



UNIVERSIDAD Y ATENCIÓN PRIMARIA

---

## LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE

---

Autora: Neus Martínez Arnau  
Tutores: Manuel Batalla y María José Monedero

Trabajo de Fin de Grado 2019-2020. Grado de Medicina en la Universidad Jaume I. Departamento de Medicina

Palabras clave (MeSH): Toma de decisiones compartida. Participación del paciente en la toma de decisiones.

Percepciones del paciente. Preferencias del paciente. Atención Primaria. Encuestas.



---

### Resumen

**Objetivos.** Descubrir el punto de vista de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en el ámbito de la Atención Primaria. Una relación médico-paciente basada en el modelo deliberativo de Toma de Decisiones Compartidas (TDC) es la que debería prevalecer en todas las consultas sanitarias.

**Métodos.** Se elabora una encuesta en base a la bibliografía revisada y con ella se realizan 309 entrevistas a los pacientes que se encuentran en las salas de espera de las consultas de Atención Primaria de las tres Zonas Básicas de Salud seleccionadas de la Provincia de Castellón.

**Resultados.** El 39.2% de los pacientes considera que las decisiones se han de tomar de forma conjunta entre médico y paciente (TDC). El 77% considera que su médico/a suele tener en cuenta su opinión. Al 83.7% le gustaría que su opinión se tuviese en cuenta. El motivo fundamental por el que los pacientes consideran que no siempre se tiene en cuenta su opinión es por su falta de conocimientos como paciente (46.1%). Según los pacientes se les permite dar su opinión en mayor medida en cuanto a las opciones de tratamiento (72.2%) así como en el caso de patologías crónicas (40.8%) y/o leves (52.4%). El 67.3% de los pacientes considera que su médico/a sí suele animarle a preguntar las dudas. El 64.7% de los pacientes no conoce ninguna herramienta que le facilite la TDC.

**Conclusiones.** Los pacientes se muestran todavía reticentes a la TDC, prefiriendo en su mayoría que tome las decisiones relacionadas con su salud solo el médico. No obstante, la mayor parte sí percibe que el/la médico/a tenga en cuenta su opinión y le anime a participar en la consulta. A pesar de ello, es necesario diseñar más estrategias para lograr involucrar más a los pacientes en el proceso de toma de decisiones.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, en las consultas de Atención Primaria, se toman decisiones continuamente acerca de los distintos motivos por los que consulta el paciente. Sin embargo, ¿resultaría útil proponer algún cambio en la forma en que dicha toma de decisiones se lleva a cabo con el objetivo de aumentar el grado de satisfacción del paciente y del profesional y, en consecuencia contribuir a una mejora en la calidad de la atención sanitaria?

En los últimos años, se ha estado observando un aumento de la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud<sup>1</sup>. Esto podría deberse a una mayor facilidad de acceso a información relevante sobre sus patologías así como a un cambio de actitud en la relación médico-paciente y en los roles que estos desempeñan, evolucionando desde un modelo centrado en el profesional hacia un modelo cada vez más centrado en el paciente.

Con el tiempo, la relación médico paciente con respecto a la toma de decisiones ha ido evolucionando, a su vez, desde el modelo paternalista tradicional, en el que era solo el médico quién tomaba todas las decisiones acerca de la salud del paciente, hacia la necesidad cada vez mayor de un modelo de toma de decisiones compartidas (TDC), cuyo objetivo consiste en llegar a un acuerdo mutuo entre paciente y profesional habiendo compartido el primero sus preferencias y valores y el segundo la información y los riesgos y beneficios de las opciones disponibles <sup>1,2</sup>.

Los modelos de relación respecto a la toma de decisiones compartidas son<sup>4</sup>:

- Modelo paternalista: el médico toma las decisiones acerca de la salud del paciente sin tener en cuenta las preferencias ni la opinión de éste.
- Modelo informativo: el profesional únicamente ofrece toda la información al paciente y es éste último quien ha de tomar la decisión.
- Modelo interpretativo: el médico aporta la información y sugiere al paciente cuál sería la mejor opción en su caso.
- Modelo deliberativo: médico y paciente intercambian información. El profesional aporta al paciente información relevante sobre su patología y riesgos y beneficios de elegir una u otra opción. El/la paciente, por su parte, comparte con el médico/a cuáles son sus preferencias, sus valores y su opinión al respecto y juntos tratan de llegar a un acuerdo sobre cuál es la opción más adecuada en una determinada situación clínica.

Dichos modelos no son estáticos, es decir, puede ser necesario pasar de uno a otro en función de las necesidades del paciente<sup>1</sup>.

Este último modelo deliberativo de toma de decisiones compartidas ha demostrado incrementar la satisfacción de pacientes y profesionales, fomentar la adherencia al tratamiento<sup>4</sup>, favorecer una buena relación entre médico y paciente, y en consecuencia, obtener como resultado una mejora en la salud de los pacientes, objetivo fundamental de la práctica clínica. Es por ello, que se hace evidente la necesidad de fomentarla en el día a día de las consultas de atención primaria.

Para ello, se requiere además de herramientas y recursos que ayuden a los pacientes en la toma de decisiones, un adecuado entrenamiento en las habilidades comunicativas del profesional sanitario tales como escucha activa y empatía<sup>8</sup>. Esta actitud de respeto por los principios, valores y preferencias del paciente le aportará confianza en su médico/a, mejorando así la relación existente entre ellos, y favoreciendo, en consecuencia, su participación en la toma de decisiones.

Además, cabe destacar que la TDC es un derecho que permite a los/las pacientes poner en práctica el ejercicio de su autonomía, principio básico de la bioética, y en consecuencia, imperativo ético<sup>2</sup>, otorgándole así la posibilidad de aceptar, modificar o rechazar el plan propuesto por el/la médico/a<sup>7</sup>.

En cuanto a si se aplica o no la toma de decisiones compartidas actualmente en la práctica clínica, existen una serie de discrepancias entre las opiniones de profesionales y de pacientes. Los primeros, defienden por su parte que mayoritariamente implicarían a sus pacientes en la toma de decisiones<sup>6</sup>, sin embargo, añaden que no siempre es posible porque existen todavía algunas barreras que lo dificultan<sup>1,4</sup>. En cambio, los pacientes no perciben dichas oportunidades de participación por parte de sus médicos/as<sup>5</sup>.

Algunas de las barreras o limitaciones que los profesionales señalan y que según ellos dificultan la puesta en práctica de la TDC son: la elevada presión asistencial, la falta de tiempo, la escasez de herramientas que faciliten el proceso, como por ejemplo folletos con información clara y adaptada al conocimiento del paciente, que expliquen riesgos y beneficios de elegir un tratamiento u otro y puedan guiarle en la toma de decisiones, la falta de formación y entrenamiento tanto de médicos como de pacientes en la TDC y la escasa información actualizada sobre el tema<sup>1,3,4</sup>.

En la literatura revisada, tanto a nivel nacional como internacional son escasos los estudios basados en la toma de decisiones compartidas entre profesional y paciente. La mayoría de ellos, se refieren al tema enfocados a una patología concreta<sup>15</sup> pero no al ámbito de atención primaria en general. Por este motivo, se hace evidente la necesidad de investigar más acerca de si en la actualidad se practica realmente la TDC en atención primaria, ya que hasta el momento y tras la revisión de la bibliografía disponible, parece que opiniones de profesionales y pacientes en relación a ello se encuentran contrapuestas<sup>5,6</sup>.

En definitiva, tanto por el motivo anterior como por considerar que se trata de un tema relevante para un correcto ejercicio de la medicina hemos decidido realizar una investigación acerca de la toma de decisiones

compartidas en Atención Primaria desde la perspectiva de los pacientes, que nos permita valorar qué aspectos podrían mejorarse en cuanto a la misma para aumentar, en la medida de lo posible, la calidad de la atención sanitaria, y por ende, la salud global de los pacientes.

El punto de partida del presente trabajo es un TFG anterior<sup>3</sup> sobre la información al paciente del que se obtuvo una prevalencia de participación en la TDC del 28% de pacientes, la cual hemos empleado para el cálculo del tamaño muestral.

Este Trabajo Final de Grado (TFG) forma parte de un proyecto de investigación más extenso que abarca dos aspectos del mismo tema: la TDC desde el punto de vista de los profesionales y la TDC desde el punto de vista de los pacientes (el presente estudio).

Respecto a los objetivos en común de dicho proyecto:

El primer objetivo consiste en identificar si los pacientes y los médicos/as de 3 Centros de Salud del Departamento de Salud de Castellón participan o no, en la toma de decisiones compartidas, relacionando esta voluntad con las siguientes características socio-demográficas: edad, sexo y nivel de estudios.

Como segundo objetivo, revisamos las razones que mueven a pacientes y profesionales a poner en práctica o no, la toma de decisiones compartidas en las consultas.

En tercer lugar, compararemos los resultados de ambas investigaciones para observar si existe discrepancia o similitudes entre la perspectiva actual de los pacientes sobre la TDC y la de los médicos/as. Así mismo, estableceremos las diferencias, si las hay, entre los tres centros (de características socio-demográficas distintas).

En cuanto, a los objetivos individuales de este TFG cabe destacar:

1. Analizar quién considera el paciente que debe tomar las decisiones en las consultas dentro del ámbito de la Atención Primaria.
2. Objetivar si el médico suele tener en cuenta la opinión del paciente en la TDC.
3. Examinar si a los pacientes les gustaría que el profesional tuviese en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones sobre su salud o por el contrario, preferirían que no lo hiciese. Y, en caso de que el médico/a no tenga en cuenta la opinión del paciente, analizaremos cuál/es son los motivos por los que el paciente considera que no forma parte de la TDC.

4. Objetivar en qué momento de la consulta cuenta el médico con la opinión del paciente en la TDC así como en qué tipos de enfermedades.
5. Analizar la percepción subjetiva del paciente sobre si su médico le anima o no a participar en la TDC y si utiliza algún tipo de herramienta que ayude al paciente en la toma de decisiones.
6. Comparar si existen diferencias entre las opiniones de los pacientes respecto a la TDC en 3 Centros de Salud distintos de la provincia Castellón. Y, en caso de haberlas, interpretaremos a qué pueden deberse dichas diferencias.

## 2. MATERIAL Y MÉTODOS

### 2.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio clínicoepidemiológico no experimental transversal. Es un estudio observacional de base individual que no presenta seguimiento de los pacientes

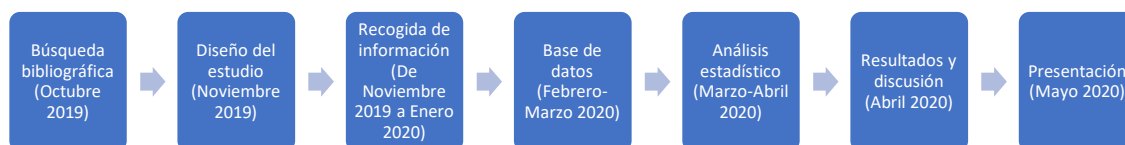
### 2.2. ÁMBITO

La investigación se realiza en el ámbito de Atención Primaria, concretamente sobre la población asignada a tres centros de salud con características sociodemográficas distintas de la provincia de Castellón.

### 2.3. PERIODO DE ESTUDIO

El periodo de recogida de datos del estudio es de aproximadamente dos meses, desde el 25 de noviembre de 2019 hasta el 25 de enero de 2020. Las encuestas se realizan durante días laborables y fuera del horario de las prácticasclínicas de la universidad durante todos los días de la semana (de lunes a viernes). Además, se han cubierto todas las franjas horarias, siendo de 9:00-13:30h el horario de mañana y/o 15:30-20h el horario de tarde.

Todas las fases del estudio quedan recogidas en el siguiente cronograma:



### 2.4. POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

#### 2.4.1. Distribución de los centros de salud

Se escogen tres Centros del Departamento de Salud de Castellón de la Plana con características de morbilidad similares que son: un centro de salud urbano tradicional situado en el centro de la ciudad, un centro de salud

urbano situado en la periferia de la ciudad y un centro de salud semiurbano de una población próxima a Castellón. El motivo de selección de estos tres centros de salud se debe a que consideramos que sería interesante comparar si la TDC varía en función de las características sociodemográficas diferentes que presentan los pacientes pertenecientes a los tres centros de salud distintos.

Estos tres centros elegidos por presentar características distintivas y resultar accesibles se muestran en la Tabla 1. Los hemos denominado por la abreviatura Centro de Salud (CS) seguida de A-B-C, siendo "A" el centro de salud urbano tradicional situado en el centro de la ciudad, "B" el centro de salud de la periferia de la ciudad y "C" el centro urbano de una población próxima a Castellón.

Los 12 médicos/as de familia del CS-C se distribuyen entre los dos centros de salud pertenecientes a dicha población, siendo 4 y 8 médicos/as en cada centro respectivamente.

	<b>CS-A</b>	<b>CS-B</b>	<b>CS-C</b>
<b>Población atendida TOTAL</b>	20465	3990	23857
<b>&gt; 14 años</b>	15935	3360	18949
<b>&lt; 14 años</b>	2486	630	4053
<b>Sin médico asignado</b>	2044	0	855
<b>Número de médicos</b>	13	3	12
<b>Tipo de centro</b>	Urbano tradicional	Urbano	Semiurbano
<b>Localización geográfica</b>	Centro de Castellón de la Plana	Periferia de Castellón de la Plana	Población próxima a Castellón

**Tabla 1.** Descripción de los tres Centros de Salud seleccionados.

#### 2.4.2. Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño muestral se calculó con el programa de análisis de datos epidemiológicos EPIDAT, con un tamaño poblacional de 41143, un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 28% (dato extraído de los resultados obtenidos del TFG del año pasado, en el que un 28% de población participaba en la TDC) con una precisión del 5%. Decidimos hacerlo con dicha precisión porque a mayor precisión, mayor validez interna del estudio.

Tamaño poblacional: 41143  
 Proporción esperada: 28,000%  
 Nivel de confianza: 95,0%  
 Efecto de diseño: 1,0  
 Precisión 5%

-----  
 Tamaño de muestra: 308

Finalmente, obtenemos que el número de encuestas a realizar es 308 y dividimos equitativamente dicho número de encuestas entre los 3 centros de salud que participan en el estudio.

### **2.4.3. Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes mayores de 14 años
- Pacientes que aceptan realizar la encuesta.
- Pacientes presentes en las salas de espera de los centros de salud en el periodo de tiempo mencionado.
- Pacientes que han acudido al médico al menos una vez

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes menores de 14 años
- Pacientes que rechazan realizar la encuesta.
- Pacientes que acuden al médico por primera vez.
- Pacientes incapaces de responder por sí mismos.

### **2.4.4. Selección de pacientes**

Los pacientes fueron seleccionados de entre las personas que acuden a los tres centros de salud escogidos mediante un muestreo por conveniencia. La selección se llevó a cabo de entre los presentes en las salas de espera de Medicina de Familia antes de que éstos entrasen en la consulta.

La forma de actuación fue la siguiente:

- Presentación de la entrevistadora
- Explicación del propósito y tipo de estudio
- Obtención del consentimiento verbal de los pacientes
- Recogida de datos a través de la encuesta mediante entrevista y registro en hoja de recogida de datos.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación, la realización de la encuesta e inclusión en la investigación se ofertó a todos los pacientes presentes en las salas de espera de los tres Centros de Salud seleccionados.

### **2.4.5. Selección de médicos**

Tal como mencionamos en objetivos, este TFG forma parte de un proyecto de investigación más amplio que abarca dos aspectos del mismo tema: la TDC desde el punto de vista de los pacientes (el presente estudio) y la TDC desde el punto de vista de los profesionales.

Por tanto, cabe mencionar que la selección de los médicos/as se lleva a cabo mediante un muestreo exhaustivo entre profesionales (se explicará más detalladamente en el TFG que corresponde a la TDC desde el punto de vista de los profesionales).

## **2.5. MEDICIONES Y VARIABLES: LA ENCUESTA**

La encuesta ha sido diseñada por los investigadores en función de las necesidades del presente estudio tomando como referencia toda la bibliografía consultada<sup>(1-15)</sup> así como las encuestas sobre la TDC procedentes de la Escala CICAA<sup>17</sup> y del SDMQ9<sup>16</sup>.

La encuesta está constituida por nueve variables de respuesta múltiple siguiendo el modelo de escala Likert.

Antes de realizar la encuesta en sí, se recogen variables sociodemográficas tanto de los pacientes (edad, profesión, sexo, nivel educativo y país de origen) como de los médicos que los van a atender (edad, sexo, años de ejercicio, docencia, tamaño del cupo y tiempo medio asignado por paciente). A continuación se comienza la entrevista en base a los nueve ítems de la encuesta, que puede verse de manera completa en el *Anexo 1*.

Las variables extraídas de la encuesta "*Toma de decisiones compartidas: visión del paciente*" son:

1. Quién debe tomar las decisiones en la consulta
2. Si el/la médico/a de familia suele tener en cuenta la opinión del paciente
3. En caso de no ser así, si el paciente preferiría que su médico/a tuviese en cuenta su opinión
4. Cuáles podrían ser considerados los motivos más importantes por los que el/la médico/a no tiene siempre en cuenta su opinión
5. En qué situaciones y en que tipo de patologías permite el profesional opinar a su paciente con mayor frecuencia
6. Si el paciente percibe que su médico/a le anima a preguntarle las dudas que le surgen en la consulta
7. Si el paciente conoce herramientas que le ayuden a tomar decisiones y, en caso afirmativo, si las utiliza.

## **2.6. ANÁLISIS DE DATOS**

Para el análisis estadístico de los datos se emplea el programa informático IBM SPSS Statistics 22.0. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo para obtener las frecuencias de cada una de las variables de nuestro estudio. En segundo lugar, se lleva a cabo un análisis comparativo entre las tres variables principales de la encuesta (quien debe tomar las decisiones, suele tener su médico/a en cuenta su opinión, considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas) y las tres variables sociodemográficas principales (edad, sexo y nivel educativo). Por último, se comparan los tres Centros de Salud en función de las tres variables principales de la encuesta.



## **2.7. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN**

Antes de empezar a elaborar nuestro proyecto comentamos en CEI/CEIM (Comité Ético de Investigación Médica) de Castellón, y desde allí nos informaron que puesto que los cuestionarios no contienen información que pueda identificar a los participantes (nombre, SIP, etc.) ni tampoco se consultan las historias clínicas de los mismos, se protege su privacidad y confidencialidad, con lo que cumple la normativa sobre protección de datos (RGDP), no siendo necesario el dictamen más específico por parte del CEIM.

Además, se solicitó y obtuvo el permiso de la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón así como de los jefes de Zona Básica de los tres centros de salud que participan en el estudio.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO GENERAL**

Se recoge una muestra total de 309 pacientes, 103 por cada Centro de Salud cuya media de edad es de 54 +- 18 (edad mínima 15 y máxima 89 años).

En cuanto al sexo de los pacientes encuestados las mujeres representan el mayor porcentaje del total de encuestados con un 64.1% en el CS-A, un 59.2% en el CS-B y un 71.7% en el CS-C.

Por lo que respecta al nivel educativo:

- En el CS-A encontramos que un 31.1% de los pacientes son universitarios, un 13.6% han cursado bachillerato, un 16.5% FP, un 13.6% finalizaron sus estudios en la ESO y un 24.3% en Educación Primaria mientras que el 1% restante no tiene estudios.
- En el CS-B, el nivel educativo que encontramos con mayor frecuencia finaliza con la Educación Primaria con un 35.9%, seguido de un 18.4% de los pacientes sin estudios, de un 17.5% de pacientes con FP y, de un 16.5%, 7.8% y 3.9% con ESO, estudios universitarios y bachillerato respectivamente.
- En el CS-C por su parte, obtenemos que la mayoría de los pacientes terminan sus estudios en la Educación Primaria con un 36.9%, seguido por un 18.4% que tienen FP, un 16.5% títulos universitarios, un 12.6% ESO, un 9.7% Bachillerato y por último, un 5.8% sin estudios.

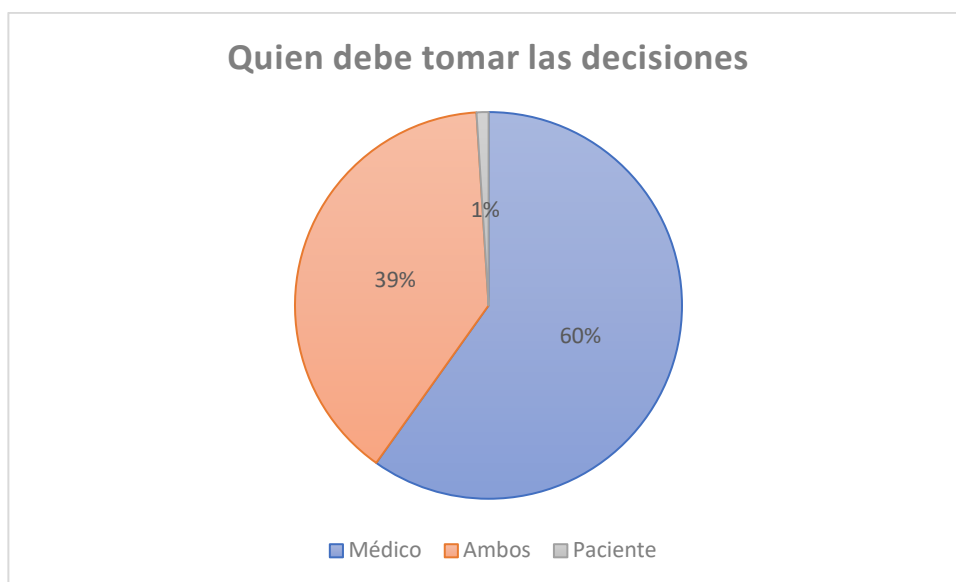
En cuanto al país de origen:

- En el CS-A un 88.3% de los pacientes entrevistados son españoles seguidos por población rumana en un 5.8%.
- En el CS-B un 97.1% del total de entrevistados son españoles.
- En el CS-C un 89.3% españoles y un 6.8% rumanos.

En cuanto a las variables extraídas de la encuesta TdC, obtenemos los siguientes resultados:

En primer lugar, en referencia a la variable quién debe tomar las decisiones en la consulta obtenemos los siguientes resultados:

- En el CS-A un 66% de la población quiere que decida el médico, un 33% ambos y solo un 1% el paciente.
- Respecto al CS-B, obtenemos que el 55.3% de los pacientes consideran que es el médico quien ha de tomar las decisiones en la consulta, frente a un 47.7% que piensan que deben hacerlo tanto médico como paciente de forma conjunta. En este centro, ningún paciente de los encuestados opinó que era solo el paciente quien debía tomar las decisiones.
- En el CS-C, por su parte, encontramos que un 58.3% considera que es el médico quien debe tomar las decisiones frente a un 39.8% que piensa que deben hacerlo tanto médico como paciente y un 1.9% que cree que debe hacerlo solo el paciente.

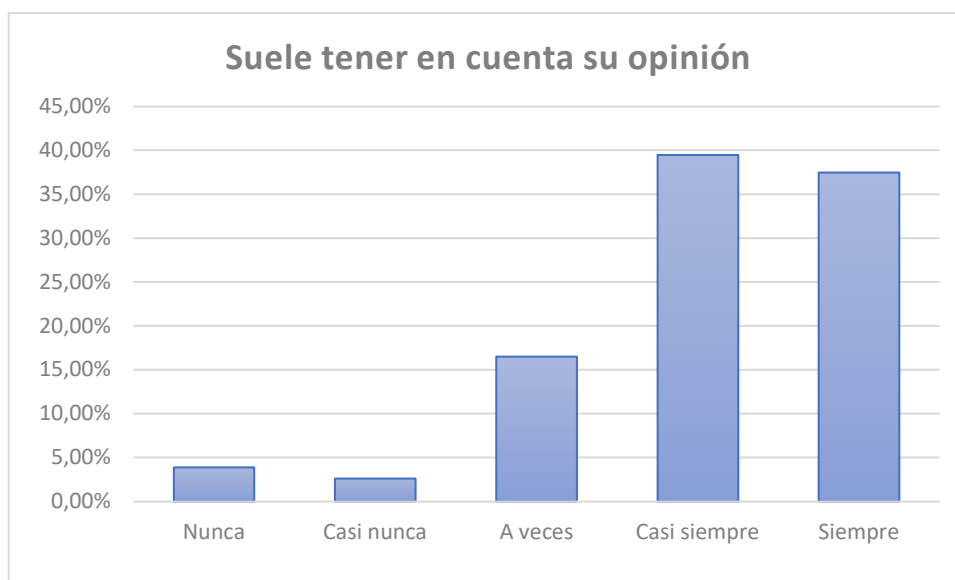


**Figura1.** Muestra la media de respuestas a la variable "Quien debe tomar las decisiones" de los 3 Centros de Salud.

Respecto a la variable sobre si suele tener el médico en cuenta la opinión del paciente encontramos lo siguiente:

- En el CS-A obtenemos como respuestas de los pacientes encuestados:
  1. Siempre: 36.9%
  2. Casi siempre: 41.7%
  3. A veces: 15.5%
  4. Casi nunca: 0%
  5. Nunca: 5.8%

- En cuanto al CS-B:
  1. Siempre: 34%
  2. Casi siempre: 40.8%
  3. A veces: 17.5%
  4. Casi nunca: 5.8%
  5. Nunca: 1.9%
- Por lo que respecta al CS-C:
  1. Siempre: 41.7%
  2. Casi siempre: 35.9%
  3. A veces: 16.5%
  4. Casi nunca: 1.9%
  5. Nunca: 3.9%



**Figura 2.** Muestra la media de respuestas a la variable "Suele tener en cuenta su opinión" de los 3 Centros de Salud.

En cuanto a la variable "Le gustaría que se tuviese en cuenta su opinión" obtenemos como resultado predominante en los 3 centros de salud una respuesta afirmativa con un 76.9% en el CS-A, un 87.7% en el CS-B y un 86.7% en el CS-C.

Las siguientes cuatro variables son de posible respuesta múltiple, por ello, al sumar los porcentajes de los pacientes encuestados resulta en más del 100%. Esto se debe a que al hacer el análisis estadístico de estas variables se ha tenido en cuenta no solo a los pacientes que marcaron una sola opción sino también a los que marcaron varias opciones o incluso todas.

Por lo que respecta a la variable que indica los motivos por los que el paciente considera que el médico no siempre tiene en cuenta su opinión encontramos como resultados:

- En el CS-A: la mayoría de pacientes entrevistados (53.8%) considera que el motivo principal radica en que como pacientes, no tienen el conocimiento suficiente para la TDC. En cambio, un 32.3% piensa que se debe a falta de tiempo por parte del médico. Un 30.8% prefiere no involucrarse, un 4.6% considera que su médico no le anima a participar en la TDC y un 24.6% considera que se debe a otro motivo.
- En el CS-B: el mayor porcentaje de los entrevistados responde que se debe a su falta de conocimientos como pacientes (44.1%). Por otro lado, un 29.4% considera que el motivo es la falta de tiempo mientras que un 39.7% prefiere no involucrarse en la TDC. Un 8.8% no percibe que su médico le anime a participar y, por último, un 16.2 % de los encuestados señalan otro motivo.
- En el CS-C: Un 40% de los pacientes encuestados opina que el principal motivo es la falta de tiempo por parte del médico/a frente a otro 40% que señalan como motivo principal su falta de conocimientos como pacientes. Un 33.3%, por su parte, prefiere no involucrarse en la TDC, dejando la decisión en las manos del profesional. Un 15% de los pacientes, por su parte, prefiere no involucrarse. Un 11.7% de la muestra no siente que su médico le anime a participar en la TDC. Y, por último, un 18.3% alude otro motivo.

Respecto a la variable de en qué situación le permite su médico opinar:

- En el CS-A: Un 35.9 % de los entrevistados responde que en cuanto al diagnóstico, un 75.7% en cuanto al tratamiento y un 43.7% en cuanto a la derivación a otros especialistas.
- En el CS-B: Un 29.1% de los pacientes encuestados responde que en cuanto al diagnóstico, un 68 % defiende que en cuanto al tratamiento y un 35.9% que en cuanto a la derivación a otros especialistas.
- En el CS-C: Un 35% de nuestra muestra responde que en cuanto al diagnóstico, un 72.8% en cuanto al tratamiento y un 40.8% que en cuanto a la derivación a otros especialistas.

En cuanto a la variable de en qué tipo de condición le pide su médico la opinión:

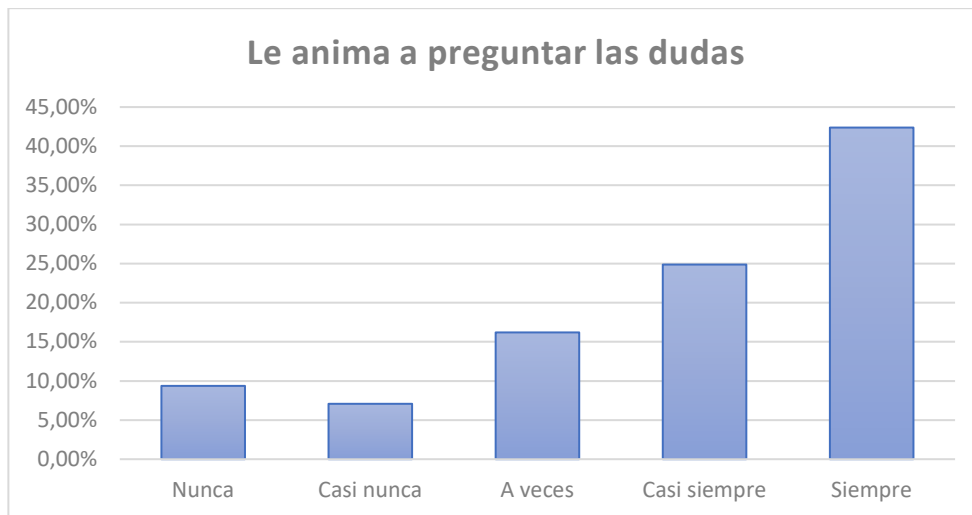
- En el CS-A: un 20.4% responde que en emergencias, un 24.3% refiere que en urgencias, un 43.7% defiende que en patologías agudas y un 41.7% en crónicas.
- En cuanto al CS-B: un 18.4% responde que en emergencias, un 22.3% defiende que en urgencias, un 35.9% responde que en patologías agudas y un 41.7% que en crónicas.
- En el CS-C: un 11.7% responde que en las emergencias, un 15.5% que en urgencias, un 40.8% defiende que en patologías agudas y un 38.8% en crónicas.

Por lo que respecta a la gravedad de la enfermedad, en la variable sobre en qué situación le pide el médico opinión a su paciente encontramos que:

- En el CS-A: un 56.3% responde que en situaciones leves mientras que un 40.8% defiende que en situaciones graves.
- En el CS-B: un 54.4% responde que en situaciones leves mientras que un 32% señala que en situaciones graves.
- En el CS-C: un 46.6% responde que en situaciones leves y un 31.1% defiende que en situaciones graves.

En cuanto a la variable sobre si el médico anima al paciente a preguntarle las dudas que le surgen durante la consulta obtenemos los siguientes resultados:

- En el CS-A responden:
  1. Siempre: 44.7%
  2. Casi siempre: 24.3%
  3. A veces: 15.5%
  4. Casi nunca: 6.8%
  5. Nunca: 8.7%
- En el CS-B por su parte, las respuestas son:
  1. Siempre: 40.8%
  2. Casi siempre: 22.3%
  3. A veces: 18.4%
  4. Casi nunca: 4.9%
  5. Nunca: 13.6%
- En el CS-C, el resultado de las respuestas de los encuestados es el siguiente:
  1. Siempre: 41.7%
  2. Casi siempre: 28.2%
  3. A veces: 14.6%
  4. Casi nunca: 9.7%
  5. Nunca: 5.8%



**Figura 3.** Muestra la media de respuestas a la variable "Considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas" de los 3 Centros de Salud.

Por último, por lo que respecta a la variable sobre si el paciente conoce alguna herramienta para la TdC:

- En el CS-A las respuestas halladas son:
  - Sí y las uso: en un 27.2%
  - Sí, pero no las uso: en un 19.4%
  - No: en un 53.4%
- En el CS-B, por su parte, obtenemos:
  - Sí y las uso: en un 13.6%
  - Sí, pero no las uso: en un 5.8%
  - No: en un 80.6%
- En el CS-C, por su parte, obtenemos:
  - Sí y las uso: en un 29.1%
  - Sí, pero no las uso: en un 10.7%
  - No: en un 60.2%

### 3.2. ANÁLISIS COMPARATIVO

En primer lugar, se comparan una a una las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel educativo) con las siguientes variables de la encuesta:

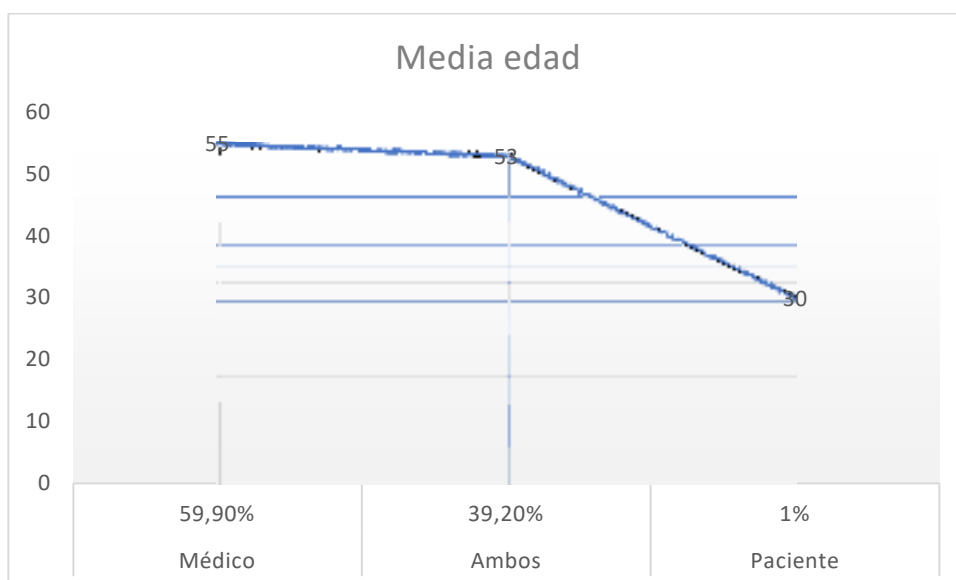
- Quien debe tomar las decisiones en la consulta
- Suele tener en cuenta su médico de familia su opinión como paciente
- Considera que su médico le anima a preguntar las dudas que le surgen durante la consulta.

Como datos destacables de dichos análisis encontramos lo siguiente:

Al comparar la variable "Edad" con la variable "Quién considera que debe tomar las decisiones"

Al comparar la variable "edad" con la variable "Quién considera que debe tomar las decisiones" obtenemos una p de 0.039, es decir, una  $p < 0.05$  (estadísticamente significativa) y, en consecuencia, asumimos que las respuestas a la variable "Quién considera que debe tomar las decisiones" sí son distintas en función de la edad de los pacientes.

La media de edad de los que consideran que debe ser el médico quien debe tomar las decisiones en la consulta se encuentra en los 55 años mientras que la de los que consideran que la toma de decisiones debe ser compartida entre médico y paciente se encuentra en los 53 años. Por otro lado, vemos que la media de edad entre las tres únicas personas que han respondido que debe ser el paciente quien tome las decisiones en la consulta es de 30 años. Dichas diferencias las podemos observar en el gráfico siguiente:

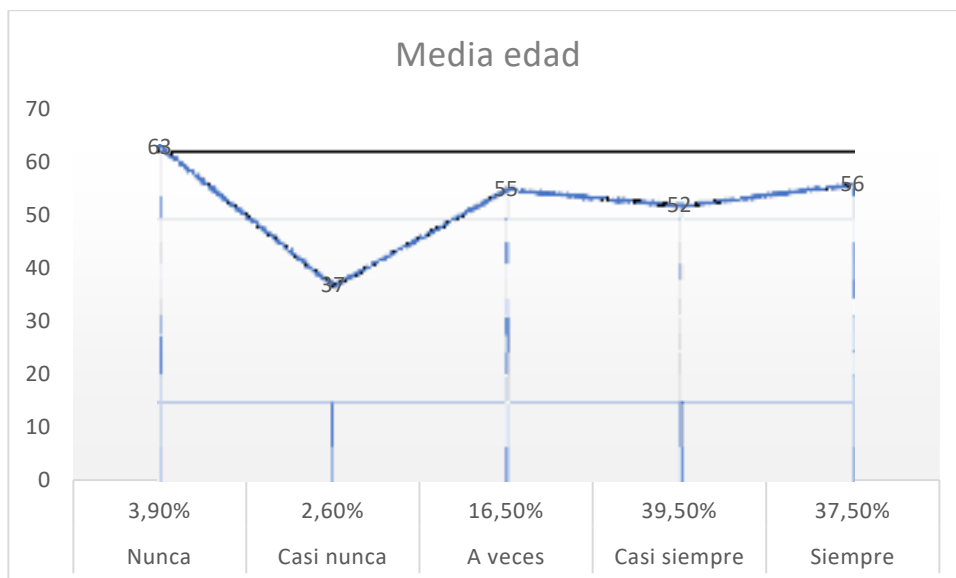


**Figura 4.** Gráfico que muestra la asociación existente entre las respuestas a la variable "Quién considera que debe tomar las decisiones" y la edad.

Además, obtenemos otra asociación estadísticamente significativa con una p de 0.018 entre las variables "Edad" y "Suele tener su médico/a de familia en cuenta su opinión como paciente".

La edad media de los encuestados que responden "Nunca" a dicha variable se encuentra en los 63 años mientras que los que responden "Casi nunca" se encuentran en los 37 años. En cambio, la media de edad de los que responden "A veces" se encuentra en los 55 años, la de los que responden "Casi siempre" en los 52 y por último, la edad media de los que responden "Siempre" se encuentra en los 56 años.

En el siguiente gráfico podemos observar de forma más ilustrativa dichas diferencias.



**Figura5.** Gráfico en el que observamos cómo se distribuyen las respuestas a la variable “Suele tener en cuenta el médico/a su opinión como paciente” en función de la “edad”.

En el resto de asociaciones no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas bien porque realmente no existen diferencias entre las variables comparadas o bien porque nuestra muestra no es lo suficientemente grande como para encontrarlas.

- Edad y Considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas:  $p=0.289$ . Sin embargo, aunque la asociación no sea estadísticamente significativa sí podemos observar la tendencia que existe en la respuesta a la variable “Considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas” en función de la edad en la Figura X (ver anexo).
- Sexo y Quién debe tomar las decisiones en la consulta:  $p= 0.247$ . Observamos que tanto hombres como mujeres en su mayoría defienden que debe ser el médico quien tome las decisiones.
- Sexo y Suele tener en cuenta su opinión como paciente:  $p=0.051$  por lo que podemos concluir que el ser hombre o mujer no es un factor que influya en que el médico tenga en cuenta la opinión del paciente en mayor o menor grado.
- Sexo y Considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas:  $p=0.952$ . Las respuestas a la segunda variable se distribuyen de forma homogénea en ambos sexos.
- Nivel educativo y Quién debe tomar las decisiones:  $p=0.202$ . Por tanto, no podemos rechazar la hipótesis nula y asumimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables, es decir, que el nivel educativo no influye en la respuesta a la variable Quién debe tomar las decisiones.



- Nivel educativo y suele tener en cuenta el médico su opinión:  $p=0.258$ . No existe asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.
- Nivel educativo y considera que le anima a preguntar:  $p=0.161$ . No podemos rechazar la hipótesis nula y asumimos que no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas variables.

Por último, se comparan las mismas tres variables de la encuesta empleadas en los análisis anteriores con los tres Centros de Salud y no se obtienen diferencias estadísticamente significativas por lo que podemos decir que la distribución en cuanto a las variables de la encuesta es similar en los tres CS a pesar de tener estos últimos características sociodemográficas distintas.

- CS y Quién debe tomar las decisiones:  $p=0.303$ . No obstante, observamos que es en el CS-B donde los pacientes son más partidarios de realizar una TDC (ver anexo 2: figura 6).
- CS y Suele tener en cuenta su médico/a su opinión como paciente:  $p=0.224$
- CS y Considera que su médico/a le anima a preguntar las dudas:  $p=0.586$ .

#### 4. DISCUSIÓN

El presente estudio muestra una aproximación a las percepciones subjetivas y las preferencias de los pacientes respecto a la Toma de Decisiones Compartidas. La puesta en práctica de la misma tiene una importante justificación moral y ética<sup>2</sup> basada en el principio de autonomía del paciente<sup>(1,2,5)</sup>.

En primer lugar, cabe destacar que pese a que el ejercicio de la TDC pone al paciente en una posición importante respecto a los cuidados de su salud, son los mismos pacientes los que se muestran todavía reticentes en su gran mayoría a implicarse en el proceso de TDC, prefiriendo que sea el médico quien decida (59.9%;  $n=185$ ). No obstante, se observa que un porcentaje nada despreciable de pacientes sí considera que las decisiones han de tomarse de forma conjunta llegando a un acuerdo consensuado entre médico y paciente (39.2%;  $n=121$ ), resultado bastante inferior al obtenido en el estudio de Raisa B. Deber<sup>10</sup> en el que un 72% de los encuestados era partidario de realizar una TDC.

En segundo lugar, debemos señalar que en la gran mayoría de los casos los pacientes sí consideran que su médico/a de familia tiene en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones acerca de su salud siempre o casi siempre (77%;  $n=238$ ) a diferencia del artículo de Roger Ruiz Moral et al<sup>5</sup> en el que al 60% de los pacientes consideran que el/la médico/a no tiene en cuenta su opinión.

En tercer lugar, objetivamos que a la mayoría de los pacientes sí les gustaría que se tuviese en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones que afecten a su salud (83.7%;  $n=159$ ). No obstante, hay un pequeño porcentaje de pacientes (16.3%;  $n=31$ ) que prefieren mantenerse al margen y poner toda la decisión en manos del médico/a alegando que es él/ella quien tiene los conocimientos necesarios para tomar decisiones sobre su salud o defendiendo que confían plenamente en él/ella y que prefieren que sea el profesional quien

decida. Este mismo motivo es señalado en el artículo de Sara Davies y Jose M. Bosch<sup>4</sup> como un obstáculo a superar.

En cuanto a los motivos fundamentales por los que el paciente considera que el/la médico/a no siempre tiene en cuenta su opinión encontramos los siguientes: el paciente no se considera con el conocimiento suficiente para poder tomar decisiones, el paciente no quiere involucrarse y prefiere que sea el profesional quien decida y la falta de tiempo por parte del médico. Este último motivo fue también señalado en el artículo "La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura" de Josep M. Bosch Fontcuberta<sup>1</sup>. La razón menos señalada por los pacientes es que el profesional no le anima a participar. Otros motivos, alegados por los propios pacientes son: la "falta de empatía" o "el médico es el que sabe".

En cuarto lugar, como aspectos novedosos no hallados en la bibliografía revisada obtenemos que los profesionales permiten opinar a sus pacientes en mayor medida en cuanto a las opciones de tratamiento (72.2%; n=223). Por lo que respecta al tipo de enfermedad, los pacientes opinan más en el caso de patologías crónicas (40.8%; n=126). Y, en función de la gravedad de la enfermedad, los pacientes señalan que es en el caso de patologías leves (52.4%; n=162) donde el médico/a permite su opinión en mayor medida.

En quinto lugar, la mayoría de los pacientes considera que su médico/a de familia sí le anima a preguntar las dudas que le surgen durante la consulta (67.3%; n=208) siempre o casi siempre, a diferencia del resultado obtenido en uno de los artículos mencionados anteriormente<sup>5</sup> en el que la mayoría de pacientes no perciben dichas oportunidades de participación. No obstante, un 32.7% (n=101) de los pacientes de nuestro estudio señala que nunca, casi nunca o solo a veces su médico/a les invita a participar en la consulta. Este hallazgo pone en evidencia la necesidad de mayor formación de los profesionales en habilidades comunicativas<sup>4</sup> con el objetivo de lograr hacer más partícipes a los pacientes porque tal como se señala también en estudios anteriores<sup>(2,4,10)</sup>, los pacientes que toman un rol activo y realizan TDC tienden a estar más satisfechos con sus médicos, muestran una mejora en su salud y un manejo más óptimo de su patología que los pacientes que toman un rol más pasivo.

En sexto lugar, hallamos como novedad no encontrada previamente en la bibliografía revisada que la mayoría de los pacientes no conoce ninguna herramienta para la TDC, hallazgo que muestra la importancia de formar a los médicos en la TDC<sup>8,18</sup> así como de instaurar herramientas que permitan a los pacientes informarse y, en consecuencia, poder ser más participativos<sup>4,10</sup>.

Por último, cabe señalar que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los 3 Centros de Salud a pesar de tener éstos características sociodemográficas distintas. No obstante, si que llama la atención el hecho de que a pesar de ser el CS-B en el que menor nivel educativo tienen sus pacientes, es el que más apuesta por la TDC (*ver anexo 2: figura 6*).

En cuanto a la comparativa del presente trabajo de investigación con el otro TFG sobre la TDC desde el punto de vista de los médicos (que forman conjuntamente un mismo proyecto de investigación desde dos puntos de enfoque distintos: perspectiva de pacientes y perspectiva de médicos) encontramos los siguientes hallazgos:

En primer lugar, respecto a la variable "Quién debe tomar las decisiones en la consulta", se obtiene que un 69.2% (n=18) de los médicos opina que la toma de decisiones debe ser compartida con el paciente frente a un 39.2% (n=41) de los pacientes. Estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en el TFG en el que se valora la TDC desde la perspectiva de los médicos. Quizá este resultado podría haberse visto influenciado bien porque la muestra de médicos encuestados es bastante menor a la de los pacientes o bien porque los médicos han tendido a responder que son más partidarios de la TDC por ser más políticamente correcto<sup>6</sup>.

En segundo lugar, observamos que en la variable "Suele tener en cuenta la opinión" tanto en la encuesta de médicos como en la de pacientes observamos diferencias en cuanto a que un porcentaje de pacientes (6.5%; n=20) considera que "Nunca o Casi Nunca" se tiene en cuenta su opinión frente a un 0% de médicos que opinan que "Nunca o Casi nunca" tengan en cuenta la opinión del paciente. Esta discrepancia entre ambos grupos podría deberse bien a que en realidad algunos de los médicos no tengan en cuenta la opinión del paciente en determinadas ocasiones y que hayan respondido que sí por ser más correctos políticamente<sup>6</sup> o bien a que el paciente no perciba que el médico está teniendo en cuenta su opinión aunque éste último si lo haga.

En tercer lugar, en cuanto a los motivos por los que consideran que no se tiene en cuenta siempre la opinión del paciente se observa que los pacientes consideran en su mayoría que no tienen el conocimiento suficiente para realizar una TDC (46.1%; n=89) frente a los médicos que solo alegan dicho motivo en un 15% (n=3).

En cuarto lugar, respecto a las situaciones en que se permite opinar al paciente encontramos discrepancia entre las opiniones de médicos quienes consideran que en un 80.8% (n=21) permiten a sus pacientes opinar en cuanto a las pruebas diagnósticas frente a un 33.3% (n=103) de los pacientes que consideran que su médico/a le permite opinar respecto a las mismas. Otra de las diferencias llamativas entre ambos trabajos se da en que un 100% (n=26) de los médicos considera que permite opinar en el caso de patologías crónicas mientras que solo un 40.8% (n=126) de los pacientes lo percibe como tal. Esta diferencia puede deberse a que los pacientes más jóvenes al no tener enfermedades crónicas la mayoría, no marcaban esta opción. Otra de las discrepancias entre opinión de médicos y pacientes se encuentra en función de la gravedad de las patologías. Según los médicos, permiten opinar al paciente en un 80.8% (n=21) de los casos en las enfermedades leves y un 73.1% (n=19) en las graves. En cambio, los pacientes refieren que su médico/a les permite opinar en un 52.4% (n=162) y un 34.6% (n=107) en las enfermedades leves y graves respectivamente. Es decir, que según los médicos permiten opinar a sus pacientes en mayor medida de lo que estos perciben. Estas diferencias pueden deberse a que un 59.9% de los pacientes prefiere que sea el médico quien tome las decisiones dejando en todos los casos la opinión en sus manos. También podrían deberse a que los pacientes que solo han tenido enfermedades leves no marcan graves no porque no se les haya permitido opinar en cuanto a patologías graves sino porque no se han visto en dicha tesitura.

En quinto lugar, encontramos también diferencias entre la percepción de médicos y pacientes respecto a si se les anima a participar y a preguntar las dudas obteniendo un 16.5% de los pacientes que opina que nunca y casi nunca frente a un 0% de los médicos.

Por último, se hace evidente la necesidad de informar a la población sobre herramientas para la toma de decisiones compartidas ya que los médicos (69.3%; n=18) las conocen en mayor medida que los pacientes (35.3%; n=109). No obstante, observamos que no solo sería necesario informar a los pacientes en la TDC y cómo llevarla a cabo de forma eficaz sino también a los médicos ya que un porcentaje nada despreciable de los mismos ni siquiera conoce herramientas (30.8%; n=8) que le sirvan de apoyo para fomentar la TDC con sus pacientes.

Para finalizar, por lo que respecta a la utilidad de este estudio merece la pena destacar que la edad del paciente es un factor que sí puede influir en la TDC, hallazgo también descrito en el artículo "The patient-physician partnership: decisionmaking, problemsolving and the desire to participate"<sup>10</sup> en el cual se obtiene como resultado que los más jóvenes suelen querer participar más en la TDC. Sin embargo, en nuestro estudio no parece influir ni el sexo ni el nivel educativo de los pacientes a diferencia de estudios previos<sup>19,20</sup>, que mencionan que la gente con mayor nivel educativo prefiere involucrarse más en la TDC. Además, hemos podido poner de manifiesto en qué circunstancias se produce con mayor frecuencia la TDC y en qué medida se lleva a cabo en la práctica clínica. Otro de los hallazgos novedosos de nuestro estudio consiste en que la mayoría de los pacientes no conoce ninguna herramienta para la TDC. Dicho hallazgo pone en evidencia la necesidad de buscar herramientas aplicables<sup>2</sup> en las consultas tanto para médicos como para pacientes con el fin de facilitar y fomentar la TDC en ambas partes.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe destacar que la encuesta que hemos empleado durante las entrevistas ha sido de elaboración propia tomando como referencia la bibliografía existente y ajustándola a nuestras necesidades, por lo que, no se encuentra validada. Esto podría llevar a un sesgo de clasificación incorrecta no diferencial debido a errores en el aparato de medida (en nuestro caso la encuesta) que condiciona el mismo nivel de error en la clasificación de todos los grupos infraestimando la asociación. Su solución pasaría por mejorar el aparato de medida aumentando su sensibilidad y especificidad. Otro de los sesgos que se puede haber producido es el de clasificación incorrecta diferencial debido a las variables subjetivas de la encuesta. Entre ellos, cabe destacar el sesgo de memoria por el que los pacientes quizá pueden recordar más situaciones desagradables o en las que no percibieron que el médico les invitó a participar de la TDC así como el sesgo de atención o efecto Hawthorne por el cual los pacientes pueden haber respondido de un modo distinto al que realmente piensan por el simple hecho de sentirse observados. No obstante, la complejidad de la encuesta hacía difícil que fuera autoadministrada, por lo que en el caso de los pacientes era necesario asumir este sesgo.

Como conclusiones: la mayoría de los pacientes sigue prefiriendo el modelo paternalista en el que es únicamente el médico/a quien toma las decisiones. No obstante, un porcentaje cada vez mayor de pacientes sí desearía involucrarse en una TDC. En general, según nuestro estudio los pacientes perciben que sus médicos/as de familia tienen en cuenta su opinión. Por otro lado, en los casos en que no la tienen señalan como motivo principal su falta de conocimientos como paciente. Por lo que respecta al tipo de enfermedades, es en las patologías leves y/o crónicas donde suele tenerse en cuenta la opinión del paciente en mayor medida. En general, la mayoría de los pacientes considera que su médico/a le anima a participar en la consulta. Sin embargo, no conoce herramientas que le faciliten la TDC. A pesar de haber analizado 3 Centros de Salud con características sociodemográficas distintas no se han obtenido diferencias estadísticamente

significativas en cuanto a sus resultados por lo que podemos concluir que los factores sociodemográficos no tienen por qué influir en la TDC.

## 5.AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón así como a los jefes de Zona Básica de los tres centros de salud por acceder a participar en esta investigación.

En segundo lugar, agradecer tanto a los pacientes como a los médicos participantes su tiempo y colaboración para completar las encuestas.

Y, por último, especial mención y agradecimiento a Manuel Batalla Sales y a María José Monedero Mira por su paciencia, esfuerzo, dedicación y constancia tanto en este Trabajo de Final de Grado como a lo largo de toda nuestra formación como futuros médicos/as.

## ANEXO 1: ENCUESTA

### VARIABLES PACIENTE

Edad	
Profesión/Ocupación	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro
Nivel educativo	<input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Formación profesional (FP) <input type="checkbox"/> Educación secundaria obligatoria (ESO) <input type="checkbox"/> Educación Primaria <input type="checkbox"/> Sin estudios
País de origen	<input type="checkbox"/> España <input type="checkbox"/> Otro:

*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. **Le agradeceríamos que nos contestase a una serie de preguntas sobre dicha toma de decisiones.***

## TOMA DE DECISIONES

### 1. ¿Quién considera usted que debe tomar las decisiones en la consulta?

- Médico/a
- Paciente
- Ambos

### 2. ¿Suele tener su médico/a de familia en cuenta su opinión como paciente?

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

### 3. En caso de que no siempre la tenga en cuenta, ¿le gustaría que la tuviese?

- Sí
- No.
  - ¿Por qué?

### 4. Si su respuesta a la cuestión 2 no ha sido SIEMPRE marque cuál/es de las siguientes opciones le parecen los motivos más importantes:

- Falta de tiempo por parte del médico
- No tengo el conocimiento suficiente
- No quiero involucrarme/prefiero que sea el médico quien tome la decisión
- Mi médico no me anima a participar
- Otro motivo:

### 5. ¿En qué situación/es le permite su médico opinar?

- En cuanto a las pruebas diagnósticas (*Ej: Analítica, Radiografía, ecografía, TAC, RM...*)
- En cuanto a las opciones de tratamiento (*Ej: Pastillas o sobres, poder elegir una opción u otra teniendo en cuenta los beneficios y efectos secundarios de cada una de ellas...*)
- En cuanto a las derivaciones a otros especialistas (*Ej: cirujano, dermatólogo...*)
- En ninguna
- En todas

**6. ¿En qué tipo de condición/es le pide su médico/a opinión?**

- Emergencia (*situaciones de vida o muerte como por ejemplo politraumatizado en accidente de tráfico, infarto, ictus*)
- Urgencia (*apendicitis aguda, quemaduras*)
- Agudas (*resfriado, diarrea, infección de orina*)
- Crónicas (*diabetes, hipertensión, artrosis*)
- Ninguna
- Todas

**7. En función de la gravedad de la enfermedad, ¿en cuál de las siguientes situaciones le pide opinión su médico/a?**

- Procesos leves (*diarrea leve, resfriado, infección de orina*)
- Procesos graves (*neumonía, pielonefritis aguda, glaucoma*)
- Ninguna
- Todas

**8. ¿Considera que su médico/a le anima a preguntarle las dudas que le surgen durante la consulta?**

- Nunca
- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

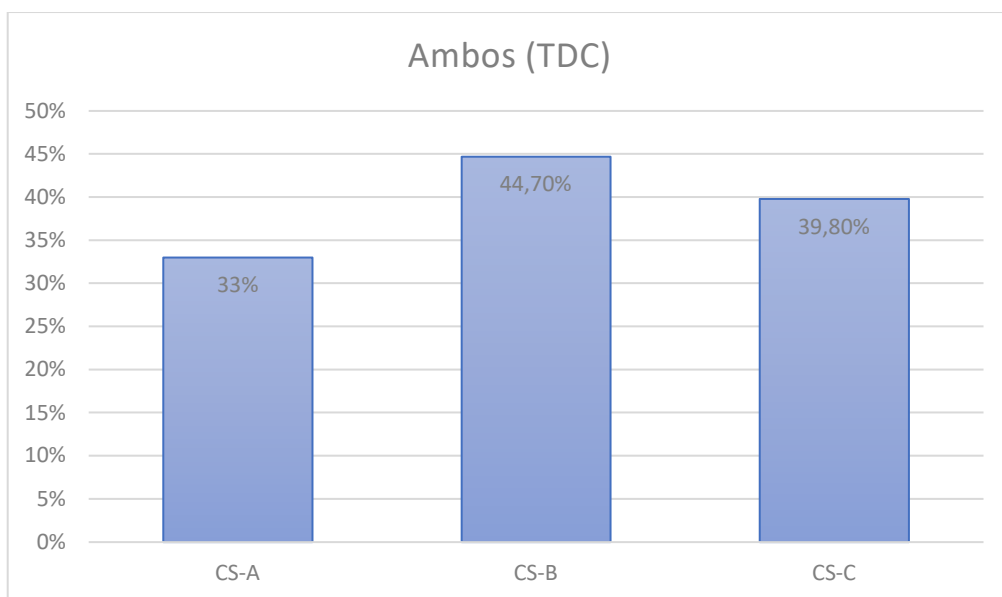
**9. ¿Conoce usted alguna herramienta que le ayude a tomar decisiones (folletos, dibujos, imágenes, páginas web...) y en caso de ser así, la/s utiliza?**

- Sí y las uso
- Sí, pero no las uso
- No

*Esta encuesta es completamente anónima y solo tendrá acceso a ella la autora y tutores de este TFG.*

***Muchas gracias por su participación***

## ANEXO 2: Figura 6



**Figura 6.** Gráfico que compara los 3 CS en función de los pacientes partidarios de realizar la TDC en cada uno de ellos. (Si no cabe la paso al anexo).

## ANEXO 3: Estrategia de búsqueda bibliográfica

La presente búsqueda bibliográfica pretende recopilar artículos científicos necesarios para llevar a cabo una investigación sobre la Toma de Decisiones Compartidas en las consultas de Atención Primaria desde el punto de vista de los pacientes.

Se han revisado documentos científicos comprendidos desde el año 1983 hasta 2019, amplio marco temporal debido a la escasez de artículos sobre la temática seleccionada.

Para la búsqueda de los documentos se han utilizado las siguientes bases de datos: Pubmed, Cochrane, Google Scholar, Repositori UJI. En ellas, se han buscado los artículos científicos en base a las siguientes palabras clave (tanto en inglés como en castellano): Toma de decisiones compartida. Participación del paciente en la toma de decisiones. Percepciones del paciente. Preferencias del paciente. Atención Primaria. Encuestas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch Fontcuberta JM. Making joint decisions in medicine: A difficult task. Atención Primaria. 2012.
2. INFAC. Participación del paciente en la toma de decisiones. InfFarmacoter la Comarc. 2014;
3. Enrique Madrid, S. Monedero Mira, MJ. La información al paciente y la toma de decisiones compartida en la consulta de atención primaria. (TFG. Universidad Jaume I) FML. 2019; 24(2):39p. Available from: <http://www.revistafml.es/la-informacion-al-paciente-y-la-toma-de-decisiones-compartida-en-la-consulta-de-atencion-primaria/>
4. Davies S, Bosch JM. Toma de decisiones conjunta en la consulta: habilidades para pacientes y profesionales XXIX Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial Santiago de Compostela 10-13 de octubre de 2018.



5. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula De Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión De La Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012 Jan;44(1):5–10.
6. Jiménez-De Gracia L, Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Hueso-Montoro C, Cano-Caballero Gálvez D, Alba-Dios MA. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 2012 Jul;44(7):379–84.
7. Carvallo V A. Médicos y profesionalismo. Pacientes e información. *RevMedChil*. 2005;133(2):253–8.
8. Batalla Sales M. La escucha activa en Atención Primaria [Internet]. [Castelló de la Plana]: Universitat Jaume I; 2014 [cited 2019 Nov 5]. Available from: <http://hdl.handle.net/10803/386560>
9. Shared decision making in primary care - Search Results - PubMed Labs [Internet]. [cited 2019 Oct 27]. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=shared decision making in primary care&page=1&pos=5](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=shared+decision+making+in+primary+care&page=1&pos=5)
10. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: Decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ*. 1994.
11. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making - The pinnacle of patient-centered care. Vol. 366, *New England Journal of Medicine*. Massachusetts Medical Society; 2012. p. 780–1.
12. Rotar AM, Van Den Berg MJ, Schäfer W, Kringos DS, Klazinga NS. Shared decision making between patient and GP about referrals from primary care: Does gatekeeping make a difference? *PLoS One* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 6];13(6):e0198729. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29889861>
13. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. Vol. 27, *Journal of General Internal Medicine*. 2012. p. 1361–7.
14. Doherr H, Christalle E, Kriston L, Härter M, Scholl I. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies-A systematic review. *PLoS One* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 6];12(3):e0173904. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358864>
15. Beaver K, Jones D, Susnerwala S, Craven O, Tomlinson M, Witham G, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Heal Expect*. 2005 Jun;8(2):103–13.
16. (No Title) [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: [http://www.patient-als-partner.de/media/sdm-q-9\\_spanish\\_version.pdf](http://www.patient-als-partner.de/media/sdm-q-9_spanish_version.pdf)
17. Mundet Carrión T Sobrino López A Losilla M Martínez M OJ. Escala CICAA-Decision Evaluación del proceso de información y toma de decisiones Manual de utilización Autores: Ruiz Moral R (Córdoba) Peralta Munguia L (Cantabria) Pérula de Torres LA (Córdoba).
18. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shareddecisionmaking: Concepts, evidence, and practice. *PatientEducCouns*. 2015 Oct 1;98(10):1172–9.
19. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decisionmaking? *JAMA* [Internet]. 1984 Dec 7 [cited 2020 May 5];252(21):2990–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6502860>
20. Wartman SA, Morlock LL, Malitz FE, Palm EA. Patient understanding and satisfaction as predictors of compliance. *MedCare*. 1983;21(9):886–91.