0,79.

Fiabilidad intra-observador: K: 0,66.

Para su creación se tuvieron en cuenta los principios subyacentes a la toma de decisiones compartidas y se propusieron un conjunto de competencias esenciales, en éstas se destacaba el concepto de opciones equilibradas “*equipoise options*”, es decir, que existieran opciones legitimadas y equilibradas para una situación clínica. El resultado fue un instrumento que abordaba su medición desde una observación de la conducta externa (vídeo o audio), pero con ciertas limitaciones debido a que en la valoración únicamente era tomada en cuenta la perspectiva de los observadores. Además, algunos ítems de la escala abordaban competencias concretas, más fácilmente evaluables, mientras que en otros, éstas eran más amplias y genéricas. También se debe tener en cuenta que la mayoría de las consultas en la

práctica diaria contienen más de un problema que resolver por lo que no sería práctico aplicar la escala a cada uno de ellos. Al no haberse encontrado en la literatura disponible un instrumento patrón de referencia (*gold standard*), no es posible estimar su validez de criterio (*criterion validity*). Sin embargo, se han realizado estudios comparativos entre la Option desarrollada en Wales (U.K.) y la IDM (Informed Decision Making) desarrollada en Seattle (U.S.A.)¹⁵⁸, no existiendo acuerdo total entre las competencias y los elementos que componen ambas.

Uno de los trabajos con mayor número de participantes sobre IDM fue el realizado por Braddock¹²⁴. En él se incluyeron 1057 encuentros clínicos con 124 médicos de atención primaria y cirujanos. Se evaluaron todas las decisiones, incluso las que fueron de seguimiento o las que implicaban en la realización un test de laboratorio. Al contrario que en la escala de Elwyn et al⁶⁹, no sólo se centró la valoración en el comportamiento del médico. También se diferencian en que el modelo de Braddock enfatiza la discusión explícita del rol del paciente en la toma de decisiones.

En un estudio reciente, con diseño experimental controlado, ha sido utilizada la escala Option⁶⁹ para investigar si determinadas intervenciones producen una mejora en los médicos en la utilización de TDC o el uso de ayudas a la comunicación de riesgos (ACR)¹⁵⁹. En dicho estudio se determinó que el entrenamiento en ACR y de AD debería preceder al desarrollo de herramientas para la TDC.

En nuestro país, uno de los cuestionarios más relevantes para evaluar la comunicación clínica ha sido el GATHA. Inicialmente el GATHA-Base y posteriormente se han elaborado distintas versiones de este como: GATHA-Res, GATHA-Audio, GATHA-Real, GATHA-Esp y GATHA-Pe. Los estudios de validación y la experiencia de su uso han demostrado las cualidades y limitaciones que este instrumento presenta¹⁶⁰. Entre las ventajas encontramos su facilidad de uso, debido al número de ítems relativamente pequeño y las respuestas codificadas de forma dicotómica. Algunas de las limitaciones encontradas son:

1. El cuestionario informa sobre si se presenta una conducta sin determinar su contexto relacional.

2. Debido a que el instrumento es tipo *checklist* no existen diversos grados de respuesta, por lo que la información que aporta es poco discriminativa.
3. El GATHA parece tener escasa utilidad para captar conductas relacionadas con la participación del paciente en las consultas.
4. El instrumento ha demostrado un nivel de convergencia relativamente bajo con la escala EPPIC.

Debido a las limitaciones anteriormente comentadas de la escala GATHA, se han desarrollado otros instrumentos más recientes en nuestro país, uno de estos es la escala CICAA³⁹ (**Anexo 2**). Sustentada en estudios previos^{25,161,162}, se ha desarrollado dicha escala para la medición de “*patient-centredness*” en las consultas. La promoción de la implicación del paciente en la toma de decisiones es una dimensión importante del concepto de “compartir el poder y la responsabilidad” que se incluye en la mayoría de los abordajes centrados en el paciente. El cuestionario CICAA se compone de un apartado de datos globales que afectan al proceso de la comunicación y de 26 ítems divididos por tareas que hacen referencia al acrónimo de su nombre: Conectar con el paciente/ la familia, Identificar y Comprender los problemas, Acordar y Ayudar a Actuar al paciente/familia.

En el estudio de validación del CICAA¹⁶³, se obtuvieron entre otras las siguientes conclusiones:

- El instrumento posee una validez aparente, de consenso y contenido adecuada para ser utilizada con fines docentes y de investigación. Asimismo ha demostrado una concordancia intra e interobservador elevada.
- El número de encuentros clínicos que un observador debe valorar con la escala CICAA para obtener evaluaciones suficientemente fiables oscila entre 6 y 12 entrevistas.
- El cuestionario tiene una aceptable validez convergente con el cuestionario GATHA.
- La escala CICAA demuestra ser una escala muy homogénea.
- La escala puede ser aplicada en diferentes contextos, situaciones clínicas y tipos de profesionales.

Además, el estudio de la dimensionalidad de la escala CICAA¹⁶³ demostró que ésta presenta factores relacionados con la implicación del paciente en la toma de decisiones, como “discusión sobre la toma de decisiones” y “manejo del desacuerdo”. El ítem 22 de esta escala valora en que medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la TD de la consulta animándolo. Este ítem se basa en la suposición que implicar al paciente es una tarea de negociación entre ambos actores que sucede frecuentemente de forma implícita, en la que existen en la mayoría de las situaciones opciones legítimas que discutir.

Teniendo en cuenta todo esto, se ha desarrollado un nuevo instrumento de medida (CICAA-D) que ha supuesto un paso más hacia la valoración de la implicación del paciente en las consultas. Entre las aportaciones más relevantes de esta escala destacan la diferenciación del grado de implicación del paciente (participado vs. compartido) y tener en cuenta las situaciones en las que sólo se discute sobre una única opción de tratamiento.

En resumen, la valoración de la implicación en las consultas ha sido contemplada desde la percepción de los profesionales y la de los pacientes de forma aislada, sin que haya sido llevado de forma paralela un estudio que compare ambas visiones con la observación de sus conductas en las consultas. La mayoría de los instrumentos evaluados han sido desarrollados y validados en lengua inglesa.

I.7. Estudios sobre valoración de la implicación del paciente en la toma de decisiones en nuestro país.

Aunque diversos estudios sobre aspectos comunicacionales han sido realizados en nuestro país, son escasos los que han valorado de forma precisa la implicación del paciente en la toma de decisiones.

A continuación comentaremos algunos de los que hemos considerado más relevantes:

- El estudio realizado por Bolaños y Sarría¹⁶⁴ aporta información a través de metodología cualitativa (entrevista abierta) sobre la percepción de los pacientes diabéticos. Gracias a éste conocemos aspectos que los enfermos crónicos consideran claves en la comunicación con el profesional tales como: la claridad y la adaptación

de la información proporcionada en un contexto de confianza en el que se consideren sus circunstancias y perspectivas.

- Los estudios observacionales y descriptivos realizados por Torío y García^{53,54}, pusieron de manifiesto la dificultad de los pacientes para valorar su papel en la toma de decisiones, así como la escasa orientación de los médicos para compartir decisiones. Con todo, el diseño del instrumento de medida utilizado fue muy genérico.
- En una revisión sistemática sobre “Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con la salud”¹⁶⁵ realizada para la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, se concluía que éstas tenían efectos variables sobre la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, éstas fomentaban la participación y una mejora a la hora de tomar decisiones.
- El ensayo clínico llevado a cabo por Muñoz et al²⁵, en el que se evaluaba la eficacia de un abordaje centrado en el paciente, se obtuvieron relaciones significativas positivas entre el enfoque comunicativo estudiado y la ansiedad, la recuperación funcional y el dolor.
- El informe realizado a través de grupos focales, por la fundación Josep Laporta¹⁶⁶, el cual forma parte del proyecto europeo “*The future patient*”, trata sobre los cambios que desean los pacientes en la atención sanitaria.

Los estudios revisados tienen un carácter muy genérico, algunos abordan más el MCP que la implicación de los pacientes. En ocasiones, la valoración se ha realizado mediante encuestas de percepción, sin embargo no se han encontrado instrumentos de medida específicamente desarrollados en nuestro país para medir la implicación de los pacientes mediante la observación externa.

II. JUSTIFICACIÓN

La relación clínica ha sido considerada como pilar básico de todo encuentro médico. Numerosos estudios científicos han relacionado diversos elementos presentes en la comunicación clínica con mejoría en resultados en salud.

En la actualidad, la participación del paciente en la toma de decisiones en el ámbito de la consulta médica representa una dimensión específica de la relación clínica y es un aspecto de la atención sanitaria que es considerado clave en los sistemas sanitarios occidentales. Su justificación es respaldada tanto por cambios sociales como por principios éticos y legales.

A pesar de la abundante literatura internacional al respecto, existe gran controversia en las conclusiones obtenidas. El constructo de lo que realmente significa implicar al paciente en la toma de decisiones (IPTD) no es considerado de manera unánime por diversos autores, apreciándose en la bibliografía distintas tendencias. Sin embargo, las realidades clínico-asistenciales en otros países son distintas a la práctica médica en nuestro entorno, donde apenas hay estudios específicos sobre este tema, por lo que no es posible extrapolar dichas conclusiones para nuestro sistema sanitario.

En relación a la medición de este fenómeno han sido propuestas distintas escalas para su valoración, aunque la falta de unanimidad sobre lo que significa involucrar a los pacientes en la toma de decisiones y los pobres resultados obtenidos en sus propiedades psicométricas hacen que la forma de captarlo esté aún en desarrollo.

Por otro lado, se ha observado que la opinión que tienen los médicos y los pacientes sobre la implicación en la toma de decisiones de estos últimos está influenciada por variables muy distintas.

En esta situación hemos creído relevante y factible, realizar un estudio sobre la implicación del paciente en la toma de decisiones cuando acuden a las consultas de medicina general por algún problema de salud, en el que se valore tanto el grado de implicación que tiene lugar como las diferentes variables que puedan estar relacionadas con una mayor o menor participación y la percepción que tiene el paciente respecto a su participación. A la vez desarrollamos un instrumento de medida del fenómeno basado en un concepto de participación predeterminado.

Con este conocimiento es posible hacer recomendaciones específicas sobre las herramientas que el profesional debe poner en práctica y los condicionantes que debe tener en cuenta a la

hora de fomentar la implicación de los pacientes en la toma de decisiones para aumentar la eficacia del acto sanitario.

III. OBJETIVOS

Objetivos Generales:

- Conocer el grado en el que se produce la implicación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de Atención Primaria en España.
- Explorar el grado de aparición en los encuentros clínicos de determinadas conductas comunicativas relacionadas con la implicación del paciente.

Objetivos Específicos:

- Conocer la influencia que puedan tener en el proceso de implicación de los pacientes en la toma de decisiones diferentes factores relacionados con el médico, con el tipo de relación existente entre médico y paciente, y con el tipo de problema de salud presentado.
- Conocer la percepción que tiene el paciente sobre su participación en la toma de decisiones en general y tras una consulta concreta.

Objetivo Complementario:

- Desarrollar un instrumento de medida del fenómeno basado en un concepto de participación predeterminado. Comprobar su validez y fiabilidad.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

IV.1. Diseño

Estudio multicéntrico, de tipo observacional descriptivo.

IV.2. Universo del estudio

-Ámbito geográfico: Centros de Salud (CS) urbanos y rurales, ubicados en Andalucía (Córdoba, Jaén, Málaga), Cantabria y La Rioja.

-Ámbito temporal: el estudio se realizó entre mayo de 2006 y febrero de 2007.

IV.2.1. Población de estudio

Se consideraron dos poblaciones de estudio:

Para obtener la población de médicos participantes, se realizó un muestreo aleatorio sistemático de la totalidad de los médicos de las provincias correspondientes, guardando la proporcionalidad de los Centros de Salud urbanos y rurales. En las provincias de Málaga y La Rioja, debido a problemas logísticos, se realizó la selección de los Centros de Salud por conveniencia.

-Médicos: Médicos de Familia (MF), tanto expertos como no expertos en áreas de comunicación clínica, que trabajaban en los CS ubicados en las provincias de Cantabria (12 CS urbanos y 6 rurales), Córdoba (5 CS urbanos y 6 rurales), Jaén (6 CS urbanos y 5 rurales), Málaga (4 CS urbanos y 2 rurales) y Logroño (3 CS urbanos).

-Pacientes: enfermos que acudieron a las consultas a dichos Centros de Salud. La selección de los pacientes participantes se realizó por un procedimiento sistemático mediante arranque aleatorio.

IV.2.2. Criterios de selección:

-MF :

- **Criterios de inclusión:**

-MF con más de 5 años de práctica clínica en los últimos años y que accedieron a participar.

- **Criterios de exclusión:**

-MF con baja laboral de al menos 3 meses durante el periodo de estudio.

-MF que no dieron su consentimiento para participar en el estudio.

-Pacientes:

- **Criterios de inclusión:**

-Pacientes mayores de edad, que padecieran algún tipo de patología crónica y que consultaran por un problema de salud incidente relacionado con la misma, o pacientes que consultaran por algún problema incidente de cualquier tipo, con facultades cognitivas adecuadas para responder con mínima ayuda a un cuestionario de percepción de la interacción producida en la consulta.

-Expresar por escrito su consentimiento informado para participar en el estudio.

- **Criterios de exclusión:**

-Pacientes que hayan padecido enfermedades psiquiátricas graves, tengan deterioro cognitivo o sean adictos a sustancias psicoactivas.

IV.3. Muestra

IV.3.1. Tamaño de la muestra

-MF :

Se realizó el cálculo del tamaño muestral teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- Unidad primaria de muestreo: MF

- Parámetro principal del estudio: Proporción esperada de MF que utilizan el método centrado en el paciente (o toma de decisiones compartidas), basado en un estudio previo de características similares al planteado ($p=25\%$, según un estudio realizado en consultas de medicina especializada)¹⁶⁷.
- Nivel de confianza = 95% (error alfa= 5%).
- Precisión $\pm 9\%$.

Utilizando la fórmula para el cálculo del tamaño muestral para la estimación de una proporción poblacional (Programa Epidat 3.0), el número mínimo necesario de MF a reclutar para el estudio fue de 89 sujetos. Se estratificó la muestra en función de la Comunidad Autónoma, escogiéndose una submuestra de 30 MF por cada una ellas ($n=90$). Finalmente se seleccionaron un total de 97 MF que cumplieran criterios de inclusión.

-Pacientes:

Se estimó que serían necesarios reclutar un total de 540-720 pacientes (unos 6-8 sujetos por MF) para obtener una precisión del $\pm 4\%$, para un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 50% (se escogió la situación más desfavorable puesto que no disponíamos de datos previos en los que basarnos).

Se seleccionaron un total de 658 pacientes que cumplieran los criterios de inclusión.

IV.4. Variables del estudio

Se tuvieron en cuenta una serie de variables tanto independientes (del médico y del paciente), como dependientes.

Tabla 10: Variables seleccionadas para el estudio.

Variable a medir	Operativización de las variables	Naturaleza
INDEPENDIENTES -Del Médico: <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Años Práctica • Años actual cupo • Número de pacientes • Tipo de centro de salud • Formación previa • Tutor de residentes -Del Paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Sexo • Estado Civil • Nivel Instrucción 	Hombre/Mujer Número pacientes en cupo actual Urbano/Rural Formación MIR (SÍ/NO) Tutoría (SÍ/NO) Hombre/Mujer Soltero/casado/divorciado/viudo Sin estudios/primarios/medios/superiores	Cuantitativa discreta Cualitativa dicotómica Cuantitativa discreta Cuantitativa discreta Cuantitativa discreta Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa dicotómica Cualitativa politómica Cualitativa ordinal
DEPENDIENTES <ul style="list-style-type: none"> • Resultados evaluación del médico • Resultados de evaluación del paciente 	Cuestionario de evaluación CICAA-D Cuestionario percepción de la consulta Cuestionario percepción de la consulta	Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal Cualitativa ordinal y Cualitativa politómica

IV.5. Fuente de obtención de datos

IV.5.1. Proceso de recogida de los datos

Tras seleccionar al paciente en la sala de espera del CS, se solicitaba su participación, garantizándoles la confidencialidad de la información aportada y, seguidamente, se procedía a efectuar la videograbación de la consulta del encuentro clínico. En cuanto a los encuentros clínicos videograbados, se modificaron en un soporte adecuado para su posterior análisis con la escala CICAA-D (**Anexo 3**).

Se utilizaron distintos tipos de cuestionarios para médico y paciente, que fueron realizados inmediatamente después de haber tenido lugar la consulta, con preguntas relativas a la percepción que habían tenido de la misma:

- 1- La primera encuesta (**Anexo 4.1**-Cuestionario médicos intraconsulta post-visita) era autocumplimentada por el MF; previamente se había informado al médico sobre cómo debía rellenarla y preguntado sobre si tenía alguna duda al respecto. En ésta, además de datos sociodemográficos y académicos, se recogían a través de 11 ítems (8 de ellos se debían valorar con una escala del 0 al 10), por un lado información acerca del contenido de la consulta (naturaleza, evolución, riesgo para el paciente, solicitud pruebas, tratamiento) y por otro, datos relativos a aspectos relacionales (conocimiento del paciente, tipo de relación y confianza).
- 2- La segunda encuesta (**Anexo 4.2**-Cuestionario post-visita para pacientes: Percepción del Paciente sobre el desarrollo de 2 dominios comunicativos en la consulta), fue cumplimentada por distintos encuestadores (profesionales médicos y psicóloga) todos ellos entrenados previamente para este fin y ajenos a los centros de salud. En ella se recogían además de datos sociodemográficos, información sobre 4 preguntas relativas a: relación médico-paciente y toma de decisiones (2 debían ser valoradas con una escala ordinal calificando cada ítem o sentencia como “satisfecho”, “regular de satisfecho” o “insatisfecho”, 1 se ofertaba un menú de opciones para conocer la opinión del paciente sobre la toma de decisiones en la consulta y 1 se formuló como pregunta cerrada para explorar la percepción del paciente sobre la toma de decisiones).

Todos los cuestionarios fueron diseñados por personal con experiencia en la elaboración de encuestas y fueron pilotados antes de su utilización, en una muestra de sujetos de características similares a la población de estudio.

IV.5.2. Instrumentos de medida

IV.5.2.a. Sujetos y métodos

La validez de contenido del instrumento se desarrolló mediante la discusión de diferentes diseños conceptuales^{61,62,65,71,92,150,168} y evidencias empíricas sobre el tema^{66,68,114,123,140}. También incluimos las ideas que los propios médicos de familia españoles tienen sobre esto, las cuales se recogen en estudios cualitativos con grupos focales¹⁶⁹. La idea de que el médico ofreciese un plan de acción específico, fue un hecho particularmente interesante como punto de partida para discutir el proceso de toma de decisiones con el paciente¹⁶⁹. Según ellos, esto los ayuda a evaluar los deseos de participar de los pacientes, a conocer sus opiniones y valores sobre la propuesta inicial o sobre otras que puedan surgir, así como a animarlos a que hagan preguntas y a obtener una participación más activa⁶⁶.

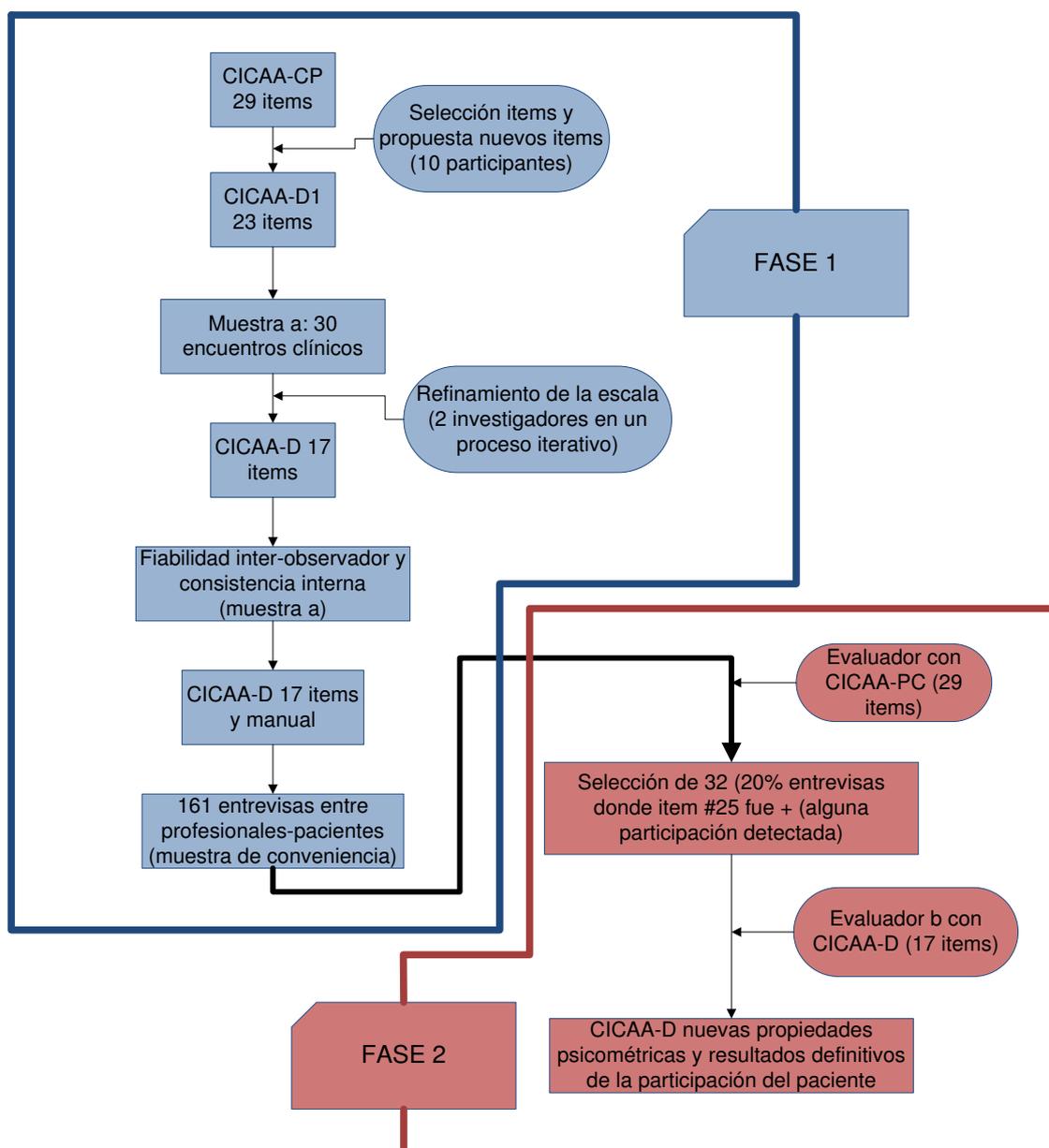
IV.5.2.b. Desarrollo del instrumento

1ª Fase: Creación del instrumento, validez lógica o aparente, y validez de contenido:

En una primera etapa (**Figura 2**), 10 expertos del Grupo Comunicación y Salud eligieron aquellos ítems de la escala original CICAA-CP que consideraron más relevantes en relación con la participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD). Así, se seleccionaron 14 ítems. Los expertos con el objetivo de captar mejor el fenómeno, y atendiendo a los principios y competencias que la literatura médica resalta^{61,62,65,66} propusieron nuevos ítems. Estos nuevos ítems se relacionaban con la definición del problema, el grado en el que la decisión se tomó o se retrasó, la discusión sobre opciones, así como con el formato preferido por el paciente para recibir la información. Finalmente, se introdujeron 9 nuevos ítems. Así, se obtuvo una primera herramienta de 23 ítems (CICAA-Decisión (D1)). Entonces, con esta herramienta se evaluaron 30 encuentros clínicos videograbados (muestra a). Para asegurar diferentes niveles de participación, estas entrevistas incluyeron una amplia variedad de encuentros: con pacientes reales (25), simulados (6), con problemas agudos (19), con problemas crónicos (12), y diferentes profesionales – médicos de familia (14), otros especialistas (4), residentes de familia (8) y enfermeras (5). En un proceso recurrente que involucró 3 ciclos en 6 meses, 2 investigadores discutieron cada ítem de esta nueva versión. La escala, entonces, se refinó quitando 6 ítems (principalmente por baja tasa de endose) y se reformularon 7 ítems (se redujo

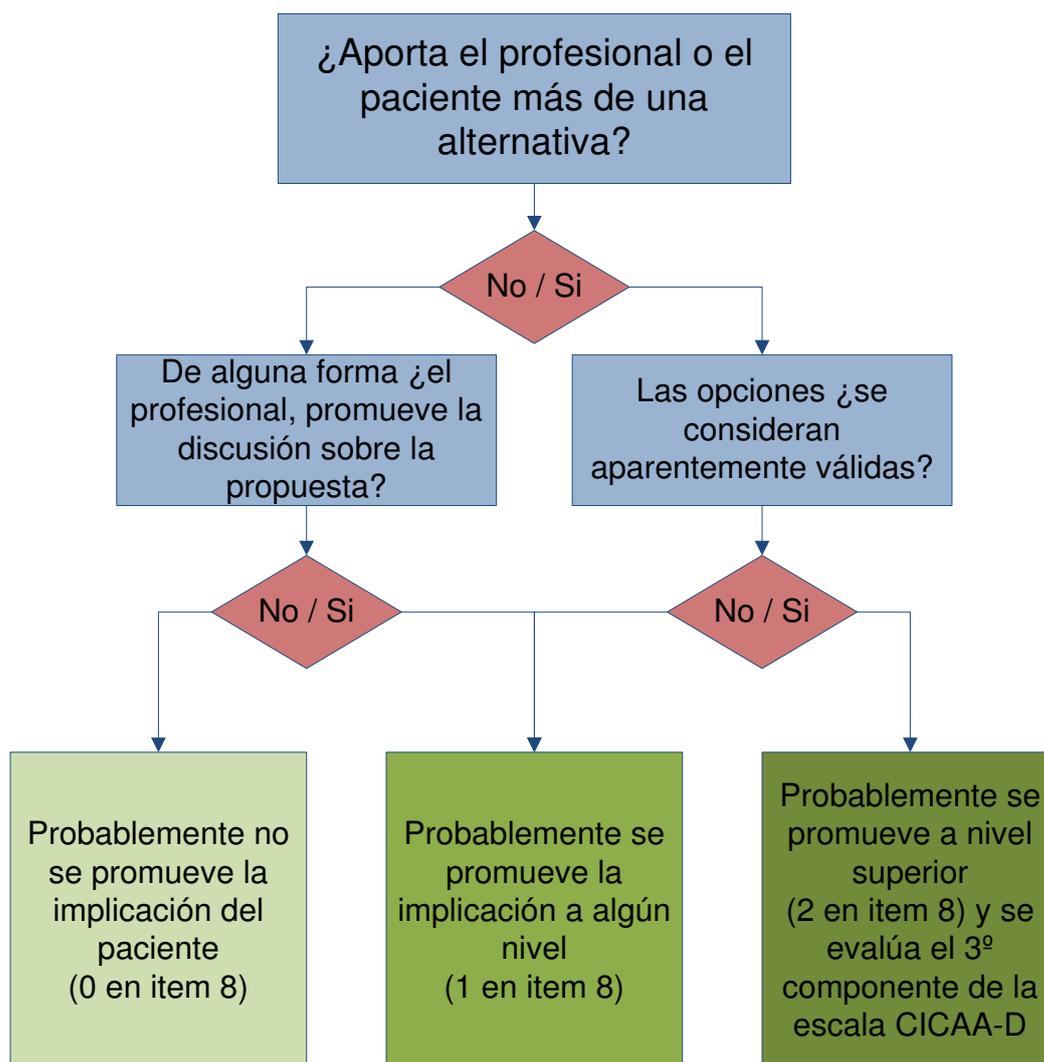
así la ambigüedad de las palabras y su carga valorativa, y se los enfocó hacia conductas más precisas, observables y relacionadas con el proceso). Se obtuvo una escala CICAA-D de 17 ítems. El concepto de participación en la toma de decisiones se revisó enfatizando la importancia de los esfuerzos que hace el profesional para involucrar al paciente sobre la necesidad de aportar un menú de opciones¹⁶⁹.

Figura 2: Estudio descriptivo de validación del instrumento de medida. Fase 1 Desarrollo del instrumento y escala. Fase 2 Muestra de pacientes y profesionales.



Se desarrolló un manual de uso para evaluadores, que incluía un esquema de decisión (**Figura 3**) para evaluar el nivel en que el profesional promovía la participación. El ítem 8 (antiguo 25 de la CICAA-CP) era aquí el ítem clave.

Figura 3: Esquema orientativo para valorar el nivel de participación del paciente en la toma de decisiones que promueve un profesional.



2ª Fase: Fiabilidad del instrumento: reproducibilidad y consistencia interna:

En un análisis interobservador preliminar, 2 evaluadores distintos valoraron los 30 encuentros de nuevo (muestra a). Los coeficientes k para los ítems 3 y 11 fueron $<0,4$; para los ítems 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14 y 16 fueron 0,4 a 0,75, y para los ítems 1, 8 y 17 fueron $>0,75$.

El ítem 15 tuvo un índice de correlación simple del 87%. El valor del alfa de Cronbach de la escala fue de 0,62 y el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para la escala fue de 0,94. La puntuación global obtenida fue de 11,58 (DE: 8,1) con el primer evaluador, y de 10,77 (DE: 8,3) con el segundo evaluador (t de Student=0,80; $p=0,12$). Esta versión final del CICAA-D (**Anexo 3**) se consideró entonces apropiada, desde el punto de vista de su fiabilidad interna y su reproducibilidad, para valorar la PPTD.

IV.5.2.c. Muestra de pacientes y profesionales

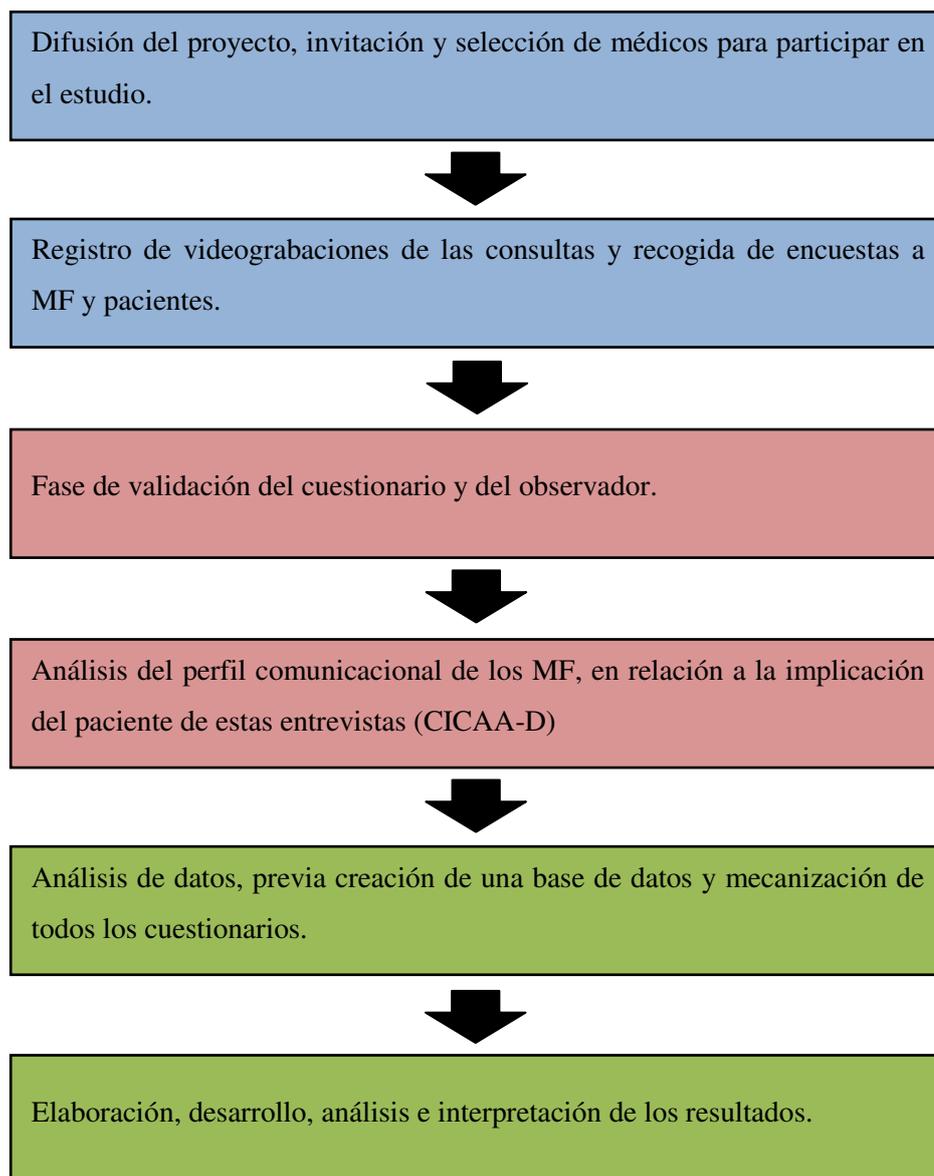
Del conjunto de videograbaciones, que la Unidad Docente de MFyC de Córdoba dispone para fines de investigación, seleccionamos una muestra de 161 obtenidas en Atención Primaria.

El criterio para seleccionar esta muestra fue el que incluyera una amplia variedad de encuentros clínicos y situaciones. Así, había 61 entrevistas entre profesionales y enfermos crónicos (diabetes y dolor) y 100 entrevistas entre residentes de familia en su último año y pacientes reales nuevos (50) y simulados (50) con diferentes problemas.

Un evaluador (EG) había valorado previamente estas entrevistas con la escala CICAA-CP. Seleccionamos aquellas que puntuaron positivamente en el ítem 25, bien 1 (“el profesional parece hacer algún esfuerzo para involucrar al paciente en las decisiones”) o 2 (“el profesional, definitivamente, se esfuerza por involucrar al paciente en la toma de decisiones”). La información sobre la fiabilidad del observador obtenida de una muestra similar de 30 encuentros fue k : 0,72; CCI: 0,81 (IC del 95%: 0,64-0,90). De esta forma, en 32 entrevistas (19,9%) el evaluador detectó algún tipo de involucramiento del paciente. Finalmente, un evaluador distinto (RRM) valoró esos 32 encuentros con el CICAA-D en 2 ocasiones con un intervalo de 2 meses (test-retest).

IV.6. Plan de actuación del estudio

Figura 4: Esquema de las distintas fases del estudio y los procedimientos realizados.



IV.6.1. Fase de ejecución

-Fase inicial:

Durante el mes de Mayo-Junio 2006 se realizó un envío postal a todos los médicos seleccionados, invitándoles a participar en el estudio. Debido a la baja participación por esta vía, se decidió realizar llamadas telefónicas a dichos médicos hasta completar el número de MF necesario para el estudio. Se precisó realizar múltiples llamadas a cada médico seleccionado antes de poder contactar con él, por estar ocupados pasando consulta o de visita domiciliaria. Nos encontramos con un escollo importante al comprobar que, un número cuantioso de médicos no se encontraban en sus centros de trabajo habitual, debido al traslado del que habían sido objeto por la Oferta Pública de Empleo (OPE). Esto trajo como consecuencia un aumento de llamadas a realizar por un lado, y por otro, un bajo interés en participar por no sentirse seguros todavía en el cupo nuevo.

El personal participante de cada provincia, realizó un curso de técnicas en videograbación y fueron adiestrados en la encuestación de pacientes.

El trabajo de envío postal, contacto telefónico, grabación y encuestación en la provincia de Cantabria fue realizado por la doctoranda.

-Fase de trabajo de campo:

Se inició en el mes de Julio de 2006 y se prolongó hasta el mes de Febrero 2007, grabándose 97 MF de las provincias de Cantabria (28 MF), Córdoba (17 MF), Jaén (17 MF), Logroño (15 MF) y Málaga (20 MF) y un total de 658 pacientes. Este periodo de tiempo incluye dos periodos vacacionales importantes: verano y navidades, donde hubo problemas por este motivo, para poder concertar en algunos centros las videograbaciones de sus MF. En el proceso de videograbación y encuestación de MF y pacientes, se invirtió un tiempo medio de 6 horas por cada MF grabado. En algunas ocasiones se tuvo que concertar otro segundo encuentro por no haber reclutado a todos los pacientes necesarios por MF.

En el mes de Marzo y Abril de 2007 se realizó por la doctoranda, una valoración de 11 entrevistas y se contrastó con la puntuación obtenida por un observador experto, con el fin de evaluar la concordancia inter-observador (**Anexo 5**). Esto supuso revisar previamente de forma

precisa el manual de evaluación de la escala CICAA-D, así como plantear y resolver dudas de la doctoranda sobre distintos aspectos de los ítems a valorar según los criterios del observador experto.

De Mayo a Septiembre la doctoranda procedió a evaluar los encuentros clínicos videograbados. Cada entrevista supuso un proceso sistemático en el que cada grabación era visualizada 3 veces. En la primera ocasión se obtenía una idea global de la entrevista, en la segunda se determinaba la puntuación del ítem 8 y en la tercera vez, si el ítem 8 era 1 ó 2, se puntuaban el resto de los ítems de la escala CICAA-D. Por lo que el tiempo mínimo empleado por cada entrevista fue de 40 minutos.

En el mes de Octubre se evaluaron de nuevo 25 entrevistas que habían sido previamente puntuadas, para determinar la fiabilidad intra-observador (**Anexo 5**).

Simultáneamente durante ese mes de Octubre se mecanizaron los datos. Esto supuso por parte de la doctoranda convertir todos los procesos diagnósticos valorados en las videograbaciones en códigos CIAP-2, convertir la duración de las entrevistas en segundos y sumar las puntuaciones totales de cada entrevista evaluada con el CICAA-D. Posteriormente creó e incluyó en una base de datos (ACCESS) todos los registros evaluados en las videograbaciones con la escala CICAA-D.

Durante el periodo de Noviembre de 2007 a Enero de 2008, se produjeron modificaciones del planteamiento inicial, ya que se estimó necesaria la visualización de 117 entrevistas que habían sido puntuadas inicialmente con el ítem 8 igual a 0, esta vez valorando determinados ítems (los primeros 13 ítems de la escala CICAA-D), para poder determinar la puntuación total de estas, en relación con las que tenían el ítem 8 igual a 1 ó 2. También se modificó el orden inicial de los ítems de la escala CICAA-D para facilitar su manejo (**Anexo 3**).

La base de datos quedó completada en Febrero de 2008.

IV.7. Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba. Para realizar el proyecto fueron informados los directores de las Gerencias o Distritos correspondientes sobre los objetivos y metodología del estudio.

Los datos obtenidos fueron manejados según las normas de protección de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Tanto los médicos como los profesionales dieron su consentimiento, libre e informado de forma escrita, para participar en el estudio. En la información aportada, se indicaba que en cualquier momento, si lo deseaban, se podían destruir los cuestionarios una vez realizados, detener la grabación o no continuar con la encuesta. En el material que se facilitó se aportaba un teléfono de contacto para aclaración de cualquier duda que surgiera a posteriori.

En todo momento se garantizó el anonimato de los participantes. Se codificó el material de estudio (videograbaciones, encuestas, hoja de recogida de datos) mediante claves encriptadas, para desconocer la procedencia de los datos. Las encuestas a los pacientes se realizaron en un entorno adecuado para mantener su confidencialidad.

IV.8. Plan de análisis estadístico

IV.8.1. Tratamiento de los datos.

-Para la codificación de los problemas de salud se empleó la CIAP-2 (**Anexo 6**).

-Debido a que en la pregunta de la encuesta de los pacientes: “Respecto a la consulta de hoy, si el médico le hubiera dado diferentes opciones sobre lo que usted puede hacer para mejorar su problema, ¿le hubiera gustado que éste le hubiese pedido su opinión sobre lo que a usted le gustaría mejor poder hacer?”, la mayoría de estos no contestaban de forma dicotómica (si/no), sino que aportaban más comentarios; se decidió codificar tres posibilidades de respuesta: No, Sí, Sí el médico me ha pedido opinión.

-La inclusión y procesamiento de datos en programa informático ACCESS (Microsoft Office) se realizó por dos investigadores de manera independiente. Todos los datos relativos a la escala

CICAA-D fueron incluidos por la doctoranda, mientras que los relativos a la encuesta de MF y pacientes fueron realizados por otro investigador.

IV.8.2. Análisis estadístico.

La mecanización de los datos fue realizada por la doctoranda en el programa ACCESS (Microsoft Windows), y el análisis estadístico de los datos fue llevado a cabo bajo la supervisión de un epidemiólogo y previa depuración de los mismos. El análisis se efectuó con el paquete estadístico SPSS versión 13.0 para Windows.

El tratamiento estadístico de los datos fue el siguiente:

- 1.** Análisis descriptivo mediante el cálculo de las medidas de tendencia central y de posición (media, desviación típica y límites) en las variables cuantitativas y frecuencias relativas expresadas en porcentajes en las cualitativas; cálculo de los intervalos de confianza para el 95% de seguridad ($IC_{95\%}$) de los principales parámetros.
- 2.** Análisis bivariado de las preguntas del cuestionario y de los ítems del CICAA-D, con aplicación de test de hipótesis para variables cualitativas (Ji-Cuadrado o test exacto de Fisher) y cuantitativas (prueba T de Student y ANOVA, previa comprobación de ajuste de las variables a una distribución normal mediante el test de Shapiro-Wilk). Se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando en los test de hipótesis el valor de “p” $\leq 0,05$, para contrastes bilaterales.
- 3.** Para analizar la consistencia interna de la escala se usó el coeficiente alfa de Cronbach, la fiabilidad intraobservador se calculó con el índice *kappa* de Cohen y el CCI. El test de Kruskal-Wallis y la prueba T de Student se utilizaron para valorar las diferencias entre las puntuaciones globales de las evaluaciones test-retest (CICAA-D) y la puntuación global del promedio de los encuentros dependiendo del nivel de participación (puntuación en el ítem 25 con la escala CICAA-CP y puntuación en el ítem 8 con la escala CICAA-D).

IV.9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se consultaron las bases bibliográficas de MEDLINE (PubMed) y COCHRANE (hasta 2010).

En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: *decision making, communication, primary care, patient participation*.

Otras fuentes empleadas fueron libros y tesis doctorales de la base de datos TESEO.

Las citas bibliográficas se exponen de acuerdo a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas¹⁷⁰ (Normas Vancouver) en su última revisión del 2005.

V. RESULTADOS

V.1. Resultados del análisis univariado (descriptivo)

De los 295 médicos contactados, cumplieron los criterios de inclusión 97 (32,88%). La distribución de las características de ámbito de trabajo y sexo de los MF según provincias, se resume en la **tabla 11**.

Tabla 11: Características de los médicos de familia participantes en el estudio según las provincias, el ámbito de trabajo y el sexo.

Provincia	Ámbito		Sexo		Total
	Urbano	Rural	Hombre	Mujer	
Cantabria	20	8	16	12	28
Córdoba	11	6	11	6	17
Jaén	12	5	11	6	17
La Rioja	15	0	10	5	15
Málaga	15	5	13	7	20
Total	73	24	61	36	97

Los motivos de exclusión en el estudio de los profesionales se produjeron por:

- Baja laboral: 7 médicos de los 295 contactados (2,4%).
- Menos de 5 años de práctica clínica: 10 (3,4%).

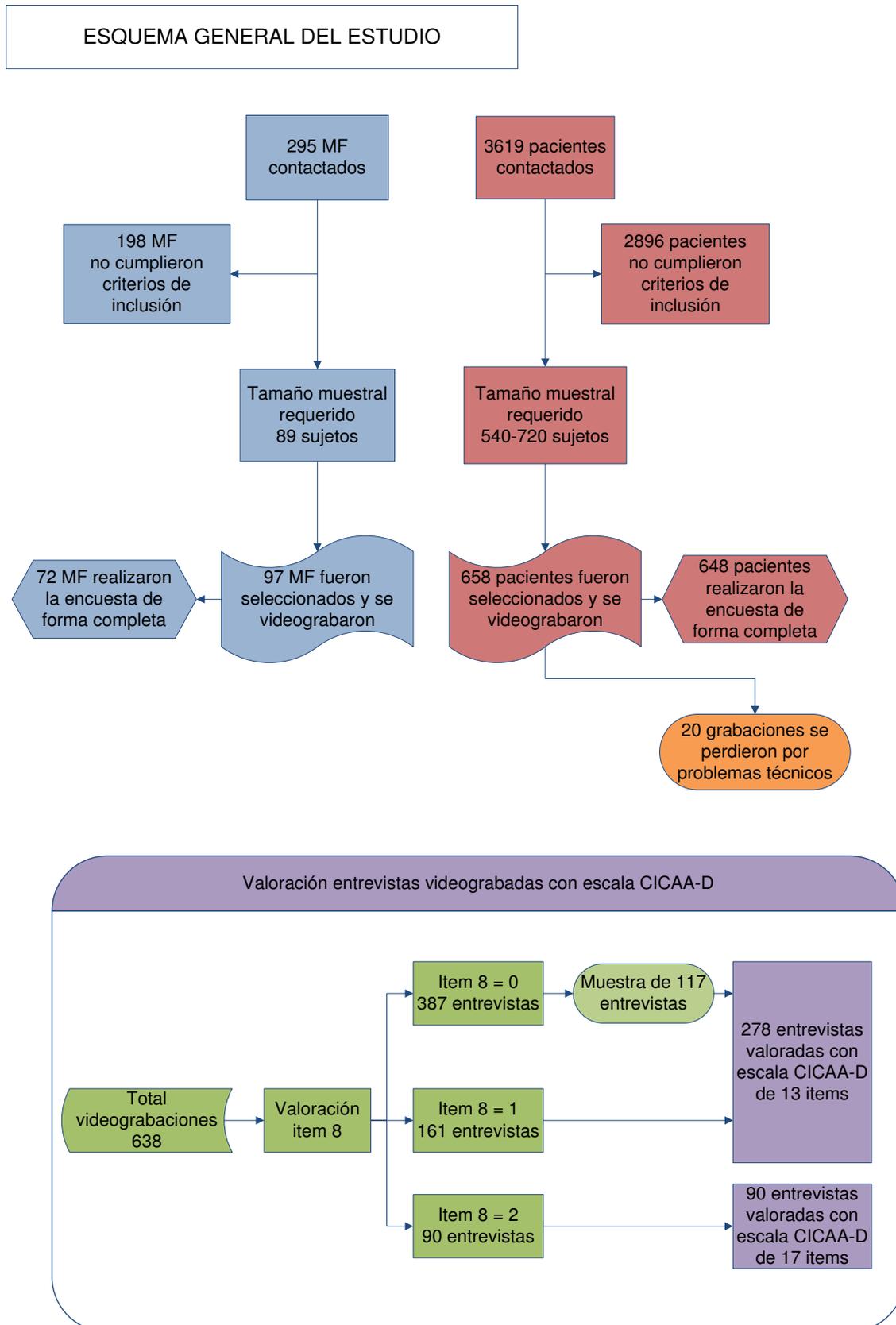
Por otro lado, 181 profesionales (61,3%), rehusaron participar en el estudio. Los principales motivos de las negativas de los médicos a participar fueron los siguientes:

- Presión Asistencial: 47 médicos (26%).

-
- Por cambio de Centro de Salud, “no me siento seguro al ser grabado con un nuevo cupo”: 40 (22%).
 - No tiene interés en participar en este tipo de estudios: 29 (16%).
 - Timidez, incomodidad delante de la cámara: 16 (9%).
 - No adujeron ninguna causa: 16 (9%).
 - “No me parece ético invadir la intimidad del paciente en la consulta”: 15 (8%).
 - Otros: 18 (10%). Para uno de los médicos la causa de su negativa fue: “como sigamos en esta línea es el facultativo el que seguirá asumiendo la responsabilidad penal sin tener en absoluto ninguna autoridad”, “me parece inadmisibile este tipo de estudios, no debían de estar permitidos”.

De los 97 médicos que fueron videograbados, no contestaron de forma completa a la encuesta realizada después de la consulta 25 MF, es decir, cumplimentaron el cuestionario en todos los ítems 72 (74,22%).

Figura 5: Esquema general del estudio.

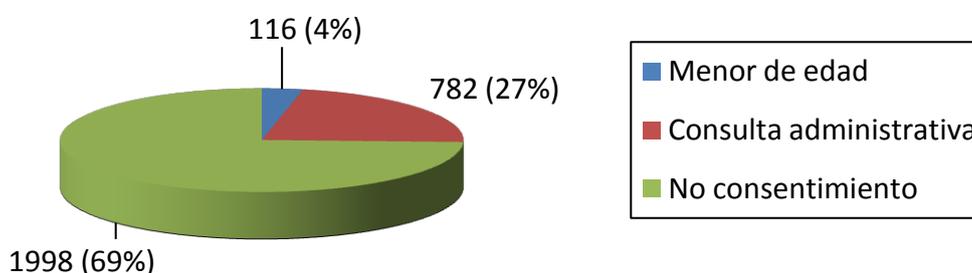


De los 3619 pacientes que acudieron a consulta, cumplieron criterios de inclusión 723 (20%) con la siguiente distribución geográfica: Cantabria 821, Córdoba 655, Jaén 695, Logroño 610 y Málaga 838. De estos pacientes, 65 (9%) no participaron debido a que el tiempo en la sala de espera se prolongó después de haber obtenido el consentimiento informado, por lo que o bien, denegaron la participación antes de realizar la videograbación, o bien, al salir de la consulta médica rehusaron contestar el cuestionario por no tener tiempo para realizarlo. De los 723 pacientes que cumplían criterios de inclusión, participaron en el estudio 658, es decir, hubo una tasa de respuesta del 91%.

Los principales motivos de exclusión del estudio de los pacientes fueron los siguientes, se describen en la **figura 6**:

- El 4% no era mayor de edad.
- El 27% de los casos el motivo de la consulta era administrativo (recogida de partes de baja o realización de recetas de largo tratamiento).
- El 69% no dio su consentimiento, la mayoría de estos (38%) argumentó cierta incomodidad o vergüenza al estar delante de una cámara; es destacable que un 6% de pacientes manifestaron sus dudas sobre el origen y la posterior confidencialidad del estudio, a pesar de la información previa que se les había facilitado.

Figura 6: Motivos de la no inclusión de los pacientes en el estudio.



Así, se reclutaron 658 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y dieron su consentimiento a participar en el estudio. De estos 658 contestaron a todos los ítems del

cuestionario un 98,5%, por lo que el número total de pacientes que contestó de forma completa la encuesta post-consulta fue de 648.

V.1.1. Características demográficas y formativas de los médicos

De los médicos participantes en el estudio 61 (63%) eran varones, 28 (36%) no tenían formación MIR y 37 (50%) eran tutores de residentes. En la **tabla 12**, se detallan los resultados pertenecientes a las características de los médicos en distintas variables.

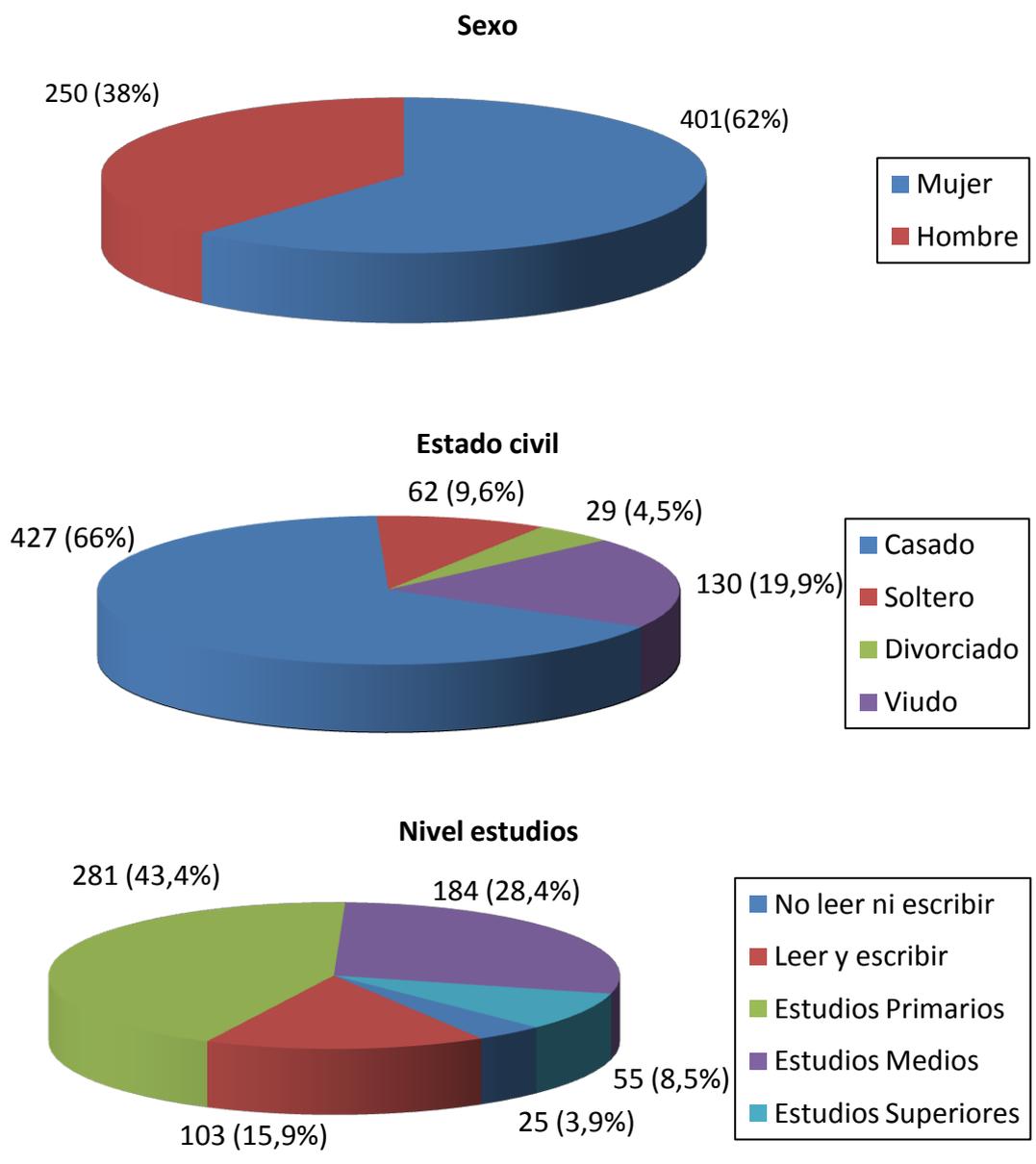
Tabla 12: Descripción de la muestra de médicos por edad, años de práctica médica y número de pacientes en el cupo actual según ámbito de trabajo (n=97).

	Ámbito trabajo	Media	Error Estándar	Desviación Estándar
Edad	urbano	46,5	0,8	6,2
	rural	46,0	1,3	7,0
Años práctica	urbano	21,4	1,0	7,0
	rural	18,7	1,4	7,7
Número de pacientes en actual cupo	urbano	1546	49,6	333,3
	rural	1485	64,1	345,2

V.1.2. Características sociodemográficas de los pacientes

Como se aprecia en la **figura 7**, la mayoría de los pacientes encuestados fueron mujeres, casadas, y con estudios primarios. Los pacientes (n=648) tuvieron una edad media de 52,70, (rango 18-88; DE:17,40).

Figura 7: Características sociodemográficas de los pacientes.



V.1.3. Percepción del médico después de realizar la consulta.

Los resultados obtenidos a través de los ítems que se rellenaban por escala visual analógica (del 0 al 10, donde el 0 era la mínima puntuación obtenida y el 10 el máximo valor), han sido agrupados en tres categorías para facilitar la valoración de los mismos. De este modo, los ítems que puntuaban de 0 a 3 han sido calificados como de baja puntuación en la escala, del 4 al 7 de moderada puntuación y del 8 al 10 de alta puntuación, como puede observarse en la **tabla 13**.

Tabla 13: Resultados de las cuestiones planteadas al médico en la encuesta realizada después de la consulta.

		PUNTUACIÓN				
		MEDIA	n	BAJA (0-3) n (%)	MODERADA (4-7) n (%)	ALTA (8-10) n (%)
ENCUESTA POST-CONSULTA MÉDICOS	Naturaleza	7,8	630	24 (3,8)	195 (31)	411 (65,2)
	Evolución	6,9	630	40 (6,4)	302 (48)	288 (45,6)
	Riesgo	4,2	624	294 (47,1)	242 (38,8)	88 (14,1)
	Prueba Diagnóstica Clasifica Problema	7,1	192	17 (8,9)	68 (35,4)	107 (55,7)
	Tratamiento Efectivo	7,2	541	19 (3,6)	240 (44,3)	282 (52,1)
	Tratamiento Riesgos	3,3	543	334 (61,5)	194 (35,7)	15 (2,8)
	Relación Médico-Paciente	7,6	619	2 (0,4)	259 (41,8)	358 (57,8)
	Confianza Médico-Paciente	7,5	621	7 (1,1)	258 (41,5)	356 (57,4)
	Conocimiento del paciente por el médico		640	27 (4,2) Nuevos pacientes	192 (30,1) Algo, Poco	405 (63,3) Importante conocimiento
	Posibilidad otras opciones de manejo del problema		640	132 (20,6) No	320 (50) Sí, algunas	107 (16,7) Sí, varias

El análisis de los datos mostró unas puntuaciones medias \geq a 6,9 en todos los ítems, excepto en los que valoraban el riesgo tanto del tratamiento como de la enfermedad para el paciente, en los que se obtuvieron las menores puntuaciones. Hubo 380 pacientes a los que sus MF no solicitaron ninguna prueba diagnóstica y 71 que no prescribieron ni aconsejaron tratamiento.

Más de la mitad de los médicos encuestados conocían muy bien (63,3%) a sus pacientes y opinaron que había más de una opción de tratamiento posible (66,7%).

V.1.4. Percepción del paciente después de la consulta

Después de haberse realizado la consulta, se pasaba la encuesta a los pacientes, en la que opinaban sobre la percepción que habían tenido durante ésta, obteniéndose los resultados que detallamos en las **figuras 8-10**.

Figura 8: Grado de satisfacción del paciente tras el encuentro médico (n=657)

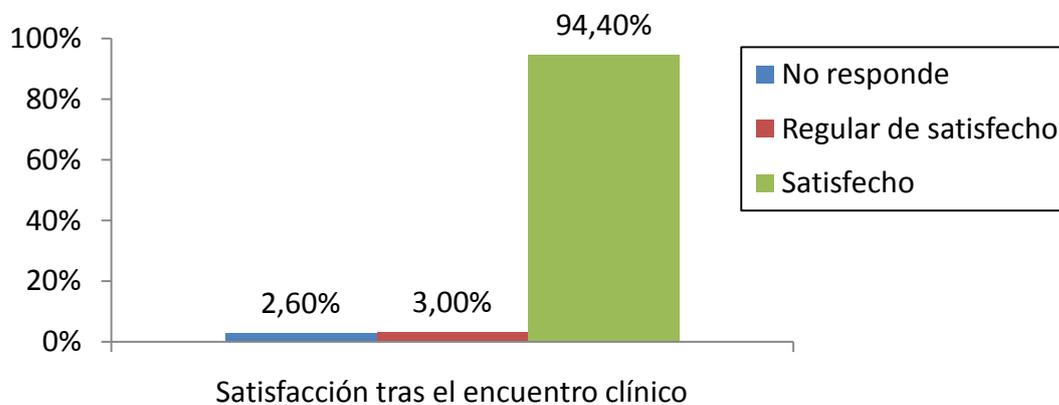


Figura 9: Percepción del paciente sobre quién debe tomar las decisiones (n=642)

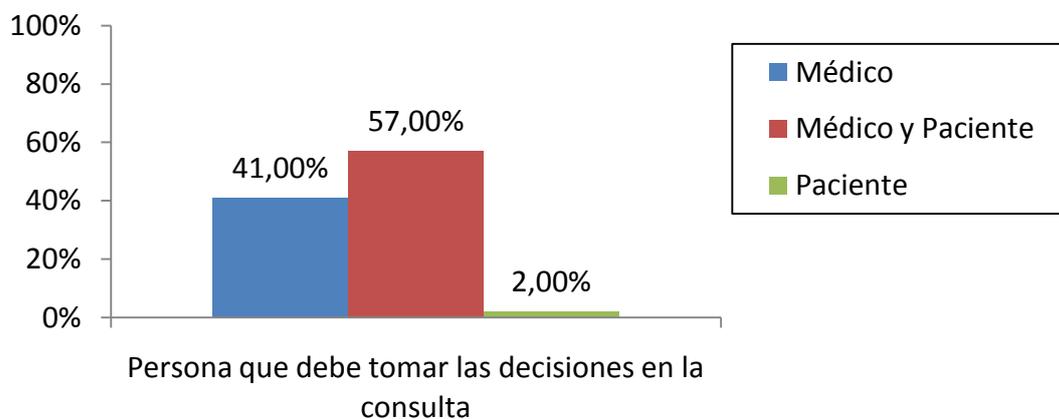
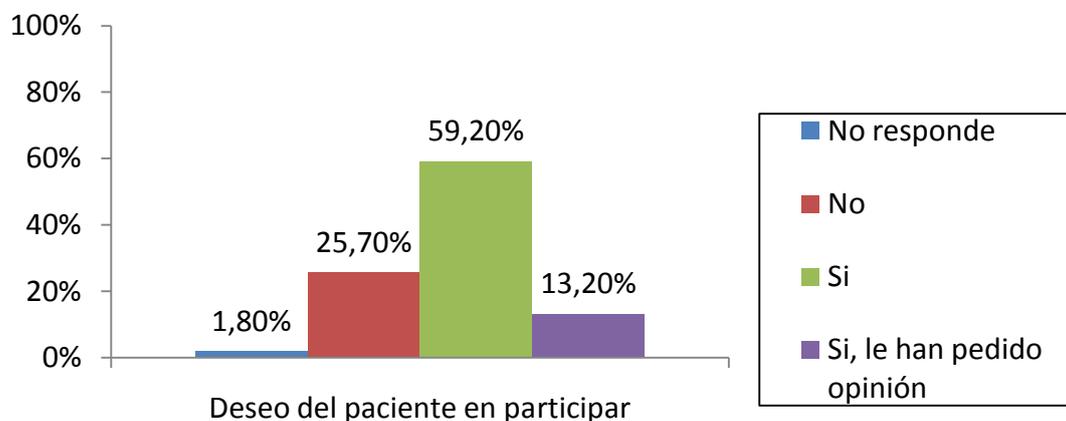


Figura 10: Preferencia sobre el deseo de participación del paciente en la consulta (n=657)



Al analizar los datos observamos que, aunque los pacientes estuvieron satisfechos con la consulta que acababan de realizar, más de la mitad (59,2%) hubieran deseado participar y opinaban que las decisiones debían ser tomadas de forma conjunta entre médico y paciente.

V.1.5. Desarrollo del instrumento CICAA-D.

V.1.5.a. Resultados de las 161 entrevistas valoradas con la escala CICAA-CP (29 ítems).

La puntuación promedio de las 161 entrevistas (CICAA-CP) fue de 17,86 (DE:10). Las 32 entrevistas consideradas inicialmente como “participativas” tuvieron una puntuación media de 30,24 (DE:10,1 ; IC_{95%}: 25,9-36,4). Las puntuaciones globales promedio de los 3 tipos de encuentros se clasificaron en función del nivel de participación del paciente a través de su puntuación en el ítem 25 (Tabla 14).

Tabla 14: Puntuación promedio global de los encuentros, obtenida con el CICAA-CP, dependiendo del nivel de involucramiento (puntuación en el ítem 25).

Ítem 25	n	Media	DE	IC _{95%}
0	129	15,3	7,9	12,9-15,7
1	14	24,9	9,0	21,0-28,8
2	18	32,7	5,5	28,5-37,0

Prueba de Kruskal-Wallis: 41,1; $p < 0,001$

DE: Desviación Estándar; IC: Intervalo de confianza.

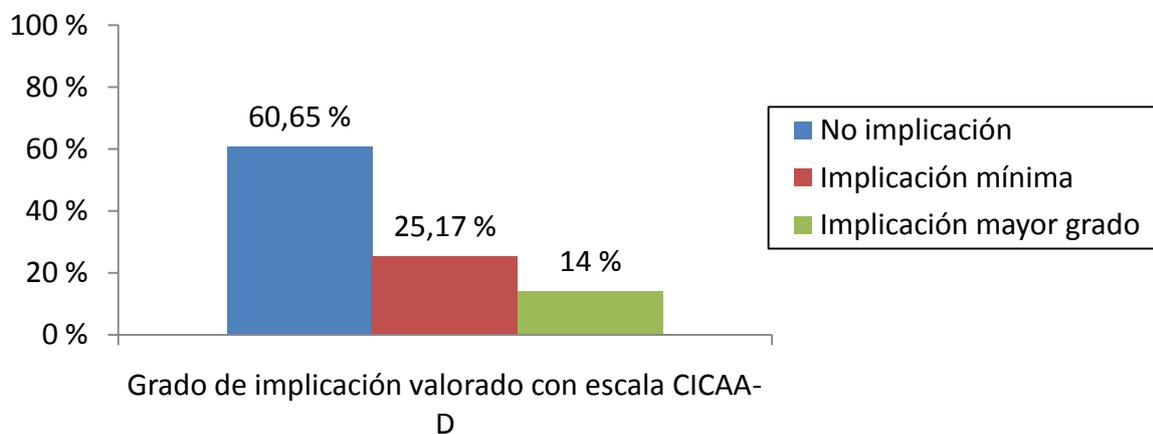
V.1.5.b. Resultados de los 32 encuentros valorados con la escala CICAA-D.

Una de las 32 entrevistas se consideró como no participativa (puntuó 0 en el ítem 8 del CICAA-D), por lo que finalmente se valoraron con esta escala 31 entrevistas. La duración media de éstas fue de 11,3 minutos (DE: 5,6; IC_{95%}: 9,2-13,3). En el **Anexo 7** se muestra la respuesta en cada ítem y sus valores *k*. El alfa de Cronbach de la escala fue de 0,6 en la primera valoración y de 0,51 en la segunda. El CCI global fue de 0,96 (IC_{95%}: 0,93-0,98). Las puntuaciones globales para la primera y segunda valoración fueron de 15,87 (DE: 7,2) y 15,96 (DE: 7,8), respectivamente (t-test: -0,096; $p=0,79$). En 13 encuentros (42%), el ítem 8 puntuó 1 y en 18 encuentros (58%) puntuó 2. Estas últimas fueron entrevistas entre profesionales y pacientes diabéticos (8) y médicos y pacientes con dolor crónico (10). Las únicas 5 entrevistas entre residentes y pacientes que puntuaron positivamente en el ítem 8 fue en el nivel más bajo. Finalmente, las entrevistas que puntuaron 1 en el ítem 8, tuvieron una puntuación global de 10,2 (DE: 3,8) para los ítems 1 al 13 del CICAA-D. En las entrevistas que puntuaron 2 en el ítem 8, este promedio fue de 15,3 (DE: 4,9) (t-test: -3,2; $p=0,003$).

V.1.6. Análisis de las entrevistas con la escala CICAA-D.

En 387 entrevistas (60,6%) no se producía una IPTD, frente al 39,3% en las que se detectó algún tipo de involucramiento. De estas últimas, en 161 (64%) el involucramiento fue de menor grado (puntuación de 1) y en el resto (36%) de mayor grado (puntuación 2), cómo podemos observar en la **figura 11**.

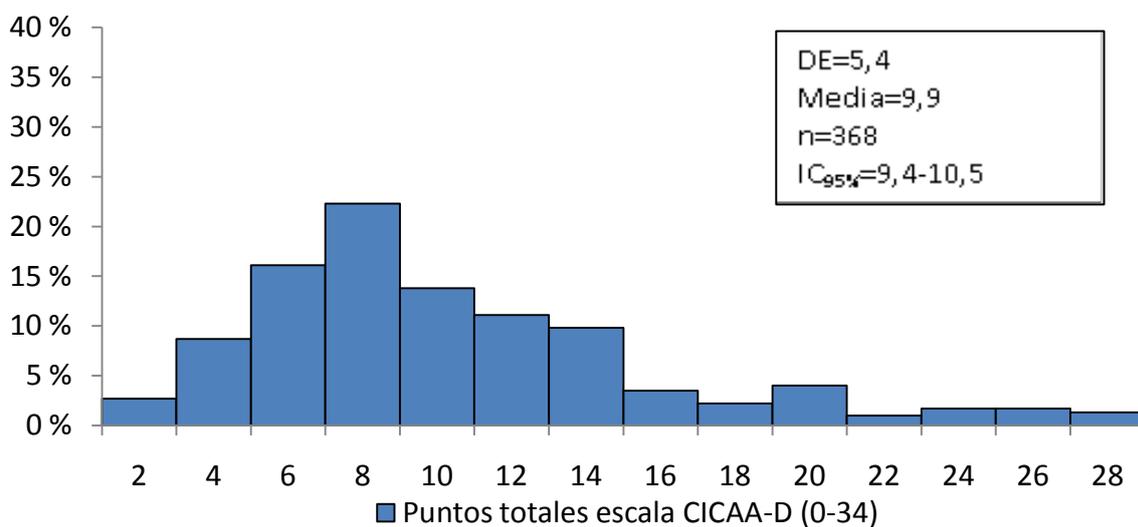
Figura 11: Grado de implicación en las videograbaciones analizadas con la escala CICAA-D (n=638).



V.1.6.a. Puntuación global de las entrevistas valorada con la escala CICAAD.

Se aprecia en la **figura 12**, que la puntuación media de las entrevistas fue próxima a 10 puntos.

Figura 12: Porcentaje de entrevistas en relación con la puntuación total obtenida con la escala CICAAD.



DE: Desviación Estándar. **IC_{95%}:** Intervalo de confianza para el 95%.

V.1.6.b. Valoración de las entrevistas con la escala CICAA-D determinando la puntuación obtenida en cada uno de sus ítems.

Tabla 15: Resultados descriptivos de las puntuaciones obtenidas en la escala CICAA-D al analizar los ítems del 1 al 17.

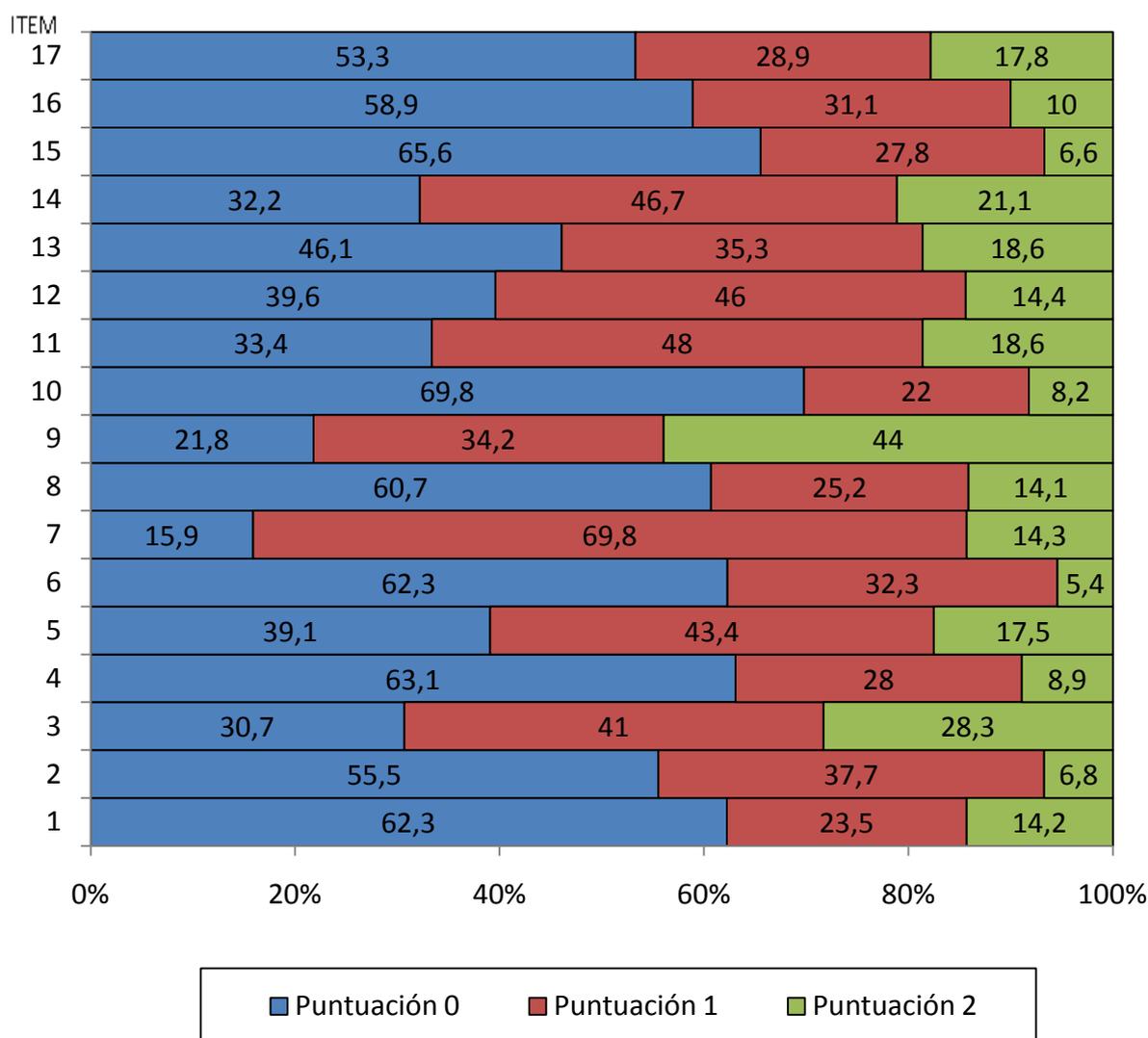
Ítems de la escala CICAA-D	0	1	2
Primer componente.-IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	%	%	%
1.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o sentimientos que el síntoma o proceso o propuesta de tratamiento ha provocado al paciente?	62,3	23,5	14,2
2.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	55,5	37,7	6,8
Segundo componente.- ALCANZAR ACUERDOS Y AYUDAR A ACTUAR			
3.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	30,7	41	28,3
4.- ¿En qué medida el profesional define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?	63,1	28	8,9
5.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar su propuesta de tratamiento?	39,1	43,4	17,5
6.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	62,3	32,3	5,4
7.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	15,9	69,8	14,3
8.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	60,7	25,2	14,1
9.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	21,8	34,2	44
10.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?	69,8	22	8,2
11.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	33,4	48	18,6
12.- ¿En qué medida el profesional permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?	39,6	46	14,4
13.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	46,1	35,3	18,6
Tercer componente- DECISIÓN CON OPCIONES			
14.- ¿En qué medida el profesional expone o favorece la exposición de posibles opciones para el diagnóstico/tratamiento?	32,2	46,7	21,1
15.- ¿En qué medida el profesional informa sobre las diferentes opciones?	65,6	27,8	6,6
16.- ¿En qué medida el profesional permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?	58,9	31,1	10
17.- ¿En qué medida el profesional explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?	53,3	28,9	17,8

(0): Ausente; (1): Posible aparición; (2): Aparece definitivamente

Se observa que los ítems que tuvieron porcentajes más altos de puntuación 0 en la escala CICAA-D, son el 1, 4, 6, 8 y 10. El valor máximo se alcanza en el ítem número 10 (69,8%), el cual analiza en qué medida el profesional busca el acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente.

En cuanto a las 90 entrevistas en las que se puntuaron los ítems del 14 al 17, hay que resaltar el bajo porcentaje de entrevistas que fueron puntuadas con valor 2 en el ítem 15 (6,7%), que preguntaba en qué medida el profesional informa sobre las diferentes opciones.

Figura 13: Puntuación escala CICAA-D según ítems.



V.2. Resultados del análisis bivariado.

V.2.1. Relación entre la puntuación del ítem 8 y distintos resultados de la consulta valorados por observador externo (puntuación media del CICAA-D, tiempo de consulta, códigos CIAP y herramientas comunicacionales).

Tabla 16: Puntuación obtenida tras el análisis de las grabaciones con la escala CICAA-D según el valor del ítem 8.

Ítem 8	n	Media	Límites	DE	IC _{95%}
0	117	6,3	1-16	3,02	5,83-6,93
1	161	9,8	3-24	3,78	9,28-10,45
2	90	14,8	4-28	6,76	13,38-16,21
Total	368	9,9	1-28	5,48	9,40-10,52

n: Tamaño muestral. DE: Desviación Estándar. IC_{95%}: Intervalo de confianza para el 95%.
F=88,55 ; p<0,001

Los datos muestran como a medida que aumenta la puntuación del ítem 8, la puntuación media obtenida en la escala CICAA-D también se incrementa.

Tabla 17: Puntuación media de tiempo de duración de las entrevistas según grado de participación valorado por observador externo.

Ítem 8	n	Media (segundos)	Límites	DE	IC _{95%}
0	387	450,1	52-1640	243,41	425,81-474,47
1	161	551,7	126-1200	233,27	515,41-588,02
2	90	614,6	148-1884	300,94	551,61-677,68
Total	638	498,98	52-1884	257,42	478,96-518,99

n: Tamaño muestral. DE: Desviación Estándar. IC_{95%}: Intervalo de confianza para el 95%.
F= 20,62 p<0,001

En los resultados obtenidos puede observarse, como a medida que se producía una mayor participación en el encuentro clínico también lo hacía el tiempo empleado.

En la siguiente tabla, se muestran los datos que relacionan el grado de implicación con la codificación CIAP.

Tabla 18: Porcentaje de entrevistas según códigos CIAP-2 e ítem 8.

		ITEM 8			
		n (%)			
		0	1	2	TOTAL
Códigos CIAP	A: Problemas Inespecíficos	23 (60,5)	12 (31,6)	2 (5,3)	38 (100)
	B: Sangre, Inmunitario	10 (58,8)	6 (35,3)	1 (5,9)	17 (100)
	D: Digestivo	36 (80)	7 (15,6)	2 (4,4)	45 (100)
	F: Ojo y Anejos	9 (60)	2 (13,3)	4 (26,7)	15 (100)
	H: Aparato Auditivo	15 (88,2)	2 (11,8)	0 (0)	17 (100)
	K: Circulatorio	96 (54,9)	43 (24,6)	36 (20,6)	175 (100)
	L: Locomotor	14 (58,3)	6 (25)	4 (16,7)	24 (100)
	N: Sistema Nervioso	5 (12,5)	24 (60)	11 (27,5)	40 (100)
	P: Problemas Psicológicos	96 (77,4)	21 (16,9)	7 (5,6)	124 (100)
	R: Respiratorio	33 (68,8)	8 (16,7)	7 (14,6)	48 (100)
	S: Piel , Faneras	14 (40)	13 (37,1)	8 (22,9)	35 (100)
	T: Endocrino	18 (69,2)	6 (23,1)	2 (7,7)	26 (100)
	U: Urinario	3 (60)	1 (20)	1 (20)	5 (100)
	W: Planificación Familiar, Embarazo	10 (58,8)	5 (29,4)	2 (11,8)	17 (100)
	X: Genital Femenino, Mamas	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0)	7 (100)
	Z: Problemas Sociales	3 (42,9)	1 (14,3)	3 (42,9)	7 (100)
	TOTAL	388 (60,6)	161 (25,2)	90 (14,1)	640 (100)

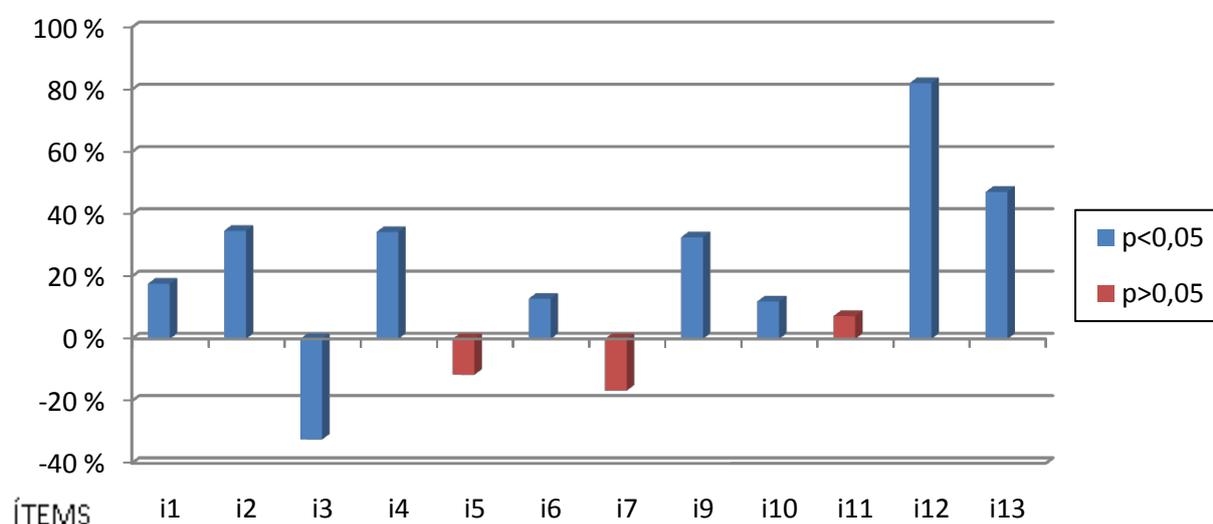
Ji-cuadrado de Pearson= 115,98 p<0,001

Según se aprecia en la tabla, algunos problemas de salud codificados con el código CIAP-2 (aparato auditivo (H), aparato digestivo (D), problemas psicológicos (P), aparato endocrino,

metabólico y nutrición (T) y aparato respiratorio (R)), aparecen con más frecuencia en las entrevistas en las que no se detectó participación.

A continuación mostramos el incremento en la aplicación de determinadas conductas comunicacionales entre las entrevistas que fueron categorizadas como no participativas (ítem 8=0) y en la que se produjo una mayor implicación del paciente (ítem 8=2).

Figura 14: Diferencias en el uso de herramientas entre las entrevistas no participativas y las compartidas.



Ítem 1 Explorar emociones

Ítem 2 Explorar expectativas

Ítem 3 Explicar síntomas

Ítem 4 Definir el problema

Ítem 6 Información adaptada

Ítem 9 Permitir preguntar dudas

Ítem 10 Considerar puntos de vista del paciente

Ítem 12 Permitir que se tome una decisión o se aplaze

Ítem 13 Conseguir compromisos explícitos respecto al plan a seguir

Ítem 5 Explicar propuesta tratamiento/ evolución

Ítem 7 Información clara

Ítem 11 Comprobar información

Tabla 19: Valoración de la puntuación obtenida en los ítems de la escala CICAA-D en aquellas entrevistas que puntuaron el ítem 8 cómo 0 y 2, y su incremento.

Ítems de la escala CICAA-D	0	2	Incr.	P
Primer componente.-IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	%	%	%	
1.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o sentimientos que el síntoma o proceso o propuesta de tratamiento ha provocado al paciente?	7,6	25,3	17,7	<0,01
2.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	12,1	36,8	34,7	<0,01
Segundo componente.- ALCANZAR ACUERDOS Y AYUDAR A ACTUAR				
3.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	65	32,6	-32,3	<0,01
4.- ¿En qué medida el profesional define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?	0	34,3	34,3	<0,01
5.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar su propuesta de tratamiento?	38,5	27	-11,5	0,2125
6.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	4,3	17,3	12,9	0,0140
7.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?	56,6	40	-16,6	0,1799
9.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?	48,8	81,4	32,6	<0,01
10.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?	0	12	12	<0,01
11.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	34,6	42	7,3	0,4430
12.- ¿En qué medida el profesional permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?	0	82,1	82,1	<0,01
13.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?	4,7	51,9	47,2	<0,01

(0): Ausente; (1): Posible aparición; (2): Aparece definitivamente

Se observa que en el ítem 3, en vez de producirse incremento en su puntuación, al pasar de entrevistas valoradas con ítem 8 igual a 0 a aquellas con ítem 8 igual a 2, se produce un descenso. Los únicos ítems no estadísticamente significativos fueron el 5, 7 y 11.

V.2.2. Valoración del ítem 8 según resultados de la encuesta post-consulta del médico.

A continuación pasamos a detallar en las **tablas 20-22**, los datos resultantes de la encuesta realizada al médico después de la consulta, los cuales se relacionan con el grado de implicación observado.

Tabla 20: Puntuación media de los ítems de la encuesta del médico después de haber realizado la consulta según el valor del ítem 8 (n=630).

		Puntuación ítem 8			
		O Media ± DE (límites)	1+2 Media ± DE (límites)	F	P
Encuesta post-consulta médicos	Naturaleza	7,79 ± 1,80 (2-10)	7,74 ± 1,80 (1-10)	1,10	0,331
	Evolución	7,06 ± 1,83 (1-10)	6,75 ± 1,90 (1-10)	2,23	0,042
	Riesgo	4,17 ± 2,56 (0-10)	4,31 ± 2,59 (0-10)	0,24	0,780
	Prueba Diagnóstica Clasifica problema	7,71 ± 1,75 (1-10)	6,53 ± 2,66 (0-10)	7,11	0,001
	Tratamiento Efectivo	7,34 ± 1,57 (2-10)	7,13 ± 1,65 (1-10)	1,66	0,190
	Tratamiento Riesgos	3,18 ± 2,01 (0-9)	3,41 ± 2,05 (0-9)	1,68	0,187
	Relación Médico-Paciente	7,64 ± 1,38 (2-10)	7,53 ± 1,36 (4-10)	0,49	0,613
	Confianza Médico-Paciente	7,56 ± 1,38 (2-10)	7,41 ± 1,41 (2-10)	1,14	0,318

DE: Desviación Estándar. F: F de Snedecor. P: valor de p

En estos resultados puede observarse que tanto la confianza en la evolución del proceso como en que la prueba diagnóstica ayude a clasificar el problema se relaciona con menos participación del paciente en la consulta.

Seguidamente se valoró la posibilidad de otras opciones en la encuesta realizada después de la consulta del médico según valor de ítem 8.

Tabla 21: Posibilidad de otras opciones en la encuesta realizada después de la consulta del médico según valor del ítem 8.

			Existencia de otras opciones					Total
			No contesta	Lo Desconozco	No, poco	Si, algunas mas	Si, varias	
Valor de ítem 8	0	n (%)	61 (14,8)	11 (2,7)	88 (21,3)	191 (46,2)	62 (15)	413 (100)
	1		20 (12,4)	2 (1,2)	32 (19,9)	77 (47,8)	30 (18,6)	161 (100)
	2		13 (14,4)	2 (2,2)	12 (13,3)	49 (54,4)	14 (15,6)	90 (100)
	Total		94 (14,2)	15 (2,3)	132 (19,9)	317 (47,7)	106 (16)	664 (100)

Ji-cuadrado de Pearson=5,86 p=0,663

Tabla 22: Grado de conocimiento del paciente en la encuesta realizada al médico después de la consulta según valor del ítem 8.

			Conocimiento del paciente					Total
			No contesta	Algo	Nada, es nuevo	Poco	Si bastante	
Valor de ítem 8	0	n (%)	30 (7,3)	80 (19,4)	16 (3,9)	38 (9,2)	249 (60,3)	413 (100)
	1		10 (6,2)	34 (21,1)	8 (5,0)	10 (6,2)	99 (61,5)	161 (100)
	2		5 (5,6)	21 (23,3)	3 (3,3)	8 (8,9)	53 (58,9)	90 (100)
	Total		45 (6,8)	135 (20,3)	27 (4,1)	56 (8,4)	401 (60,4)	664 (100)

Ji-cuadrado de Pearson =2,85 p=0,943

V.2.3. Relación entre el valor del ítem 8 y la encuesta post-consulta del paciente.

En las siguientes **tablas 23-24**, se muestran los resultados de la encuesta post-consulta del paciente en relación con el grado de implicación observado.

Tabla 23: Relación entre el valor del ítem 8 y la valoración del paciente de la persona que debe tomar decisiones en las consultas en la encuesta realizada después de la consulta.

		Persona que debe tomar las decisiones				
		El médico	El médico y el paciente	El paciente	Total	
Valor de ítem 8	0	n (%)	173 (43)	224 (55,7)	5 (1,2)	402 (100)
	1		55 (35,3)	99 (63,5)	2 (1,3)	156 (100)
	2		38 (43,2)	47 (53,4)	3 (3,4)	88 (100)
	Total		266 (41,2)	370 (57,3)	10 (1,5)	646 (100)

Ji-cuadrado de Pearson= 5,47 p=0,242

Tabla 24: Relación entre el valor del ítem 8 y la valoración del paciente de su deseo en participar en la consulta.

		Deseo del paciente en participar en la consulta				
		No	Si	Si, le he pedido opinión	Total	
Valor de ítem 8	0	n (%)	117 (29,2)	235 (58,6)	49 (12,2)	401 (100)
	1		35 (22,4)	96 (61,5)	25 (16,0)	156 (100)
	2		15 (17)	59 (67)	14 (15,9)	88 (100)
	Total		167 (25,9)	390 (60,5)	88 (13,6)	645 (100)

Ji-cuadrado de tendencia lineal =6,398 p=0,011

En la **tabla 24** se aprecia cómo, el deseo de participar del paciente aumenta a medida que el médico ofrece más participación y que muchos pacientes perciben participación a pesar de que objetivamente esto no se observa.

V.2.4. Preferencia del paciente sobre la toma de decisiones según si le gustaría que el médico le pidiera participar.

Más del 50% (167 de 266) de los pacientes les hubiera gustado dar su opinión en la consulta que acababan de realizar, aunque pensarán que el que debía tomar las decisiones debía de ser el médico.

Tabla 25: Preferencia del paciente sobre la toma de decisiones según su deseo de participación.

		Deseo del paciente en participar en la consulta			
		No	Si	Si, le ha pedido opinión	Total
Persona que debe tomar las decisiones	El médico	99 (37,2)	130 (48,9)	37 (13,9)	266 (100)
	El médico y el paciente	68 (18,4)	251 (68)	50 (13,6)	369 (100)
	El paciente	0 (0)	9 (90)	1 (10)	10 (100)
	Total	167 (25,9)	390 (60,5)	88 (13,6)	645 (100)

Ji-cuadrado de Pearson = 34,66 p<0,001

V.2.5. Puntuación media escala CICAA-D según la encuesta post-consulta al paciente.

Tabla 26: Puntuación media escala CICAA-D según la opinión del paciente de quién debe tomar las decisiones

Quién debe tomar las decisiones	n	Media	Límites	DE	IC_{95%}
Médico	147	9,5	1-27	5,11	8,67-10,33
Médico y paciente	206	10,2	1-28	5,61	9,43-10,98
Paciente	6	17,3	11-26	6,34	10,67-23,99
Total	359	10,0	1-28	5,50	9,46-10,61

n: Tamaño muestral. **DE:** Desviación Estándar. **IC_{95%}:** Intervalo de confianza para el 95%
 $F=6,23$; $p=0,002$

Se produce un incremento de la puntuación media de la escala CICAA-D de 7.8 puntos en los pacientes que prefieren que las decisiones las tome su médico respecto a aquellos que prefieren hacerlo ellos mismos. Se aprecia que a medida que aumenta el deseo de implicación del paciente en tomar las decisiones, aumenta a su vez la puntuación media obtenida por su médico en la escala CICAA-D, siendo este dato estadísticamente significativo.

Tabla 27: Puntuación media escala CICAA-D según opinión del paciente sobre su deseo de participación.

Deseo de participar	n	Media	Límites	DE	IC 95%
NO	81	9,0	1-28	5,14	7,94-10,22
SI	230	10,2	1-28	5,45	9,53-10,95
Sí, le ha pedido opinión	47	10,8	4-27	6,20	8,98-12,63
Total	358	10,0	1-28	5,50	9,48-10,62

n: Tamaño muestral. DE: Desviación Estándar. IC_{95%}: Intervalo de confianza para el 95%
 F= 1,83 p=0,161

VI. DISCUSIÓN

En su conjunto, los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran que los médicos de Atención Primaria utilizan en su mayoría un modelo de relación directivo y una baja participación de los pacientes en la toma de decisiones, fundamentalmente, en las siguientes situaciones:

- En aquellas consultas en las que se deliberaba sobre una única opción diagnóstico-terapéutica y, especialmente, cuando había un mayor número de opciones diagnóstico-terapéuticas, a pesar de que gran parte de los médicos afirmaban que en su práctica diaria era posible abordar un mismo proceso con distintos planes de acción.
- Cuando los médicos tenían una mayor confianza en la evolución del problema y en la utilidad de la prueba diagnóstica.

Por el contrario, los médicos que consiguen los mejores resultados de participación de los pacientes son aquellos con mayor competencia comunicacional y emplean más tiempo en las consultas.

Otro aspecto destacable del estudio, es que los pacientes manifestaron haber tenido mayor participación de la que en realidad los médicos proporcionaban, según se deduce de la observación externa de las consultas.

Este trabajo utiliza técnicas de videograbación para conocer aspectos concretos de la comunicación clínica sobre la implicación del paciente en la Toma de Decisiones en las consultas de Atención Primaria. Sus principales fortalezas descansan, tanto en el uso de esta estrategia metodológica, como en el elevado número de sujetos incluidos en el mismo (MF participantes), por lo que creemos que sus resultados contribuyen significativamente al conocimiento del tema en nuestro contexto asistencial^{55,56,169,171,172}. En este sentido su validez externa es significativa ya que, el tamaño de la muestra es elevado y se trata de un estudio multicéntrico, que ha tenido en cuenta el ámbito de trabajo y ha guardado la proporcionalidad de sexos de los médicos y de los centros urbanos y rurales. Por lo tanto, sus resultados son aplicables a la población de la cual se ha obtenido la muestra. En cuanto a la validez interna los resultados del estudio son aplicables a la muestra, ya que la selección de las unidades de la población de estudio se realizó por técnicas de aleatorización.

Pasamos a comentar a continuación las principales limitaciones de nuestro estudio y a discutir posteriormente los resultados en función de los objetivos planteados.

VI.1. Limitaciones del estudio.

El estudio de la comunicación clínica conlleva de forma implícita ciertas limitaciones. Aunque no pensamos que influyan sustancialmente en los resultados, la interpretación de estos, puede matizarse a la luz de una serie de limitaciones derivadas principalmente de aspectos metodológicos que conviene, sin embargo, apuntar.

- **Captación de médicos y pacientes.**

Los profesionales participantes en este estudio, tienen cierta resistencia a ser grabados en su práctica clínica habitual, por los mismos motivos que los encontrados en otros estudios de características similares¹⁷³. En general, y en éste en concreto, la causa fundamental argumentada para negarse a participar fue la presión asistencial, por lo que se quedarían sin estudiar las características comunicacionales de parte del universo del estudio. Por otro lado, la participación en este tipo de estudios puede estar influida por la motivación que se tenga hacia la investigación y la comunicación clínica¹⁷⁴, por lo que puede existir un sesgo del voluntario.

Debido a ciertos problemas logísticos ocurridos en dos de las localizaciones donde tuvo lugar el reclutamiento, el muestreo realizado fue de conveniencia, lo que restaría validez a los datos obtenidos en esos lugares.

A pesar de respetar la organización particular de las agendas de cada médico a estudio, el retraso acumulado al realizar el médico la encuesta postgrabación, redujo el número de pacientes que aceptaron participar, incluso de algunos pacientes que inicialmente habían dado su consentimiento, lo que supuso una pérdida de información.

- **Efecto Hawthorne o sesgo de atención.**

Los participantes que son evaluados mediante videograbaciones, y se sienten observados, pueden alterar sus conductas en el sentido de hacerlas más acordes con las conductas teóricamente “deseadas” (efecto Hawthorne). En general, la experiencia acumulada sobre el tema por Coleman¹⁷⁴, así como en otras investigaciones¹⁷⁵, confirman que en la práctica es muy difícil modificar el estilo propio de entrevista. Además, en nuestro estudio, al existir un

número suficiente de entrevistas de cada médico, en las que tanto médicos como pacientes fueron provistos de información general sobre el estudio, hace más improbable que pudieran modificar su conducta comunicacional.

- **Características de la consulta.**

Somos conscientes de que es menos probable que ciertos tipos de consultas sean grabadas, tales como: consultas problemáticas, situaciones de urgencia, malas noticias, o cualquier otra donde la comunicación sea compleja. Por todo ello, tal vez los resultados obtenidos sólo puedan ser aplicables a consultas “normales” o “habituales” y no a aquellas más complejas.

- **El proceso de la evaluación de la comunicación.**

En este estudio, se han analizado únicamente las conductas de los profesionales en los encuentros clínicos, por lo tanto, desconocemos qué conductas del paciente en ese encuentro pueden condicionar al médico para implicar a éste en la Toma de Decisiones (TD).

La escala CICCA-D no recoge información de entrevistas previas y, por otra parte, solamente recoge habilidades comunicacionales de un único encuentro clínico. El estudio realizado no es longitudinal, por lo que alguna de las conversaciones que pueden generar implicación en las decisiones, pudieran ser incompletas porque el médico y el paciente ya se conocen previamente. El médico probablemente conoce sus valores, la información que el paciente necesita y el estilo de toma de decisiones. Sin embargo, cuando un paciente consulta a su médico de atención primaria por un problema de salud, genera la aparición de un problema en el que es preciso tomar decisiones.

Los profesionales sanitarios que participaron en el estudio fueron exclusivamente médicos de Atención Primaria en ejercicio que cumplían unos criterios de inclusión específicos, por lo que no podemos extrapolar los resultados obtenidos a otro tipo de profesionales como enfermeras, médicos internos residentes y médicos especialistas hospitalarios.

VI.2. Discusión de los resultados.

Grado de implicación de los pacientes en la Toma de Decisiones.

En este estudio llama la atención cómo en más de la mitad de las entrevistas valoradas con la escala CICA-D (60,6%), no se detectó una implicación del paciente por parte del profesional

en la TD. Las entrevistas en las que se detectó un mayor grado de implicación (14%), fueron menos frecuentes que las que tuvieron una implicación menor (25,1%).

El grado de participación del paciente en la toma de decisiones encontrado, es discretamente mayor que en los escasos trabajos existentes en nuestro país^{55,56}, probablemente porque en estos no se han diferenciado distintos niveles de implicación. Debido a las características particulares de dichos estudios, -no disponer de un instrumento de medida que gradúe la incorporación de distintos aspectos comunicacionales, no presentar un modelo conceptual de lo que es la participación del paciente, escaso número de médicos participantes, llevarse a cabo en una única provincia, selección de consultas con problemas agudos y valoración de las entrevistas por varios observadores-, se hace difícil establecer un análisis comparativo con nuestros resultados.

En cuanto a la comparación de nuestros resultados, realizados con la escala CICAA-D, con estudios elaborados con la escala OPTION (Observing Patient Involvement)^{69,158,159,176-180}, que es uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para determinar el grado de participación del paciente mediante observación externa, muestra como en ambos se detecta una baja implicación del paciente en Atención Primaria¹⁷⁷⁻¹⁸⁰. Debido a que ésta escala es más exigente respecto al concepto de participación que el que nosotros hemos planteado, debemos ser cautos en las comparaciones.

Conductas Comunicativas e Implicación en la Toma de Decisiones.

En nuestro estudio, hemos encontrado relación entre la presencia de ciertas habilidades comunicacionales presentadas por el profesional, que posteriormente describiremos, y la implicación detectada por el observador externo utilizando la escala CICAA-D. Creemos importante señalar que, a medida que la puntuación de la escala CICAA-D se incrementaba, también lo hacía el grado de implicación observado en las consultas de forma estadísticamente significativa. Esto significa por un lado, que los médicos que implican a sus pacientes muestran mayor manejo de herramientas de **comunicación** que aquellos que no lo hacen. Por otro, ratifica la validez de la escala, ya que mayores puntuaciones de ésta van acompañadas a su vez por un aumento de implicación.

Es importante destacar la baja puntuación global obtenida, de las entrevistas valoradas con el CICAA-D. También se han observado bajas puntuaciones en otros estudios que utilizan herramientas de medida basadas en la valoración de un menú de opciones equilibradas, incluso con médicos motivados y competentes comunicativamente^{69,114,180}. Si esto sucede con personal experto, cabría esperar resultados peores con médicos con escasa formación en comunicación clínica. Sin embargo, es posible que no sea tan importante que la puntuación total obtenida en las escalas de medida sea elevada, como la variabilidad conseguida por el médico para un mismo paciente en sucesivos encuentros. Al considerar que el paciente puede variar su grado de implicación en distintas consultas¹⁶, los médicos que adaptan su estilo de consulta, y por tanto presentan más variabilidad en la puntuación en las escalas de medida de Toma de Decisiones Compartidas (TDC), pudieran adecuarse de forma más precisa a las necesidades del paciente que aquellos que siempre obtienen puntuaciones elevadas.

Aunque en este trabajo no se han estudiado tales hallazgos, si que hemos encontrado ciertas asociaciones entre las habilidades desplegadas por el médico y la implicación detectada, que describimos a continuación.

Al estudiar las diferencias en la aparición de determinadas conductas comunicativas entre las entrevistas no participativas y las compartidas, se observa que, el explorar emociones, expectativas, definir el problema a tratar, dar una información adaptada, permitir preguntar dudas, considerar puntos de vista del paciente, permitir que se tome una decisión o se aplace y conseguir compromisos explícitos respecto al plan a seguir, permite al médico crear un ambiente adecuado que facilita la participación del paciente. La mayoría de estas conductas han sido consideradas como importantes en el proceso de TDC según otros modelos teóricos predominantes^{14,61-69}. Su puesta en práctica puede representar una forma de mostrar interés por las opiniones de los pacientes, que cuando el contexto y el problema lo requieren, puede significar el inicio de un proceso de intercambio de información y discusión.

Los datos aportados nos hablan de lo relevante que es permitir al paciente poder aclarar sus dudas en las consultas (**ítem 9**). Pensamos que esto se debe a que los médicos cuando proporcionan información no siempre lo hacen de la manera más adecuada para que los pacientes lo comprendan⁵⁵. Por tanto, es clave para el paciente poder entender los conceptos para poder deliberar posteriormente sobre ellos. Sin embargo, hemos visto que una explicación

demasiado detallada de los síntomas (**ítem 3**) dificultaba la toma de decisiones, lo cual sugiere la importancia de la “calidad” sobre la “cantidad” de información ofertada al paciente, entendiendo como tal, que se adapte a sus necesidades para facilitar el proceso posterior de toma de decisiones.

Llama la atención en nuestro estudio que, en más de la mitad de las entrevistas (55,5%), las decisiones se hayan tomado asumiendo qué es lo mejor para un paciente concreto, sin que se hayan determinado de forma explícita sus expectativas (**ítem 2**). Algunas de las posibles explicaciones a estos hallazgos son:

- a) Los MF conocían previamente estas expectativas, gracias al amplio conocimiento que aseguraban tener los profesionales entrevistados de sus pacientes. La relación médico-paciente se habrá forjado en anteriores encuentros, alcanzando en estos un entendimiento de las perspectivas y valores y desarrollando un respeto y confianza mutuos⁷⁰.
- b) Los MF participantes consideran que la aceptación de las preferencias de sus pacientes pudiera acarrear un aumento del gasto sanitario. Estudios como los de Kennedy et al¹⁸¹ y Mac Farlane et al¹⁸², muestran que no siempre es así.
- c) Los médicos no valoran suficientemente el deseo de los pacientes de discutir las opciones de tratamiento¹⁰. De hecho en nuestro estudio encontramos un amplio número de pacientes que hubieran deseado participar y finalmente no lo hicieron, quizás porque los médicos, al considerar que las propuestas de los pacientes pudieran ser irracionales, no inciten a la participación del paciente.

Sin embargo, por la metodología empleada en nuestro estudio, no disponemos de los datos necesarios para determinar la validez de estas aseveraciones.

Es importante que los médicos obtengan adecuadamente información sobre las preferencias de los pacientes^{11,183,184} ya que éstas a veces no coinciden con las de sus profesionales¹¹⁷. Respecto a esta cuestión, Steel¹⁸⁵ realizó un estudio con cuatro grupos de población, (Especialistas Hospitalarios, Médicos de Atención Primaria, Enfermeras de Atención Primaria y miembros de la población general), con el objetivo de determinar el umbral a partir del cual consideraban adecuado tratar la hipertensión. En los resultados obtuvieron que, las preferencias

de los miembros de la población general, eran muy diferentes a la de los especialistas, incluso eran distintas entre profesionales sanitarios.

Un dato relevante encontrado en nuestro estudio es que, en más de la mitad de las consultas, el médico no había explorado las emociones y sentimientos que el síntoma había provocado en el paciente (**ítem 1**), dejando incompleta la valoración de parte de la triada bio-psico-social. Esto resulta importante, sobre todo, si consideramos que conocer los sentimientos del enfermo contribuye a su diagnóstico y tratamiento: la emoción y la intuición se nos presentan como una herramienta más, para gestionar el uso de la incertidumbre^{186,187}. Como apuntan Bridson et al¹⁸⁸, debido a que los conceptos de riesgo y beneficio cambian según los valores del paciente, la información aportada debiera estar basada en estos. Sobre todo si tenemos en cuenta que existen amplias variaciones en la práctica médica⁶³ y que la medicina emplea tratamientos que, en ocasiones, no han sido estudiados en ensayos clínicos aleatorizados¹⁸⁹, no existiendo siempre “el mejor” tratamiento para cada patología.

Variables que influyen en el proceso de Implicación.

- **El tipo de problema de salud presentado:**

En nuestro estudio se ha utilizado para codificar las patologías de los pacientes, la Clasificación Internacional de la **WONCA**¹⁹⁰ para Atención Primaria. Ésta no discrimina ni la severidad ni la cronicidad de los síntomas imprecisos que frecuentemente se atienden en las consultas, por lo que no podemos determinar que grado de asociación tienen estas variables con la IPTD.

Por otro lado, si tenemos en cuenta los distintos motivos de consulta que habitualmente se deben solucionar en una misma visita, puede no ser muy realista informar y debatir sobre cada una de las opciones, para posteriormente tomar una decisión de forma conjunta, en ciertas patologías en las que las guías clínicas describen para un mismo tipo de paciente múltiples propuestas terapéuticas con igual eficacia.

Si atendemos a la valoración que hacen los médicos en nuestro estudio, de las características del problema a tratar, no han considerado que en sus consultas se hayan presentado patologías de alto riesgo y certidumbre. Algunos autores consideran que en esas situaciones no es adecuado una TDC^{150,151}.

En cuanto a la naturaleza del problema a tratar, en este estudio se observa que los pacientes que acudieron a las consultas por problemas psicológicos, sus médicos no promovieron su participación, aunque es conocido que la utilización IPTD es más adecuada en patologías de esta índole⁴. Por otro lado, en las consultas dónde se trataron patologías relacionadas con el aparato digestivo, respiratorio, endocrino y de la esfera otorrinolaringológica, sus médicos implicaron a sus pacientes en menor medida que en patologías relacionadas con otros órganos. Aunque, es posible que el bajo nivel de implicación detectado sea debido mas a la severidad y cronicidad del problema que a su naturaleza^{12,73,134}.

En nuestro estudio el grado de participación observado en las consultas con la escala CICAAD está relacionado positivamente con un aumento en la duración de las mismas. Elwyn et al⁶⁹ han encontrado también ésta asociación con la escala OPTION. En estudios cualitativos se ha argumentado que las limitaciones de tiempo es un factor que conduce a los profesionales a no involucrar a los pacientes en las decisiones^{67,112,114}. Es posible que, por este motivo, los profesionales prioricen un tipo de participación menos explícita, especialmente en problemas de salud más banales en los que el riesgo es bajo, a pesar de la existencia de distintas opciones. Sin embargo, otros autores han sugerido que un estilo mas participativo no siempre requiere más tiempo^{6,176}.

Para finalizar este punto consideramos apropiado hacer referencia a Pinto et al¹³⁶, el cual considera que “de la misma forma que el tiempo dedicado a realizar pruebas clínicas se considera como parte de un proceso inevitable, el tiempo dedicado a la obtención de preferencias de los pacientes también debiera serlo”.

- **Las características del profesional:**

En nuestro estudio encontramos que a pesar que la mitad de los médicos opinaron que existían distintas opciones de manejo del problema, únicamente en un 14% de las situaciones ésta discusión incluyó diferentes opciones. El hecho de que existan diferentes opciones clínicas y/o terapéuticas ante un mismo problema de salud, puede dar lugar a una deliberación sobre éstas, sin embargo, cabe plantearse la cuestión de si, en los 427 encuentros en los que el médico mencionó que existían otras opciones, la baja participación de los pacientes que demuestra nuestro trabajo se explica por algunos factores que la literatura considera como limitantes para la participación: naturaleza, severidad y cronicidad del problema¹².

Explorando específicamente el papel de la percepción del médico después de la consulta, observamos que los médicos que estaban más seguros que la prueba diagnóstica les iba a ayudar a clasificar el problema y de la evolución del proceso, hicieron menos partícipes a los pacientes en sus consultas. Sin embargo, la percepción del profesional sobre el riesgo del problema o del tratamiento para el paciente, ni la certidumbre diagnóstica inicial pareció influir en la participación detectada. Según el modelo de toma de decisiones propuesto por Whitney^{150,151}, que se basa en el riesgo y la certidumbre que se tiene sobre los problemas presentados, se destacan en nuestro estudio, dos grupos de situaciones: aquellas que fueron catalogadas por los médicos de riesgo y certidumbre moderados y las de bajo riesgo y alta certidumbre. Es razonable pensar que, en ambas situaciones, facilitar al paciente al menos el poder expresar sus opiniones sobre su propuesta de acción (cómo se define en el nivel 1 del ítem 8), hubiera sido procedente, especialmente teniendo en cuenta que esto era mayoritariamente deseado por los pacientes. La baja participación de los pacientes en la toma de decisiones ha sido argumentada por distintas razones. Unas se basan en que los médicos “sienten” si un paciente está interesado en participar, es decir, que a partir de pistas verbales y no verbales valorarían el grado de participación deseado por el paciente, ya que preguntar de forma directa sobre la implicación deseada pudiera ser considerado como algo contraproducente. Otras en la llamada “rutina defensiva”, que haría que los médicos evitaran ser explícitos en la negociación, manejando el entorno de forma unilateral.

En lo que respecta a las ideas que el propio médico tenía sobre el conocimiento o relación con su paciente, y que ellos catalogaron como buena o bastante buena, no parece que le influyesen en promover o no la participación. No obstante, nuestras pretensiones en este tema eran solo explorar posibles relaciones entre determinadas ideas del médico y su conducta en el proceso de TD, por lo que para obtener conclusiones más robustas deberían plantearse investigaciones que aborden estos aspectos de manera más precisa.

Otra de las características del MF observada en la literatura, que hace que éste no implique a sus pacientes, es el bajo interés que despierta este tema entre los profesionales sanitarios^{53,172} aunque ignoramos si la baja implicación detectada en nuestro trabajo se produjo por este motivo.

Percepción del paciente de la consulta.

En este estudio prácticamente la totalidad de los pacientes encuestados (94,4%), estuvieron satisfechos con la forma cómo se había decidido lo que se tenía que hacer para mejorar o solucionar el problema por el que habían acudido a la consulta. El alto nivel de satisfacción es bastante coincidente con lo señalado por otros estudios^{54,191}. Sin embargo, los resultados son algo generales ya que no precisan la percepción que tiene el paciente de los elementos que constituye la TDC^{61,62}: intercambio de información, deliberación sobre opciones y decisión. Además, es posible que en los resultados hayan podido influir muchos determinantes no precisados, debido a que la satisfacción es una variable multidimensional.

Los resultados revelan que más de la mitad de los pacientes considera que, la toma de decisiones en una consulta, la han de realizar conjuntamente el médico y el paciente. Pero, el hallazgo de más interés de este estudio en relación a las opiniones de los pacientes, es que un 62,8% de los pacientes manifestaron que habrían deseado haber participado en la consulta, aunque opinaran que la persona que toma las decisiones debía ser el médico. Resulta de interés observar que pacientes con una concepción teórica de tipo paternalista, después de la consulta, les hubiera gustado haber opinado sobre la decisión. No sabemos cual es el concepto que tenían nuestros pacientes sobre participar en la toma de decisiones, aunque éste puede ser diferente a participar en la discusión sobre opciones. También puede interpretarse como que, lo realmente valorable para los pacientes en un proceso de participación, sea el hecho de que el médico muestre interés por sus ideas y ellos puedan dar sus opiniones^{11,73,192,193} y, no tanto, que el médico les ofrezca y explique las opciones más relevantes o quién tome la decisión final¹⁸⁴, algo que para estos pacientes debe corresponder al médico.

Esta diferenciación entre desear mayor información, incluso discutir opciones de tratamiento, sin querer un mayor control en las decisiones, ha sido previamente identificada y descrita^{10,11,16,142,143}. En un reciente estudio en Estados Unidos, casi todos los encuestados (96%), prefirieron que se les ofreciera opciones y que se les preguntara su opinión. En contraste, la mitad de los participantes, prefirió dejar las decisiones finales a sus médicos y, un 44%, prefirió confiar en su médico para obtener información antes que buscarla por si mismos¹⁶. Otros estudios realizados en Atención Primaria, como el de Strull et al¹⁰ con población hipertensa o el de Ende et al.¹⁴², demostraron incluso menores niveles de interés por

la TDC. Aunque estudios como el de Gatellari et al.⁷, en pacientes con cáncer, sitúan la preferencia de los pacientes por la TDC en un 47%, estos consideraban que tenían un papel en la elección del tratamiento distinto al que ellos hubieran deseado.

Sin embargo, en nuestro trabajo los resultados no son totalmente coincidentes con los anteriormente comentados. Las explicaciones se hallan probablemente en multitud de factores que pueden determinar el grado de interés de un paciente en participar en la TD, que incluyen el deseo de recibir información y el de ser responsables de la decisión, las distintas características sociodemográficas de la población a estudio^{7,11,16}, la experiencia de la enfermedad y su gravedad^{137,140,144,145} y los diferentes abordajes metodológicos utilizados para medir las preferencias^{7,11,16,143}. Todos ellos hacen que tales comparaciones deban ser valoradas con precaución. Además, la mayoría de los estudios determinaban las preferencias de los pacientes en escenarios hipotéticos^{117,140,143}, no como en nuestro caso, después de una consulta concreta.

Es posible que los pacientes no manifestaran su insatisfacción porque no consideran, entre los aspectos más valorados de la relación médico-paciente, que el médico les haga partícipes de las decisiones^{54,194}, como refleja el estudio de Little et al.¹⁹⁵, con un total de 865 pacientes de Atención Primaria, dónde no encuentran, entre los problemas más importantes en la relación con su médico, que éste discuta y acuerde con ellos el tratamiento o que se interesase por los tratamientos que ellos desean. Otra posible razón es, según el estudio de Robinson y Thomson¹⁹⁶ realizado con grupos focales de pacientes con fibrilación auricular, que los pacientes opinan que los médicos de AP conocen las preferencias para tomar la decisión que es mejor para los pacientes. Sin embargo, en otros estudios, el cambio más deseado por los pacientes para mejorar su asistencia sanitaria, es una mayor información que les permita autonomía y favorezca la toma de decisiones compartida, por delante de cambios administrativos¹⁹⁷.

Otro hallazgo de interés fue que a medida que el profesional implicaba al paciente, se producía simultáneamente un mayor deseo de participación por parte de éste. Además, la puntuación global de la escala CICC-D aumentaba a medida que el paciente deseaba un modelo menos directivo. Estos resultados pueden reflejar que, el tipo de pacientes que así piensan, sean los más “activados”, incitando una mayor discusión en las consultas^{2,3}. De esto se puede deducir

que, ofertar a los pacientes la posibilidad de participar, pudiera ser una manera de “activarles” y hacerles partícipes de su salud. En este sentido, los pacientes tendrían tendencia a preferir aquellos estilos comunicacionales que les resultan conocidos^{140,194}. Así las preferencias de los pacientes que no hayan realizado nunca una implicación en las decisiones reflejan simplemente el deseo de mantener su status quo¹⁴⁴. Por otro lado, ciertos autores sugieren que, algunos pacientes, prefieren optar por un rol pasivo para evitar la responsabilidad en el caso que se produzca un resultado negativo¹⁹⁸.

Por último, otro dato a tener en cuenta en el estudio, es el hecho de que solo un 12% de los pacientes que dijeron haber participado se mostrasen incongruentes con lo observado objetivamente¹⁹⁹. Es posible que esta concordancia sea debida a la consonancia entre la conducta que registraba el ítem 8 y la valoración en la encuesta de un aspecto muy concreto de toma de decisiones.

Desarrollo de un Instrumento de Medida del fenómeno Participación.

La escala CICAA-D es una herramienta que tiene su fundamento en el modelo de relación clínica centrado en el paciente. Se estructura al igual que el modelo CICAA por tareas y presenta un número de ítems manejable, por lo que hace fácil su uso en la práctica diaria. Por otra parte, el manual de usuario describe con ejemplos distintas conductas comunicativas, sirviendo de base tanto para la investigación como la docencia.

La escala CICAA-D presenta, además de una validez aparente y de consenso, una buena consistencia interna y fiabilidad intra-observador, que permite su utilización para valorar la implicación que se produce entre los MF y sus pacientes. Al haber sido visualizadas y puntuadas las entrevistas por un único observador, hemos evitado la variabilidad que hubiera supuesto la medición por distintos individuos. Es destacable el valor Kappa (k) igual a 1, obtenido en el ítem 8 (ítem llave), al realizar la fiabilidad intra-observador. Como se aprecia en el esquema general del estudio (**figura 5**), probablemente este valor sea debido a que la totalidad de las entrevistas fueron valoradas con él, mientras que para el resto de los ítems no fue así. Esto se podría explicar, por un lado, por la claridad en la exposición del manual en la forma de puntuar (**figura 3**) y, por otro, a que la destreza en el uso de la herramienta aumenta a media que se va utilizando, incrementándose así la precisión.

Su estructuración como escala tipo Likert evaluativa (“rating”) en tres grados, aumentaría su poder discriminativo y, por tanto, su capacidad para darnos información frente a escalas que son tipo Checklist o Codificadoras, es decir, aquellas que sólo dicen si la conducta está o no presente. Una de las escalas de medida de mayor calidad en cuanto a sus propiedades psicométricas, que ha sido diseñada para valorar la implicación del paciente a través de la observación externa, es la escala OPTION. Dispone de 5 rangos, lo que la hace más discriminativa pero menos fiable y, dado el nivel de participación observado en la realidad, tal vez, tanto nivel de discriminación no aporta mucha información. Es decir, que el objetivo sería conseguir una escala equilibrada que discrimine lo suficiente y que sea fiable, lo que creemos consigue la escala CICAA-D.

Nuestra propuesta de diferenciar la participación de los pacientes en las consultas (ítem 8=1), de que se compartan con ellos las decisiones (ítem 8=2), se fundamenta en estudios cualitativos¹⁶⁹ con informadores clave, en los que se valoró ofertar un único plan de acción apropiado por el médico para discutir sobre él, implicando al paciente en el proceso. La idea de participación sin que se disponga de un menú de opciones, también ha sido considerada por los pacientes^{73,192}, que piensan que son implicados en las consultas cuando se sienten escuchados y comprendidos por el profesional^{11,73,192}. La escala OPTION únicamente determina cuando existe una exposición y discusión de 2 ó más opciones disponibles y “equilibradas” (*equipoise*)^{61,62,66}.

Debido a la importancia que atribuimos a crear un clima adecuado para que se produzca la participación y que, la mayoría de las consultas de Atención Primaria presentan más de un problema a resolver, hemos aplicado el ítem 8 (ítem llave) al problema principal por el que acude el paciente a la consulta, pero teniendo en cuenta el resto de los ítems en los distintos motivos de consulta. Sin embargo, pueden existir en Atención Primaria procesos que influyen en la implicación de los pacientes, que no son adecuadamente valorados con la escala CICAA-D por la complejidad y dificultad que supone captarlos. Ejemplo de ello son: valorar la percepción que ambos tienen de sus propios roles, de la relación que tienen y las contribuciones que realizan cada uno para que se produzca la toma de decisiones. Autores como Entwistle y Watt⁷¹, han propuesto un modelo conceptual para la TD, en el que remarcan aspectos subjetivos de los participantes del encuentro (valoración de sus roles y relación), así como sus contribuciones en el proceso de TD. Esto pudiera explicar cómo en este estudio,

algunos pacientes sentían que habían sido implicados en las consultas, mientras que este hecho no era constatado por el observador externo.

Por otro lado, al disponer de sólo un encuentro clínico por paciente, no podemos determinar si la exploración de los valores y expectativas, así como el abordaje participativo por parte del profesional, se hubiera producido en entrevistas previas. Esto es importante, si tenemos en cuenta que la TDC se considera adecuada en situaciones en las que la intervención contiene más de una sesión y en decisiones a largo plazo⁴.

Este trabajo pretendía conocer el grado de participación de los pacientes en las consultas de Atención Primaria. De sus resultados puede deducirse que se produce una baja participación del paciente, según el modelo de participación propuesto, basado en la escala CICAA-D. Esta baja participación se comprueba mediante la observación externa de las conductas y mediante la percepción de participación que tienen los pacientes después de la consulta.

Además, explora la frecuencia de aparición de determinadas conductas comunicativas que otros estudios habían considerado importante desplegar para implicar a los pacientes en la toma de decisiones. Pues bien, los MF mejoran en la implicación del paciente cuando despliegan ciertas habilidades comunicacionales, sobre todo, cuando permiten que se tome una decisión o se aplace, cuando consiguen compromisos explícitos respecto al plan a seguir, exploran las expectativas del paciente, definen el problema a tratar y permiten preguntar dudas.

Por otro lado, valora la relación entre la participación observada y ciertas variables. Aunque se ha observado relación con la duración de las consultas, la seguridad del médico en la evolución del problema y en la prueba diagnóstica y el tipo de patología presentado por el paciente, se debe ser cauto en su interpretación ya que pueden existir factores de confusión que hayan podido influir en dichas asociaciones y no hayan sido captados.

VI.3. Futuras líneas de investigación.

La implicación del paciente en las consultas está siendo promocionada por instituciones y otros estamentos sociales. Para poder implicar a los pacientes en nuestras consultas y así alcanzar los beneficios asociados que produce²⁻⁸ se requieren políticas sanitarias que implementen el

aprendizaje de herramientas en comunicación⁶⁵ ya que los MF no suelen estar entrenados en habilidades de manejo de toma de decisiones compartidas⁶⁷.

Por lo tanto, consideramos fundamental valorar en qué grado, el entrenamiento en técnicas de comunicación de los profesionales influye en la mejora de la participación de los pacientes y si a su vez produce cambios en su satisfacción.

Las ayudas a la decisión (*decision aids*), pueden jugar un papel importante facilitando a los médicos y pacientes elegir entre alternativas/opciones razonables de tratamiento^{100,102-105}. Consideramos importante determinar qué papel están jugando en nuestro país.

No creemos conveniente utilizar este modelo en todas las situaciones que se puedan presentar en las consultas. Más bien, es preferible determinar qué tipo de rol prefiere desempeñar cada paciente. Por tanto, sería interesante investigar si los profesionales que adaptan sus conductas dependiendo del encuentro clínico, obtienen puntuaciones más variables en la escala CICAAD, pero más alta satisfacción percibida por el paciente, en relación con aquellos médicos que presentan puntuaciones siempre altas.

Además, desconocemos en qué grado una misma persona puede variar su visión a lo largo del tiempo, en cuanto a desear ser partícipe a la hora de tomar decisiones sobre su salud incluso para un mismo proceso. Sería preciso determinar qué variables son las que influyen mediante un estudio longitudinal.

Estudios futuros deberán valorar aspectos de su validez, especialmente, la validez convergente con otros instrumentos similares.

Consideramos asimismo, que sería interesante establecer una comparación entre los costes de la atención según un modelo participativo, en comparación con uno directivo, ya que los estudios obtenidos son escasos y gran parte de estos se centran en ayudas a la decisión.

Otro aspecto que merece ser estudiado es la implicación de la familia en el proceso de toma de decisiones¹²⁵. Por último, investigar la relación entre la autoeficacia y el locus de control y cómo se relaciona con el deseo de participación en la toma de decisiones.

Otras cuestiones interesantes a investigar podrían ser: si los usuarios eligen a sus médicos para que sean acordes con sus preferencias participativas o si el sexo del profesional es un factor influyente en la implicación del paciente en las consultas¹⁷¹.

VII. CONCLUSIONES

1 CONCLUSIÓN

Sólo en un catorce por ciento de las consultas de atención primaria, se detecta una clara participación del paciente en la toma de decisiones, lo que puede ser considerado como escaso o muy escaso.

2 CONCLUSIÓN

Conductas comunicacionales como explorar emociones, explorar expectativas, definir el problema a tratar, ofrecer una información adaptada, permitir al paciente preguntar dudas, considerar puntos de vista del paciente, permitir que se tome una decisión o se aplace y conseguir compromisos explícitos respecto al plan a seguir, son utilizadas con más frecuencia por los médicos en los encuentros considerados como participativos.

3 CONCLUSIÓN

Algunos tipos de problemas por los que se consulta, (enfermedades del aparato digestivo, del oído, psicológicos, del aparato respiratorio y enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales), son más frecuentes en consultas dónde no se observa participación.

4 CONCLUSIÓN

Los encuentros clínicos donde se implican a los pacientes, tienen más duración que aquellos en los que la participación no tiene lugar.

5 CONCLUSIÓN

Aunque, en la mayoría de las consultas los médicos consideraron que existía más de una opción terapéutica equilibrada (incluyendo el no hacer nada), esto no se relacionó con el grado de participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta.

6 CONCLUSIÓN

La mayor seguridad del médico acerca del problema presentado y la utilidad de una prueba diagnóstica, se relacionaron con menor grado de participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta.

7 CONCLUSIÓN

La idea del médico sobre la naturaleza real del problema presentado, su riesgo, la existencia de tratamiento efectivo, no se relacionaron con el grado de participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta.

8 CONCLUSIÓN

La idea del médico sobre su relación con el paciente y conocimiento del mismo, no se relacionaron con el grado de participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta.

9 CONCLUSIÓN

Más de la mitad de los pacientes considera que, la toma de decisiones en una consulta, la han de realizar conjuntamente médico y paciente.

10 CONCLUSIÓN

Tras una consulta específica, más de la mitad de los pacientes habrían deseado poder participar de alguna forma en la toma de decisiones.

11 CONCLUSIÓN

Cuando el médico da la oportunidad al paciente de participar, el deseo del paciente en participar se incrementa.

12 CONCLUSIÓN

El conjunto de conductas incluidas en la escala CICAA-D, puede reflejar aspectos comunicacionales importantes para el desarrollo de un proceso de participación del paciente en la toma de decisiones en una consulta.

13 CONCLUSIÓN

La pregunta **“en qué medida el profesional da la oportunidad al paciente de participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo”**, puede ser de utilidad para realizar una evaluación del grado en el que se produce la participación del paciente en una consulta.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. McGuire AL, McCullough LB, Weller SC, Whitney SN. Missed expectations? Physicians' views of patients' participation in medical decision-making. *Med Care*. 2005 May;43(5):466-70.
2. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. 1988 Sep-Oct;3(5):448-57.
3. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr: Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcome. *Ann Intern Med*. 1985 Apr;102(4):520-8.
4. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.
5. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27.
6. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007 Aug;67(3):324-32.
7. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. Sharing decisions in cancer care. *Soc Sci Med* 2001 Jun;52(12):1865-78.
8. Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med*. 2003 Aug;33(6):1061-70.
9. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998 Aug;47(3):329-39.
10. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making?. *JAMA*. 1984 Dec 7;252(21):2990-4.
11. Beaver K, Jones D, Susnerwala S, Craven O, Tomlinson M, Witham G, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expect*. 2005 Jun;8(2):103-13.
12. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to "shared decision-making" approaches. *Health Expect*. 2001 Sep;4(3):151-61.
13. Ley 41/2002 de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE 2002:40126-32.

14. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*. 2006 Mar;60(3):301-12.
15. Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing?. *Med Decis Making*. 2007 Sep-Oct;27(5):539-46.
16. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005 Jun;20(6):531-5.
17. López Piñero JM. *Historia de la Medicina*. Madrid: Alba Libros S.L.; 2006.
18. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar*. 2006;29 Suppl 3:7-17.
19. Gallagher TH, Levinson W. A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *Am J Manag Care*. 2004 Feb;10(2 Pt 1):61-8.
20. Carter WB, Inui TS, Kukull WA, Haigh VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: II. Identifying effective provider and patient behavior. *Med Care*. 1982 Jun;20(6):550-66.
21. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33.
22. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE Jr. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*. 1996 Mar 1;124(5):497-504.
23. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997 Feb 19;277(7):553-9.
24. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1995 Apr;40(7):903-18.
25. Alamo MM, Moral RR, Pérula de Torres LA. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns*. 2002 Sep;48(1):23-31.
26. Thom DH, Campbell B. Patient- physician trust : an exploratory study. *J Fam Pract*. 1997 Feb;44(2):169-76.
27. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physician's interviewing skills and reducing patient's emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med*. 1995 Sep 25;155(17):1877-84.

28. Carney PA, Eliassen MS, Wolford GL, Owen M, Badger LW, Dietrich AJ. How physician communication influences recognition of depression in primary care. *J Fam Pract.* 1999 Dec;48(12):958-64.
29. Wagner EH, Barrett P, Barry MJ, Barlow W, Fowler FJ Jr. The effect of a shared decisionmaking program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. Pilot results. *Med Care.* 1995 Aug;33(8):765-70.
30. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002 Sep;48(1):51-61.
31. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract.* 1998 Oct;15(5):480-92.
32. Blumenthal D, Thier SO. Managed care and medical education: the new fundamentals. *JAMA.* 1996 Sep 4;276(9):725-7.
33. Stewart M, Belle-Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications ;1995.
34. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med.* 2001 Apr;76(4):390-3.
35. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The new consultation. developing doctor-patient communication.* New York: Oxford University Press; 2003.
36. Cohen-Cole SA. *The medical interview: the three-function approach.* St. Louis: Mosby ;1991.
37. Kurtz S, Silverman J, Draper J. *Teaching and learning communication skills in medicine.* Abingdon, Oxon, U.K.: Radcliffe Medical Press; 1998.
38. Neighbour R. *La consulta interior.* Barcelona: J&C Ediciones Médicas; 1998.
39. Ruiz Moral R. *Relación Clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2004.
40. Parsons T. *The social system.* New York: Free Press; 1951.
41. Szasz T, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the practitioner-patient relationship. *Arch Intern Med.* 1956;97:585.
42. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA.* 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6.
43. Byrne P, Long B. *Doctor talking to patients.* London, UK: Her Majesty's Stationery Office;1976.

44. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997 Jan 22-29;277(4):350-6.
45. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44.
46. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
47. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986 Mar;3(1):24-30.
48. Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G. Perspectives on Patient-Doctor Communication. *J Fam Pract*. 1993 Oct;37(4):377-88.
49. Ruiz Moral R, Luna Cabañero L. The incorporation of a new model in medicine: theoretical and practical consequences. *Aten Primaria*. 1992 Jul-Aug;10(2):629-34.
50. Borrell F. El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin (Barc)*. 2002;119(5):175-9.
51. Starfield B, Wray C, Hess K, Gross R, Birk PS, D'Lugoff BC. The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am J Public Health*. 1981 Feb;71(2):127-31.
52. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. *J Fam Pract*. 1986 Jul;23(1):43-7.
53. Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos. *Aten Primaria*. 1997 Jan;19(1):27-34.
54. Torío Durántez J, García Tirado MC: Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria*. 1997 Jan;19(1):18-26.
55. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y la participación de este en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2004 Apr 30;33(7):361-4.
56. Tardáguila Lobato M, Méndez Pérez CL, Torres Vélez JC, Méndez García T, Benito Martín B, López de Castro F. La Información al Paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam*. 2008;2:145-148.
57. Ruiz Moral R, Pérez Rodríguez E, Pérula de Torres LA, de la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviours of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Educ Couns*. 2006 Dec;64(1-3):242-8.

58. Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador JJ, Pérula De Torres L, Prados Castillejo JA. Evolution of the communication profile of family medicine residents. *Aten Primaria*. 2002 Feb 28;29(3):132-41.
59. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making Health Care Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Washington; 1982.
60. Davis RE, Dolan G, Thomas S, Atwell C, Mead D, Nehammer S, et al. Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expect*. 2003 Sep;6(3):198-207.
61. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
62. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999 Sep;49(5):651-61.
63. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision-making. *J Health Serv Res Policy*. 1997 Apr;2(2):112-21.
64. Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough?. *BMJ*. 1999 Jan 30;318(7179):318-22.
65. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):766-71.
66. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choice. *Br J Gen Pract*. 2000 Nov;50(460):892-9.
67. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. 1999 Sep 18;319(7212):753-6.
68. Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnersley P, et al. Measuring the involvement of patients in shared decision-making: a systematic review of instruments. *Patient Educ Couns*. 2001 Apr;43(1):5-22.
69. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*. 2003 Apr;12(2):93-9.

70. Murray E, Charles C, Gafni A. Shared decision-making in primary care: tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Educ Couns*. 2006 Aug;62(2):205-11.
71. Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns*. 2006 Nov;63(3):268-78.
72. de Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making : a case for vulnerability. *Patient Educ Couns* 2006 Sep;62(3):291-8.
73. Entwistle V, Williams B, Skea Z, MacLennan G, Bhattacharya S. Which surgical decisions should patients participate in and how? Reflections on women's recollections of discussions about variants of hysterectomy. *Soc Sci Med*. 2006 Jan;62(2):499-509.
74. Rogers WA. Is there a moral duty for doctors to trust patients? *J Med Ethics*. 2002 Apr;28(2):77-80.
75. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med*. 1996 Nov 1;125(9):763-9.
76. General Medical Council. *Good Medical Practice*. London: General Medical Council; 2001.
77. LTCAS. Do you live with a long term condition?. 2005 ;[13 páginas]. Disponible en: <http://www.ltcas.org.uk/documents/LTCAActionPlanLTCASGuide.pdf>.. Consultado 24 Abril, 2006.
78. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention. A suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med*. 2004 Jan;26(1):56-66.
79. World Health Organization. *World Health Report 2000-Health systems: improving performance*. Geneva: WHO; 2000.
80. Gracia. D. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
81. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. *Registro de Voluntades Anticipadas (Testamento Vital)*. 2007 ;[13 páginas]. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/folleto.pdf>. Consultado 15 Diciembre, 2008.
82. Gobierno de Aragón. *Estrategias de Salud para mejorar la Atención Sanitaria*. 2003; [30 páginas]. Disponible en: http://portal.aragon.es/portal/page/portal/INF_SANITARIA/ESTRATEGIAS/ESTRATEGIAS_WEB.PDF. Consultado 18 Diciembre, 2008.

83. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Ayudando a la Toma de Decisiones en Salud. 2004; [10 páginas]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/prensa/AETSA_nuevaslineasdetrabajo.pdf. Consultado 13 Diciembre, 2008.
84. Gobierno de Cantabria. Estrategia para la atención al parto normal. 2007; [48 páginas]. Disponible en: <http://www.saludcantabria.org/saludPublica/pdf/mujeres/EstrategiaAtencionPartoNormalSCS.pdf>. Consultado 28 Diciembre, 2008.
85. Petrova M, Dale J, Fulford BK. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract.* 2006 Sep;56(530):703-9.
86. Royal College of General Practitioners. Curriculum Statement on Ethics and Values Based Medicine. 2005; [38 páginas]. Disponible en: http://www.rcgp.org.uk/PDF/educ_ethicsAndVBPsfRCGPCouncilDec2005.pdf. Consultado 28 Noviembre, 2008.
87. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
88. Figueroa G. Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. *Rev Méd Chile.* 2006 Feb;134(2):251-7.
89. Fisterra.com. Atención Primaria en la Red. Los principios de la Bioética: Beneficiencia y No Maleficiencia. 2000; [1 página]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/beneficiencia.asp>. Consultado 2 Noviembre, 2008.
90. Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1998 Aug;47(3):347-54.
91. Maynard DW. Interaction and asymmetry in clinical discourse. *Am J Sociol.* 1991;97:448-95.
92. Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient-Doctor decision-making about treatment within the consultation- A critical analysis of models. *Soc Sci Med.* 2006 Jan;62(1):116-24.
93. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Participación del paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Aten Primaria.* 2006 Sep;38(4):234-7.
94. Salud descentralizará la toma de decisiones en los centros y facilitará la participación de los usuarios. *El País Andalucía.* 19 Octubre 2005; Salud.

95. Las asociaciones de enfermos crean un foro para defender sus derechos. El País Barcelona. 23 Diciembre 2003; Salud.
96. Hollon MF. Direct-to-consumer marketing of prescription drugs: creating, consumer demand. JAMA. 1999 Jan 27;281(4):382-4.
97. Berland GK, Elliott MN, Morales LS, Algazy JI, Kravitz RL, Broder MS et al. Health information on the Internet: accessibility, quality, and readability in English and Spanish. JAMA. 2001 May 23-30;285(20):2612-21.
98. Foundation for Informed Medical Decision Making. 2001 ;[1 página]. Disponible en: <http://www.informedmedicaldecisions.org/>. Consultado 15 Mayo, 2007.
99. Ottawa Hospital Research Institute. Patient Decision Aids. 1996 ;[1 página]. Disponible en: <http://www.ohri.ca/DecisionAid/>. Consultado 30 Mayo, 2007.
100. O'Connor AM, Stacey D, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tetroe J, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software 2002;4
101. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Saucier D, Côté L, Blais J, et al. Primary health care professionals' views on barriers and facilitators to the implementation of the Ottawa Decision Support Framework in practice. Patient Educ Couns. 2006 Nov;63(3):380-90.
102. Thornton JG, Hewison J, Lilford RJ, Vail A. A randomised trial of three methods of giving information about prenatal testing. BMJ. 1995 Oct 28;311(7013):1127-30.
103. Johnson BR, Schwartz A, Goldberg J, Koerber A. A chairside aid for shared decision making in dentistry: a randomized controlled trial. J Dent Educ. 2006 Feb;70(2):133-41.
104. Barrett P, Beck A, Schmid K, Fireman B, Brown JB. Treatment decisions about lumbar herniated disk in a shared decision-making program. Jt Comm J Qual Improv. 2002 May;28(5):211-9.
105. Feldman-Stewart D, Brennenstuhl S, McIssac K, Austoker J, Charvet A, Hewitson P, et al. A systematic review of information in decision aids. Health Expect. 2007 Mar;10(1):46-61.
106. Foro Español de Pacientes. 2005 ;[1 página]. Disponible en: <http://www.webpacientes.org/fep/>. Consultado 8 Enero, 2007.
107. Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L; Editorial Board of the Cochrane Collaboration Back Review Group. Updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Collaboration Back Review Group. Spine. 2003 Jun 15;28(12):1290-9.

108. Von Korff M, Katon W, Rutter C, Ludman E, Simon G, Lin E, et al. Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. *Psychosom Med*. 2003 Nov-Dec;65(6):938-43.
109. Malm U, Ivarsson B, Allebeck P, Falloon IR. Integrated care in schizophrenia: a two-year randomized controlled study of two community-based treatment programs. *Acta Psychiatr Scand*. 2003 Jun;107(6):415-23.
110. Van Roosmalen MS, Stalmeier PF, Verhoef LC, Hoekstra-Weebers JE, Oosterwijk JC, Hoogerbrugge N, et al. Randomized trial of a shared decision-making intervention consisting of trade-offs and individualized treatment information for BRCA1/2 mutation carriers. *J Clin Oncol*. 2004 Aug 15;22(16):3293-301.
111. Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *J Gen Intern Med*. 2000 Oct;15(10):685-93.
112. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006 Aug 9;1:16.
113. Charles C, Gafni A, Whelan T. Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. *Health Expect*. 2004 Dec;7(4):338-48.
114. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision-making. *Soc Sci Med*. 2000 Mar;50(6):829-40.
115. Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. *Soc Sci Med*. 2007 Mar;64(6):1297-310.
116. Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A. *Meetings Between Experts. An approach to sharing ideas in Medical Consultations*. London: Tavistock Publications; 1985.
117. Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care*. 2001 Sep;10 Suppl 1:i39-43.
118. Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, Gutzwiller F, Spinelli A, Pedrinis E, et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet*. 1988 Dec 24-31;2(8626-8627):1470-3.
119. Wolf AM, Nasser JF, Wolf AM, Schorling JB. The impact of informed consent on patient interest in prostate-specific antigen screening. *Arch Intern Med*. 1996 Jun 24;156(12):1333-6.

120. Roter DL, Hall JA. Physician's interviewing styles and medical information obtained from patients. *J Gen Intern Med.* 1987 Sep-Oct;2(5):325-9.
121. Sackett DL, Haynes RB, Gibson ES, Hackett BC, Taylor DW, Roberts RS, et al. Randomised clinical trial of strategies for improving medication compliance in primary hypertension. *Lancet.* 1975;1(7918):1205-7.
122. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA.* 2004 May 19;291(19):2359-66.
123. Braddock CH, Fihn SD, Levinson W, Jonsen AR, Pearlman RA. How doctors and patients discuss routine clinical decisions. Informed decision making in the outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 1997 Jun;12(6):339-45.
124. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA.* 1999 Dec 22-29;282(24):2313-20.
125. Artells JJ, Jovell AJ, Navarro MD, Cirera M. Necesidad y demanda del paciente oncológico. Barcelona: Fundación Salud Innovación y Sociedad; 2003
126. Marple RL, Kroenke K, Lucey CR, Wilder J, Lucas CA. Concerns and expectations in patients presenting with physical complaints. Frequency, physician perceptions and actions, and 2-week outcome. *Arch Intern Med.* 1997 Jul 14;157(13):1482-8.
127. Kravitz RL, Callahan EJ, Paterniti D, Antonius D, Dunham M, Lewis CE. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *Ann Intern Med.* 1996 Nov 1;125(9):730-7.
128. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med.* 1978 Feb;88(2):251-8.
129. Schapira MM, Nattinger AB, McHorney CA. Frequency or probability? A qualitative study of risk communication formats used in health care. *Med Decis Making.* 2001 Nov-Dec;21(6):459-67
130. Mazur DJ, Merz JF. How the manner of presentation of data influences older patients in determining their treatment preferences. *J Am Geriatr Soc.* 1993 Mar;41(3):223-8.
131. Chao C, Studts JL, Abell T, Hadley T, Roetzer L, Dineen S, et al. Adjuvant chemotherapy for breast cancer: how presentation of recurrence risk influences decision-making. *J Clin Oncol.* 2003 Dec 1;21(23):4299-305.
132. Weinstein ND. Optimistic biases about personal risks. *Science.* 1989 Dec 8;246(4935):1232-3.
133. Ritov I, Baron J. Reluctance to vaccinate: Omission bias and ambiguity. *J Behav Decis Making.* 1990;3(4):263-77.

134. Chapman GB, Elstein AS, Kuzel TM, Sharifi R, Nadler R, Andrews A et al. Prostate cancer patients' utilities for health states: how it looks depends on where you stand. *Med Decis Making*. 1998 Jul-Sep;18(3):278-86.
135. Kray L, González R. Differential weighting in choice versus advice: I'll do this, you do that. *J Behav Decis Making*. 1999;12(3):207-17.
136. Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson; 2004.
137. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play?. *J Clin Epidemiol*. 1992 Sep;45(9):941-50.
138. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient -physician partnership : decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ*. 1994 Aug 15;151(4):423-7.
139. Deber RB. Physicians in health care management: 7. The patient-physician partnership : changing roles and the desire for information. *CMAJ*. 1994 Jul 15;151(2):171-6.
140. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation?. A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ*. 2000 Oct 7;321(7265):867-71.
141. Coulter A, Jenkinson C. European patient's views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*. 2005 Aug;15(4):355-60.
142. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med*. 1989 Jan-Feb;4(1):23-30.
143. Stiggelbout AM, Kiebert GM. A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *CMAJ*. 1997 Aug 15;157(4):383-9.
144. Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care*. 2001 Sep;10 Suppl 1:i34-8.
145. Kennelly C, Bowling A. Suffering in deference: a focus group study of older cardiac patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Qual Health Care* 2001 Sep;10 Suppl 1:i23-8.
146. Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making?. *Arch Intern Med*. 1996 Jul 8;156(13):1414-20.
147. Savage R, Armstrong D. Effect of general practitioner's consulting style on patients' satisfaction : a controlled study .*BMJ*. 1990 Oct 27;301(6758):968-70.

148. Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect*. 2006 Dec;9(4):321-32.
149. Lazare A. The interview as a clinical negotiation. In :Lipkin m, Putman SM, Lazare A, eds. *The medical Interview: Clinical Care , Education, and Research*. New York: Springer-Verlag;1996:50-62.
150. Whitney SN. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Med Decis Making*. 2003 Jul-Aug;23(4):275-80.
151. Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making , informed consent , and simple consent. *Ann Intern Med*. 2004 Jan 6;140(1):54-9.
152. Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N et al; Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II Report. *Acad Med* 2004 Jun;79(6):495-507.
153. Kraan HF, Crijnen AAM, Van-der-Vleuten CPM, Imbos T. Evaluation instruments for medical interviewing skills. In: Lipkin M, Putman SM, Lazare A, eds. *The Medical Interview Clinical Care, Education, and Research*. New York: Springer; 1995:460-72.
154. Kraetschmer N, Sharpe N, Urowitz S, Deber RB. How does trust affect patient preferences for participation in decision-making?. *Health Expect*. 2004 Dec;7(4):317-26.
155. Trachtenberg F, Dugan E, Hall MA. How patients' trust relates to their involvement in medical care. *J Fam Pract*. 2005 Apr;54(4):344-52.
156. Dy SM. Instruments for evaluating shared decision making: a structured literature review. *Med Care Res Rev*. 2007 Dec;64(6):623-49.
157. Simon D, Loh A, Härter M. Measuring (shared) decision making- a review of psychometric instruments. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich*. 2007;101(4):259-67.
158. Weiss MC, Peters TJ. Measuring shared decision making in the consultation: A comparison of the OPTION and Informed Decision Making instruments. *Patient Educ Couns*. 2008 Jan;70(1):79-86.
159. Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, et al; Study Steering Group. Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract*. 2004 Aug;21(4):337-46.
160. Ruiz R, Prados J, Bellón J, Pérula LA: An Instrument for assessment interviewing of family medicine trainees: The "Gatha-resident" questionnaire. *Educ Prim Care*. 2001;12:401-11.

161. Ruiz Moral R, Muñoz Alamo M, Alba Jurado M, Pérula de Torres L. Effectiveness of a learner-centered training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract*. 2001;18:60-3.
162. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2007 Jan;22(1):86-91.
163. Gavilán Moral ED. Estudio de validación del cuestionario CICAA para evaluar la comunicación clínica en las consultas de Medicina y Enfermería [Tesis Doctoral]. Universidad de Córdoba; 2008.
164. Bolaños E, Sarría-Santamera A. Perspectiva de los pacientes sobre la diabetes tipo 2 y relación con los profesionales sanitarios: un estudio cualitativo. *Aten Primaria*. 2003 Sep 15;32(4):195-200.
165. Hermosilla-Gago T, Briones Pérez de la Barca E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Informe de Evaluación. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; Septiembre 2002. Report nº4
166. Fundación Josep Laporta. The Future Patient Project. 2001 ;[24 páginas]. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/070517121740.pdf>. Consultado 8 Enero, 2007.
167. Ruiz Moral R et al. Patient perception about physician-patient communication in specilized care. International Conference on Communication in Health Care. Bruges, Belgium, 2004
168. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999 Jun;49(443):477-82.
169. Ruiz Moral R, Jiménez de Gracia L, Hueso C, Zafra J, Cano D. What does mean to involve patients in decision making?: A study with Spanish family physicians. International Conference on Communication in Health Care; Charleston, SC (USA), September 2007.
170. Universidad Autónoma de Barcelona. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. 2006 ;[29 páginas]. Disponible en: <http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf>. Consultado 17 Marzo, 2009.
171. Delgado A, López-Fernández LA, De Dios Luna J, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit*. 2010;24(1):66–71.

172. Larizgoitia Jáuregui I, Rodríguez Bermúdez JR, Granados Navarrete A. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria*. 1998;22(8):505-13.
173. Parras Rejano J, Gavilán Moral E. Opiniones de los profesionales sanitarios sobre la utilización de videograbaciones de consultas médicas. *Aten Primaria* 2006;38 (Supl 1):170-1.
174. Coleman T. Using video-recorded consultations for research in primary care: advantages and limitations. *Fam Pract* 2000 Oct;17(5):422-7.
175. Pringle M, Stewart-Evans C. Does awareness of being video recorded affect doctors' consultation behaviour?. *Br J Gen Pract* 1990 Nov;40(340):455-8.
176. Goss C, Fontanesi S, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Elwyn G et al. Shared decision making: the reliability of the OPTION scale in Italy. *Patient Educ Couns*. 2007 Jun;66(3):296-302.
177. Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *Br J Psychiatry*. 2008 Nov;193(5):416-21.
178. Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz RL. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med*. 2008 Jul 14;168(13):1404-8.
179. Loh A, Simon D, Hennig K, Hennig B, Härter M, Elwyn G. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Educ Couns*. 2006 Nov;63(3):314-8.
180. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, Grol R. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect*. 2005 Mar;8(1):34-42.
181. Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams KR et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Dec 4;288(21):2701-8.
182. Macfarlane J, Holmes W, Gard P, Thornhill D, Macfarlane R, Hubbard R. Reducing antibiotic use for acute bronchitis in primary care: blinded, randomised controlled trial of patient information leaflet. *BMJ*. 2002 Jan 12;324(7329):91-4.
183. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med*. 1998 Summer;24(2):81-8.

184. Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic DR, Raposo V, Baker R. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns*. 2007 Sep;68(1):33-42.
185. Steel N. Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey. *BMJ*. 2000 May 27;320(7247):1446-7.
186. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. La emoción y la intuición como herramientas para gestionar la incertidumbre en la toma de decisiones en medicina de familia. *Aten Primaria*. 2005;35(6):306-10.
187. Loayssa Lara JR, Tandeter H. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* 2001. 28(8):560-564.
188. Bridson J, Hammond C, Leach A, Chester MR. Making consent patient centered. *BMJ*. 2003 Nov 15;327(7424):1159-61.
189. Evidencia clínica concisa. La mejor evidencia disponible a escala internacional para una práctica clínica efectiva. 3.ª ed. BMJ Publishing Group; 2004.
190. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. Clasificación Internacional de la Atención Primaria segunda edición. CIAP - 2. Barcelona: Masson; 1999
191. Delgado A, López L, Luna J La satisfacción de los usuarios con los modelos de asistencia primaria vigentes en Andalucía. *Gac Sanit* 1993; 7: 32-40.
192. Fraenkel L, McGraw S. Participation in Medical Decision Making: The patient's perspective. *Med Decis Making*. 2007 Sep-Oct;27(5):533-8.
193. Peek ME, Quinn MT, Gorawara-Bhat R, Odoms-Young A, Wilson SC, Chin MH. How is shared decision-making defined among African-Americans with diabetes? *Patient Educ Couns*. 2008 Sep;72(3):450-8.
194. Longo MF, Cohen DR, Hood K, Edwards A, Robling M, Elwyn G, et al. Involving patients in primary care consultations: assessing preferences using discrete choice experiments. 2006 Jan;56(522):35-42.
195. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001 Feb 24;322(7284):468-72.
196. Robinson A, Thomson R, Parkin D, Sudlow M, Eccles M. How patients with atrial fibrillation value different health outcomes: a standard gamble study. *J Health Serv Res Policy*. 2001 Apr;6(2):92-8.
197. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res*. 2006 Feb;6:21

198. Charles C, Redko C, Whelam T, Gafni A, Reyno L. Doing nothing is no choice: lay constructions of treatment decision-making among women with early-stage breast cancer. *Sociology of Health and Illness*. 1998; 20(1):71-95.
199. Makoul G, Arntson P, Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(9):1241-54.

IX. ANEXOS

Anexo 1: Relación de las abreviaturas y acrónimos más utilizados en el texto, por orden alfabético.

AP Atención Primaria

CCI Coeficiente de Correlación Intraclase

CICAA Conectar , Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar a actuar.

CICCA-D Cuestionario CICAA-Decisión

CS Centro de Salud

EG Enrique Gavilán

GATHA aspectos Generales de la entrevista, Actitud del entrevistador, Tareas comunicativas realizadas y HAbilidades técnicas usadas.

IPTD Implicación del Paciente en la Toma de Decisiones

MCP Método Centrado en el Paciente

MF Médicos de Familia

MFyC Medicina Familiar y Comunitaria

RRM Roger Ruiz Moral

TD Toma de Decisiones

TDC Toma de Decisiones Compartidas

TDP Toma de Decisiones Participadas

Anexo 2: Escala CICA ¹⁶³

TAREA 1º.- CONECTAR	NP	0	1	2
1.- ¿En qué medida el profesional recibe adecuadamente al paciente?				
2.- ¿En qué medida el profesional hace un uso del ordenador u otros registros de forma que no altera la comunicación?				
3.- ¿En qué medida el lenguaje no verbal del profesional es el adecuado?				
4.- ¿En qué medida el profesional muestra empatía en los momentos oportunos?				
5.- ¿En qué medida el profesional cierra adecuadamente la entrevista con el paciente?				
TAREA 2º.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
6.- ¿En qué medida el profesional ha mostrado una reactividad adecuada?				
7.- ¿En qué medida el profesional facilita el discurso del paciente?				
8.- ¿En qué medida el profesional establece y mantiene a lo largo de la entrevista un contacto visual-facial adecuado?				
9.- ¿En qué medida el profesional capta y responde a las pistas ofrecidas por el paciente?				
10.- ¿En qué medida el profesional emplea preguntas abiertas?				
11.- ¿En qué medida el profesional ha explorado la idea que tenía el propio paciente sobre el origen y/o causa de su síntoma o proceso?				
12.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el síntoma o proceso ha provocado al paciente?				
13.- ¿En qué medida el profesional ha explorado como afecta al paciente su síntoma o proceso en su vida diaria, entorno sociofamiliar o laboral?				
14.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
15.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el estado de ánimo del paciente?				
16.- ¿En qué medida el profesional ha explorado el entorno sociofamiliar?				
17.- ¿En qué medida el profesional ha resumido la información que ha obtenido del paciente?				
TAREAS 3º y 4º.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP	0	1	2
18.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
19.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar sobre la evolución que puede seguir el proceso?				
20.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?				
21.- ¿En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara?				
22.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
23.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
24.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
25.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
26.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

NP: No Procede. (0): Muy Escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi Totalmente o Totalmente

Anexo 3: Escala CICAA-D

Componente 1º.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
1.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las emociones y/o sentimientos que el síntoma, proceso o propuesta de tratamiento ha provocado al paciente?				
2.- ¿En qué medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				
Componente 2º.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP	0	1	2
3.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
(antiguo 12) 4.- ¿En qué medida el profesional define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?				
(antiguo 4) 5.- ¿En qué medida el profesional trata de explicar su propuesta de tratamiento?				
(antiguo 5) 6.- ¿En qué medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente				
(antiguo 6) 7.- En qué medida el profesional ofrece la información de forma clara				
(antiguo 7) 8.- ¿En qué medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
(antiguo 8) 9.- ¿En qué medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
(antiguo 9) 10.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en qué medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
(antiguo 10) 11.- ¿En qué medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
(antiguo 17) 12.- ¿En qué medida el profesional permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?				
(antiguo 11) 13.- ¿En qué medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				
Componente 3º.- DECISION CON OPCIONES	NP	0	1	2
(antiguo 13) 14.- ¿En qué medida el profesional expone o favorece la exposición de posibles opciones para el diagnóstico/tratamiento?				
(antiguo 14) 15.- ¿En qué medida el profesional informa sobre las diferentes opciones?				
(antiguo 15) 16.- ¿En qué medida el profesional permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?				
(antiguo 16) 17.- ¿En qué medida el profesional explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?				

NP: No Procede. (0): Muy Escasamente o Escasamente; (1): Aceptablemente; (2): Casi Totalmente o Totalmente

Anexo 4: Hojas de recogida de datos

Anexo 4.1 Cuestionario post-visita para médicos de familia.

Anexo 4.2 Cuestionario post-visita para pacientes.

Anexo 4.1 Cuestionario post-visita para médicos de familia.

CUESTIONARIO MÉDICOS INTRACONSULTA POST-VISITA

Nº de paciente:...

Código.....

A) ASPECTOS DE CONTENIDO DE LA CONSULTA

1. Por favor **defina cual ha sido el problema principal** que ha traído y discutido este paciente con usted:.....

2. **Respecto a este problema de salud**, ¿Qué grado de seguridad tiene usted en este momento sobre la **NATURALEZA** del mismo, es decir sobre lo que realmente le pasa?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MAXIMA INCERTIDUMBRE					MAXIMA SEGURIDAD					

3. **Respecto a este problema de salud**, ¿Qué grado de seguridad tiene usted en este momento sobre la **EVOLUCION** que puede seguir el mismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MAXIMA INCERTIDUMBRE					MAXIMA SEGURIDAD					

4. ¿En que medida cree usted que este problema **puede representar un Riesgo para la salud de su paciente?**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BAJO RIESGO					ALTO RIESGO					

5. Si ha solicitado usted alguna **prueba diagnóstica**, ¿en que medida cree usted que esta le va a ayudar a **identificar/clasificar** el problema de salud del paciente?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BAJA UTILIDAD					ELEVADA UTILIDAD					

() No he solicitado ninguna prueba diagnóstica

6. Si ha aconsejado algo o prescrito algún **tratamiento** (incluyendo el no hacer nada), ¿En que medida cree usted que si el paciente lo lleva a cabo este va a ser efectivo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
MÍNIMA					MÁXIMA					
EFECTIVIDAD					EFECTIVIDAD					

() No he prescrito tratamiento , ni aconsejado nada

7. **Si ha aconsejado o prescrito algún tratamiento** (incluyendo el no hacer nada), ¿En que medida cree usted que este puede tener riesgos (**efectos secundarios, difícil manejo,...**)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
BAJO RIESGO					ALTO RIESGO					

() No he prescrito tratamiento , ni aconsejado nada

8. **Respecto al tratamiento o manejo del problema** de este paciente, ¿cree usted que **pueden existir otras opciones** efectivas y legítimas diferentes a la que usted a propuesto (incluyendo el no hacer nada)? (**prevención, alternativa terapéutica, diagnóstica**).

Si, varias() Si, alguna más() No poco() Lo desconozco()

() No he prescrito tratamiento , ni aconsejado nada

B) ASPECTOS RELACIONALES

9. ¿Conocía usted a este paciente con anterioridad?

Sí Bastante (), Algo () Poco () Nada, es nuevo ()

10. Respecto a **la relación médico-paciente que mantienen**, ¿Cómo diría usted que es esta?*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PÉSIMA					EXCELENTE					

11. Finalmente, ¿Cree usted que **este paciente confía en usted**?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NADA					COMPLETAMENTE					

* Si no conocía usted a este paciente antes, la pregunta se refiere a su impresión sobre la relación establecida en la visita que ha tenido lugar.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DE LOS MÉDICOS PARTICIPANTES EN LAS GRABACIONES
--

COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN

Dn/ña. _____

Médico/a del Centro _____

Hace constar:

Que acepta participar en el estudio titulado “La participación del paciente en la toma de decisiones clínicas: de las opiniones de los médicos a la realidad de la práctica diaria; un estudio cuali-cuantitativo”

Comprometiéndome a seguir con lo establecido en el protocolo y en el Manual de Normas y Procedimientos, incluyendo su autorización para la videograbación de los pacientes de su cupo previstos en el presente estudio.

Firma:

En _____ a _____ de _____ de 2006

-Edad: _____ años

-Años de práctica Clínica (incluido el tiempo de formación MIR, en su caso) : _____ años

-Años de práctica clínica en el actual cupo: _____ años

-Tutoría de residentes: 1- SI ... ¿cuántos años?: ____ 2- NO

→ -Número de pacientes asignados a su cupo: _____ pacientes-Formación vía MIR: 1- SI 2- NO

Anexo 4.2 Cuestionario post-visita para pacientes.

Cuestionario post-visita para pacientes: Percepción del Paciente sobre el desarrollo de 2 dominios comunicativos en la consulta

Código:

Nos gustaría que a continuación nos contestara algunas preguntas sobre algunos aspectos relacionados con la visita que ha hecho al médico:

RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

A.1.-¿Cómo de satisfecho/a se ha sentido con la **forma** en la que el médico se ha **comportado con usted** hoy en la consulta?.

- Satisfecho
- Regular de satisfecho
- Insatisfecho

TOMA DE DECISIONES

Usted sabe que cuando acude al médico por un problema de salud, **en ocasiones, su médico y usted deben tomar una serie de decisiones**, por ejemplo, respecto a las pruebas que hay que hacer para averiguar lo que tiene o respecto a lo que se puede hacer para mejorar o curar el problema por el que acudió:

B1.-¿Cómo de satisfecho está con la **forma** en la que se ha **decidido lo que tiene que hacer** para mejorar o solucionar el problema por el que ha acudido hoy a la consulta?

- Satisfecho
- Regular de satisfecho
- Insatisfecho

B2.-A veces existen varias formas igualmente validas y eficaces de solucionar los problemas de salud (varias **opciones**). Cuando esto sucede ¿Quién cree usted que es el que debe decidir lo que hay que hacer?.

- El médico es quien debe decidir siempre lo que el paciente debe hacer
- Lo deben decidir de mutuo acuerdo el médico y el paciente
- Sólo yo soy quien debe decidir lo que hacer

B.2b.- Respecto a la **consulta de hoy**, si el médico le hubiera dado diferentes opciones sobre lo que usted puede hacer para mejorar su problema. ¿Le hubiera

gustado que este le hubiese **pedido su opinión** sobre lo que a usted le gustaría mejor poder hacer?.

.....

.....

.....

Anexo 5: Fiabilidad Intraobservador e Interobservador

Tabla 28: Fiabilidad Intraobservador (test-retest).

Item	Kappa	Error Standard	p	Item	Kappa	Error Standard	p
1	0,662	0,132	<0,001	9	0,733	0,118	<0,001
2	0,750	0,114	<0,001	10	0,884	0,106	<0,001
3	0,680	0,128	<0,001	11	0,344	0,162	0,019
4	0,581	0,131	<0,001	12	0,580	0,181	0,001
5	0,494	0,151	<0,001	13	0,573	0,139	<0,001
6	0,538	0,153	<0,001	14	0,586	0,193	0,004
7	0,611	0,152	<0,001	15	0,455	0,221	0,034
8	1	0,000	<0,001	16	0,259	0,214	0,268
				17	0,747	0,159	<0,001

CCI 0,968 IC_{95%}(0,928-0,986)

Tabla 29: Fiabilidad Interobservador.

Item	Kappa	Error Standard	p	Item	Kappa	Error Standard	p
1	0,861	0,130	<0,001	9	0,667	0,203	0,004
2	0,457	0,217	0,030	10	0,463	0,187	0,016
3	0,853	0,140	<0,001	11	0,718	0,183	0,001
4	0,725	0,169	<0,001	12	0,450	0,219	0,030
5	0,728	0,165	<0,001	13	1	<0,001	0,025
6	No se puede calcular			14	1	<0,001	0,002
7	0,542	0,189	0,019	15	1	<0,001	0,025
8	No se puede calcular			16	1	<0,001	0,002
				17	1	<0,001	0,025

CCI 0,990 IC_{95%}(0,906-0,999)

Anexo 6: Código CIAP-2¹⁹⁰

Capítulos	
Letra	Nombre de los capítulos CIAP-2
A	Problemas generales e inespecíficos
B	Sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario (linfáticos, bazo y médula ósea) (B de Blood)
D	Aparato Digestivo
F	Ojo y anejos
H	Aparato auditivo (H de Hearing)
K	Aparato circulatorio
L	Aparato locomotor
N	Sistema nervioso
P	Problemas psicológicos
R	Aparato respiratorio
S	Piel y faneras (S de Skin)
T	Aparato endocrino, metabolismo y nutrición
U	Aparato urinario
W	Planificación familiar, embarazo, parto y puerperio (W de Women, referido a la reproducción)
X	Aparato genital femenino y mamas (X de cromosoma X)
Y	Aparato genital masculino y mamas (Y de cromosoma Y)
Z	Problemas sociales

Anexo 7: Escala CICAA-D, respuesta a los ítems e índices k (n=31)

Duración de la visita (s y min):		Motivo visita:				
Hasta la exploración (s):	1)	-----				
Exploración (s):	2)	-----				
Tiempo de discusión sobre la toma de decisiones (s/min):	3)	-----				
Profesional: M() F()	Tipo: Doc() Resi() Enf() Estu()					
Especialidad/año-curso:	Tutor: Sí() No()	Problema: Agudo() Crónico()				
Paciente: M() F()/real() simulado()	Acomp.: Sí() No()	Visita: 1. ^a () Seguimiento()				
Motivo principal de la toma de decisión:						
Ítems	0	1	2	NA	κ	
¿En que medida el profesional...	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)		
1.^{er} componente .Identificar y comprender los problemas						
1. ha explorado las emociones o sentimientos que el síntoma, proceso o propuesta de tratamiento ha provocado al paciente?	29,0 (9)	22,6 (7)	48,4 (15)	0 (0)	0,68	
2. ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?	51,6 (16)	9,7 (3)	38,7 (12)	0 (0)	0,73	
2.^{do} componente . Alcanzar acuerdos y ayudar a actuar						
3. trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?	29,0 (9)	32,3 (10)	38,7 (12)	0 (0)	0,66	
4. define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?	16,1 (5)	51,6 (16)	32,3 (10)	0 (0)	0,65	
5. trata de explicar su propuesta de tratamiento?	29,0 (9)	51,6 (16)	19,4 (6)	0 (0)	0,59	
6. ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente?	35,5 (11)	38,7 (12)	25,8 (8)	0 (0)	0,52	
7. ofrece la información de forma clara?	19,4 (6)	54,8 (17)	25,8 (8)	0 (0)	0,73	
8. da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?	0 (0)	45,2 (14)	54,8 (17)	0 (0)	0,93	
9. permite que el paciente exprese sus dudas?	9,7 (3)	67,7 (21)	22,6 (7)	0 (0)	0,59	
10. si aparece alguna discrepancia, busca el acuerdo entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente?	16,1 (5)	6,5 (2)	12,9 (4)	64,5 (20)	0,94	
11. comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?	54,8 (17)	32,3 (10)	12,9 (4)	0 (0)	0,48	
12. permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?	6,5 (2)	54,8 (17)	38,7 (12)	0 (0)	0,82	
13. consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan por seguir?	35,5 (11)	35,5 (11)	29,0 (9)	0 (0)	0,66	
3.^{er} componente. Decisiones con opciones**						
14. expone o favorece la exposición de posibles opciones para el diagnóstico/tratamiento?	0 (0)	22,6 (7)	32,3 (10)	45,2 (14)	0,79	
15. informa sobre las diferentes opciones?	19,4 (6)	32,3 (10)	3,2 (1)	45,2 (14)	0,79	
16. permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?	0 (0)	22,6 (7)	32,3 (10)	45,2 (14)	0,89	
17. explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?	3,2 (1)	32,3 (10)	19,4 (6)	45,2 (14)	87%*	

k: índice κ de Cohen; NA: No aplicable; (0): ausente; (1): posiblemente presente; (2): definitivamente presente.
 *Índice de concordancia simple.
 **Para evaluar sólo cuando el ítem#8 es 2.

Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición / Roger Ruiz Moral, Lucía Peralta Munguía, Luis Angel Pérula de Torres, Enrique Gavilán Moral y José Ramón Loayssa Lara

En Atención Primaria, 2010; 42(5): 257-265

