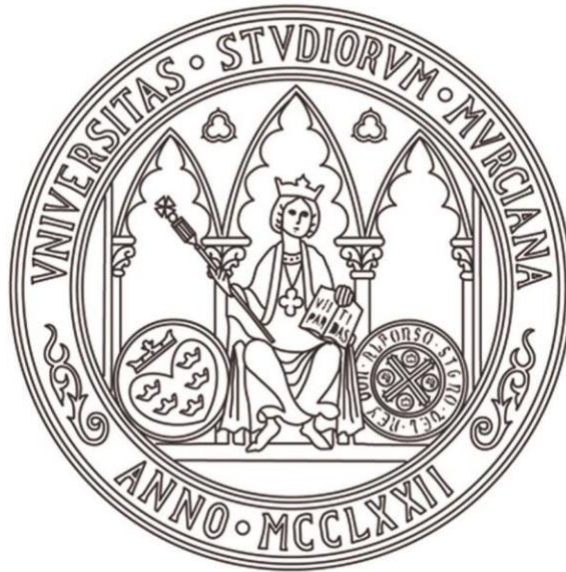




UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ACPAPS PARA
VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA POR EL
MÉDICO DE FAMILIA**

D. José Antonio Pascual López
2024



UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ACPAPS PARA
VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA POR EL
MÉDICO DE FAMILIA

Autor: D. José Antonio Pascual López

Director/es:

- D. Juan Francisco Menarquez Puche
- D. Juan Antonio Sánchez Sánchez
- Dña. Maria Dolores Medina Abellán.



**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD
DE LA TESIS PRESENTADA EN MODALIDAD DE COMPENDIO O ARTÍCULOS PARA
OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022

D./Dña. José Antonio Pascual López

doctorando del Programa de Doctorado en

872-PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD (Plan 2013)

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia

y dirigida por,

D./Dña. María Dolores Medina Abellán

D./Dña. Juan Francisco Menarguez Puche

D./Dña. Juan Antonio Sánchez Sánchez

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Además, al haber sido autorizada como compendio de publicaciones o, tal y como prevé el artículo 29.8 del reglamento, cuenta con:

- *La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- *En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 17 de Enero de 2024

Fdo.:

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados

Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia

*La ciencia y la medicina se ocupan del cuerpo,
mientras la filosofía trata de la mente y del alma,
tan necesarias para un médico como la comida y el aire.*

Noah Gordon
(El Médico)

*El buen médico trata la enfermedad,
el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad*

William Osler

*La atención centrada en la persona no es un destino
es un viaje que no tiene fin.*

Susan Misorski
(Pioneer Network)

Agradecimientos:

A mis directores de tesis: a la Dra. María Dolores Medina Abellán por estar cuando la he necesitado, al Dr. Juan Antonio Sánchez Sánchez, a quien tuve la suerte y el inmenso placer de conocer con motivo de esta tesis, por su constante ayuda, su paciente dirección y su completa disposición durante la realización de este trabajo y al Dr. Juan Francisco Menarguez Puche, quien ya fue mi tutor durante la especialidad, mi director durante esta tesis, mi modelo y mi amigo.

A Trinidad Gil Pérez por su trabajo inicial tan valioso y a la Dra. Maria del Carmen Sánchez por su disponibilidad ante mis múltiples consultas.

A todos los compañeros que participaron de algún modo u otro en el desarrollo de este estudio; a los que participaron en el estudio Delphi, a los que participaron en el panel de expertos, a los que lo hicieron en el pretest cognitivo y a todos los que contestaron el cuestionario.

A mis compañeros del centro de salud y a todos mis "amiguicos" que de un modo u otro han respaldado este esfuerzo y me han animado a proseguir preguntándome constantemente cuánto más iba a durar esta tesis.

A mi madre Encarna, mi padre Antonio y mi hermano Guillermo, por empezar a hacer de mí en casa la persona y con ella el profesional que hoy soy.

A mi mujer, Vicky, y a mis hijos; Claudia y José Antonio, por creer en mí (frecuentemente más que yo mismo), entender las frecuentes ocasiones en que estuve ocupado en esta tarea y pese a ello animarme a continuar y no permitir que me rindiera en las numerosas ocasiones en que las dificultades se acumulaban. ¡Somos un equipo!.

Gracias a todos.

Índice:

Página

1. INTRODUCCIÓN GENERAL	9
<u>1.1 PREFACIO</u>	10
<u>1.2 MARCO TEÓRICO</u>	12
1.2.1 Medicina de familia: origen de la medicina de familia	12
1.2.2 Diferencias entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial	14
1.2.2.1 Modelo biomédico	14
1.2.2.2 Modelo biopsicosocial	14
1.2.3 ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	16
1.2.3.1 Herramientas de medida de la ACP	19
<u>1.3. ARTÍCULOS PUBLICADOS QUE COMPONEN LA TESIS DOCTORAL</u>	20
1.3.1 Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria : Una revisión sistemática	20
1.3.2.¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales ?. Un estudio Delphi	22
1.3.3. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la atención centrada en la persona por el médico de familia	24
<u>1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CIENTÍFICA DE LA TESIS.</u>	25
1.4.1. La Revisión Sistemática.	26
1.4.2. El Estudio Delphi	26
1.4.3. El diseño y validación de la herramienta	27
2.RESUMEN GLOBAL	30
<u>2.1. LOS OBJETIVOS.</u>	31
2.1.1 La revisión sistemática: objetivos	32
2.1.2 El estudio Delphi: objetivos	32
2.1.3 Diseño y validación del cuestionario: objetivos	33
2.1.4 Tres publicaciones y unos objetivos comunes	33

<u>2.2 LOS RESULTADOS Y LAS CONCLUSIONES.</u>	34
2.2.1 La revisión sistemática: resultados y conclusiones	34
2.2.2 El estudio Delphi: resultados y conclusiones	34
2.2.3 Diseño y validación del cuestionario: resultados y conclusiones	35
2.2.4 Resultados globales	36
2.2.5 Conclusiones globales.	37
3. BIBLIOGRAFÍA	39
4 PRIMER ARTÍCULO: LA REVISIÓN SISTEMÁTICA	44
5 SEGUNDO ARTÍCULO: EL ESTUDIO DELPHI.	60
6 TERCER ARTÍCULO: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA.	75
7 ANEXOS	93
<u>7.1. ANEXOS DE LA REVISIÓN SISTEMÁTICA</u>	94
7.1.1 Tabla de sesgos en el diseño y construcción de las herramientas de acuerdo a la escala Cosmin	95
<u>7.2. ANEXOS DEL ESTUDIO DELPHI</u>	98
7.2.1 Primer cuestionario del Estudio Delphi	99
7.2.2 Definiciones de dimensiones del Estudio Delphi	100
7.2.3 Definiciones de items del Estudio Delphi	103

7.2.4 Segundo cuestionario del Estudio Delphi	110
7.2.5 Tercer cuestionario del Estudio Delphi	111
<u>7.3 ANEXOS DEL DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO</u>	112
7.3.1 Gráfico de sedimentación	113
7.3.2 Tabla de comunalidades	114

1-Introducción General.

1.1 PREFACIO

En días como hoy en que la atención primaria sigue luchando por su papel fundamental y capital en los sistemas de salud, la atención centrada en la persona (ACP) se está convirtiendo en un valor central de la medicina en general y de la medicina familiar y comunitaria (MFyC) en particular.

Varios factores están implicados en esta tendencia:

- a) la necesidad de una atención médica integral por un médico cualificado y competente¹
- b) el cambio de paradigma de actuación médica al modelo biopsicosocial.
- c) la cada vez más evidente necesidad de ubicar a la persona en el centro de la atención sanitaria
- d) el deseo de los ciudadanos de participar activamente en su salud²

La Atención Centrada en la Persona (ACP) es uno de los pilares centrales de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) e incluso podría decirse que la define como especialidad.

La MFyC se basa en la aplicación del modelo biopsicosocial. Ya en el año 2005 la Comisión Nacional de la Especialidad, en su definición del perfil profesional del médico de familia (MF) decía que: “el objeto de conocimiento del especialista en MFyC se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrado en el entorno familiar y social. Su objetivo es elevar su nivel de salud basando la atención en la accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, en un contexto dinámico”³

La World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) recogió también en un documento de consenso las competencias centrales del MF. Definía a la ACP como una de las básicas a dominar por todo médico especialista en MFyC. Según la European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) la ACP debería incluir la habilidad de:

- Adoptar un enfoque centrado en la persona al ocuparse de pacientes y de sus problemas en el contexto de las circunstancias del paciente.
- Desarrollar y aplicar la consulta de la medicina general, a fin de provocar una relación médico-paciente efectiva, con respeto por la autonomía del paciente.
- Comunicar, establecer prioridades y actuar en colaboración.
- Proporcionar la continuidad de la atención, según lo determinado por las necesidades del paciente y remitiéndose a una gestión permanente y coordinada de la atención médica⁴.

A pesar de todo lo expuesto con anterioridad sobre la importancia de la ACP, no hay en la actualidad un consenso en la literatura sobre su significado exacto y qué método sería el más adecuado para medirla.

Por otra parte, la ACP es una competencia de enorme complejidad, en cuyo desarrollo intervienen factores ligados al paciente (no existe un único patrón de “paciente”), médico (resistencia al cambio, desgaste...) y sistema sanitario (sistema centrado en el hospital, incentivos que no valoran la atención biopsicosocial...), que pueden llegar a dificultar su comprensión y valoración. El desarrollo de esta competencia requiere del MF autorreflexión, aprendizaje y esfuerzo.

Es precisamente desde esta “autorreflexión” de la que surgen las siguientes preguntas:

- “¿Qué define la ACP?”
- ¿Hacemos realmente ACP en nuestra práctica clínica diaria?
- ¿En qué medida la utilizamos?, ¿Cuáles son nuestras fortalezas y debilidades?”.

- Mediante nuestro estudio pretendemos buscar y dar respuesta a estas preguntas, elaborando un cuestionario auto administrado de ACP que permita a los MF conocer hasta qué punto introducen esta competencia en su práctica clínica, y que les permita identificar aquellos aspectos a mejorar para ser un buen y más completo profesional.

1.2 MARCO TEÓRICO

1.2.1 Medicina de familia; origen de la medicina de familia.

La Medicina de Familia fue bautizada con ese nombre en Estados Unidos durante el año 1966. El *Informe Willard* lo utilizó por primera vez para denominar una forma de atención médica que debía ser creada por la exigencia de una sociedad que había expresado su disconformidad con el tipo de atención que recibía: basada en una medicina ejercida por especialistas, predominantemente tecnológica y desarrollada mayoritariamente en hospitales o centros médicos complejos. Sin embargo su inicio real fue en 1969, con la fundación del American Board of Family Practice (Consejo Americano de Medicina de Familia) y la creación de las primeras residencias para formar médicos de familia.⁵

Aunque con el avance del modelo biomédico se mejoró el nivel científico-técnico y se introdujeron grandes innovaciones en el campo del diagnóstico y tratamiento, se favoreció la despersonalización en la atención sanitaria. Se produjo una progresiva separación entre lo biológico y lo psicosocial y se dividió el abordaje de los problemas en aparatos y sistemas. Esto favoreció la profundización en las enfermedades, pero compartimentó y deshumanizó la atención sanitaria. La falta de integración y de un enfoque médico holístico generó además una limitación de la respuesta y sus resultados, contribuyendo al deterioro de la relación médico- paciente.

Como respuesta a esta situación y a la necesidad de mejorar la equidad, efectividad y eficiencia de los sistemas sanitarios, se produjo un resurgimiento de lo “biopsicosocial” y un impulso en el ámbito internacional de la atención primaria (AP).

Se creó en diferentes países la Especialidad de Medicina de Familia, para dar respuesta a la realidad holística del enfermar y a la necesidad de realizar un abordaje global de cada persona en el proceso salud-enfermedad, con la mayor calidad científico-técnica posible.

La MFyC nació en España al amparo de tres aspectos básicos: el resurgimiento del modelo biopsicosocial, la creación de un Sistema Nacional de Salud, que pivotaba sobre la Atención Primaria (AP) y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC).⁶

En 1978 se desarrolló la *Conferencia de Alma Ata*, que definió la Atención Primaria de Salud (APS) como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. La APS pasó a ser parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y su núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Esta declaración contribuyó al impulso de la atención primaria y de forma indirecta al desarrollo de la MFyC.⁷

Ese mismo año apareció la MFyC como Especialidad en España (Real Decreto 2015/78 y Real Decreto 3303/78) orientando al MF como la figura fundamental del sistema sanitario. Su misión consiste en realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad.

Partiendo de la medicina general y aprendiendo lo mejor de ella, se evolucionó a la Medicina de Familia y se pasó de un área indiferenciada y “por defecto”, definida por su falta de formación específica y cualificación en tareas propias de la actividad profesional, a un cuerpo doctrinal claro y delimitado por un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes.

1.2.2 Diferencias entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial

1.2.2.1. Modelo Biomédico.

La actual medicina científica académica se basa en el modelo biomédico. Éste modelo se centra en el estudio y tratamiento de las enfermedades, que son entidades propias independientes de los pacientes.

Su objetivo es curar la enfermedad con un preciso diagnóstico e indicando un tratamiento correcto según la medicina basada en la evidencia y de una manera eficaz y eficiente.

Considera que los problemas de salud se deben a trastornos en mecanismos físico químicos, que pueden explicarse si se descubre su base molecular, genética o los agentes externos físicos o biológicos que los originan.

Las necesidades de salud de las personas se determinan por sus elementos constitutivos fisicoquímicos, con poca atención a sus dimensiones psicológica y social.

La investigación de las causas de la enfermedad y de los procesos terapéuticos se concentra en las “evidencias o pruebas materiales”.⁵

1.2.2.2. Modelo Biopsicosocial.

Los insuficientes resultados en salud para determinados problemas (enfermedades crónicas, adicción a tóxicos, conductas de riesgo, adhesión al tratamiento, pacientes funcionales, etc.) junto a la insatisfacción de las personas con los servicios de salud que presenta el modelo biomédico, encuentran respuesta en el modelo biopsicosocial.

En 1977 Engel, a través de la teoría general de sistemas, volvió a replantear que en la persona interactúan el contexto social en que vive y sus características psicológicas y biológicas.

Este modelo no se contradice con el biomédico, sino que lo complementa.⁵
Podemos poner de manifiesto las diferencias más importantes en la tabla 1.

TABLA 1

Diferencias entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial

Características del modelo Biomédico	Características del modelo Biopsicosocial
Objetivo: la enfermedad	Objetivo: la salud. La salud y la enfermedad son un continuo de límites borrosos y forman parte de un mismo proceso
Función: curar. Su objetivo principal es curar enfermedades y evitar la muerte, tiene dificultades para afrontar patologías crónicas, los problemas psicosociales y los estadios finales de la vida	Función: ayudar a sus pacientes en todas las fases del proceso salud-enfermedad, promocionando la salud, previniendo la enfermedad, curando o aliviando los síntomas, recuperando o rehabilitando funciones y acompañando en fases finales de la vida
Objetivable: sólo considera lo que se puede medir con alguna técnica, necesita una cifra de normalidad para tener un referente sobre el que actuar	Incorpora los principios de la Incertidumbre
Biológico: su objetivo de atención es el cuerpo humano, y sobre esta base establece el diagnóstico y el tratamiento. Si no encuentra datos biológicos que confirmen los síntomas del enfermo, el problema se califica como "funcional"	Multidimensional: los factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares, medioambientales y culturales interactúan, positiva o negativamente, de manera continua
Dicotómico: considera al ser humano dividido en dos dimensiones: la somática y la psíquica, y los problemas de salud afectan generalmente a una de las dos esferas independientemente	Integrador: el médico en el abordaje de los problemas de salud de sus pacientes debe considerar que éstos forman, con su familia y la sociedad, un gran sistema que interactúa continuamente
Sectorial: hace una fragmentación de la salud en órganos y aparatos; para cada problema de salud del paciente debe existir un experto en el mismo	Centrado en la persona: la organización y el desarrollo de la atención médica debe centrarse en las necesidades del paciente, prioritario en la relación
Reduccionista: el estudio y análisis de la realidad se consigue fragmentándola en sus componentes; el mejor resultado se obtiene cuanto más pequeño y delimitado sea el fragmento estudiado	El médico debe saber ser un gran comunicador y tener habilidades para establecer una buena relación personal con sus pacientes. Equilibra la importancia de lo objetivo con la de lo subjetivo

<p>Directivo: el médico es el experto en los problemas de salud y la responsabilidad del paciente debe limitarse a cumplir correctamente las indicaciones diagnósticas y terapéuticas prescritas por el profesional.</p>	<p>Participativo: el médico incorpora al paciente en su sistema modelo de atención clínica considerando sus conocimientos, creencias y expectativas en sus procesos de salud y enfermedad.</p>
--	--

1.2.3 Atención centrada en la persona

En los últimos 40 años se ha desarrollado en la literatura un extenso cuerpo de conocimiento que defiende “el enfoque centrado en el paciente” como paradigma de la atención médica. Sin embargo y a pesar de la relevancia y popularidad de este concepto hay poco consenso en cuanto a su significado.⁸

Algunos autores consideran que fue el psicólogo norteamericano Carl R. Rogers quien en la década de los 50 desarrolló el concepto “terapia centrada en el cliente” y que ese enfoque fue el que impulsó en el campo médico el psicoanalista Michael Balint, que introdujo el término “Medicina centrada en el paciente”.⁹

En 1969, Enid Balint describió la Medicina centrada en el paciente como “el entendimiento del paciente como una persona única”¹⁰, mientras que para Byrne y Long (1976) lo que representa es un estilo de consulta en la que el médico utiliza los conocimientos y experiencias del paciente para guiar la interacción.¹¹

Es difícil establecer quién fue el primer autor en definir las bases del modelo de ACP. Algunos autores consideran que fue posiblemente G. Engel, cuando postuló en los años 70 el modelo biopsicosocial, quien dispuso el cuerpo de conceptos que permitirían más tarde eclosionar como práctica clínica centrada en el paciente.¹¹

Ian McWhinney, describió en la década de los 80 el enfoque centrado en el paciente como aquel en el que “el médico intenta entrar en el mundo del paciente, ver la enfermedad a través de sus ojos”.⁸ En su libro “*Textbook of Family Medicine*” define los seis componentes del modelo – explorar la dolencia de la enfermedad, comprender al individuo, encontrar un acuerdo, incorporar actividades preventivas y de promoción de la salud, mejorar la relación médico-paciente y ser realista.

Otros autores, lo que remarcaban era “proporcionar información a los pacientes e involucrarlos en la toma de decisiones”. (Lipkin, Quill & Napodano, 1984; Grol, de Maeseneer, Whitfield & Mokkink, 1990; Winefield, Murrell, Cliffors & Farmer 1996)^{12 13}¹⁴. Para Laine y Davidoff (1996), la atención centrada en el paciente “está íntimamente ligada y es congruente con lo que quiere el paciente, con sus necesidades y sus preferencias”¹⁵.

Una de las descripciones más completa es la proporcionada por Stewart et al (1995)¹⁶ cuyo modelo centrado en el paciente, identifica seis componentes interconectados:

- 1) el estudio de la enfermedad y la vivencia de la enfermedad,
- 2) comprensión de la “la persona como un todo”,
- 3) encontrar puntos en común en cuanto a la gestión del proceso,
- 4) la incorporación de la prevención y promoción de la salud,
- 5) mejorar la relación médico-paciente,
- 6) “ser realista” sobre las limitaciones personales y la disponibilidad de los recursos.

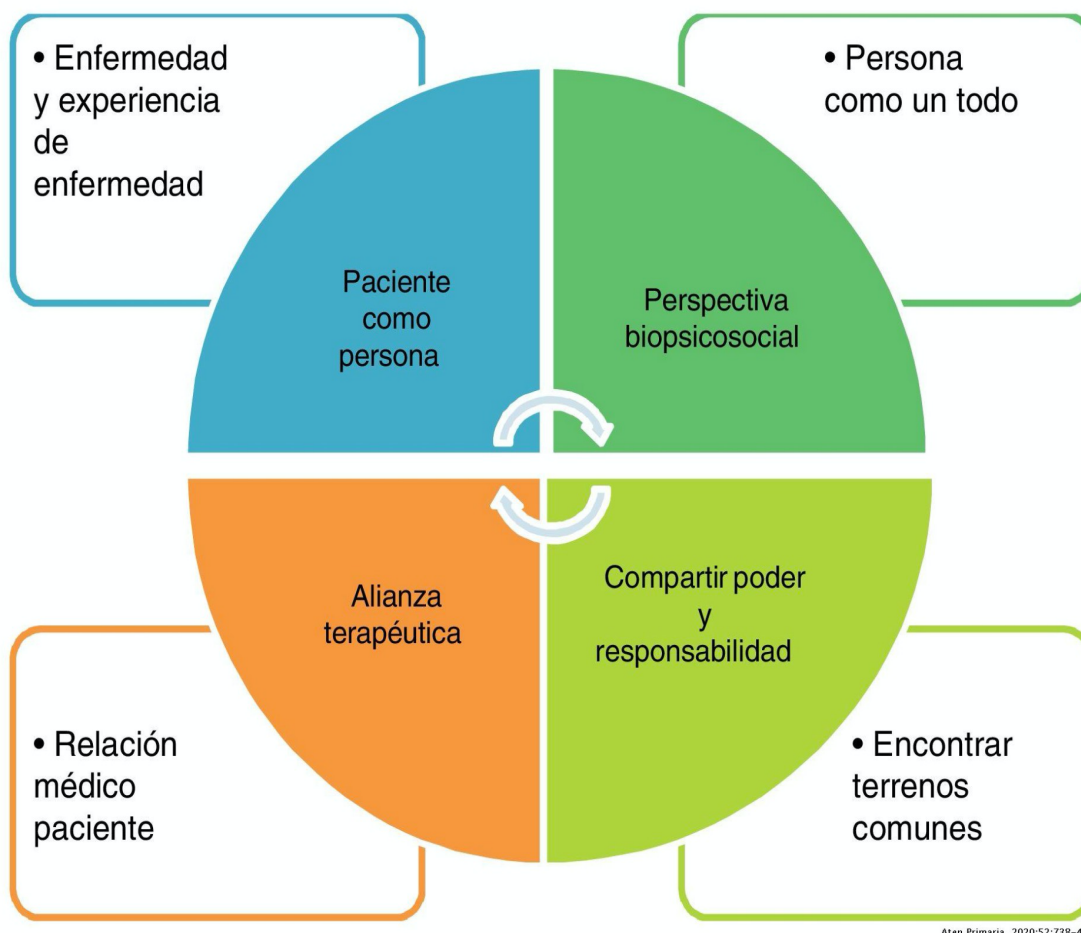
En el año 2000, Mead y Bower⁸, tras una revisión extensa de la literatura, identificaron 5 dimensiones de atención centrada en la paciente:

- a) Perspectiva biopsicosocial.
- b) Paciente como Persona (comprender el significado personal de la enfermedad para cada paciente).

- c) Poder y responsabilidades compartidas (sensibilidad a las preferencias de los pacientes sobre información y toma de decisiones compartida y responder adecuadamente a estas).
- d) Alianza terapéutica (el desarrollo de los objetivos terapéuticos comunes y la mejora de la relación médico-paciente).
- e) Médico como Persona (conocimiento de la influencia de las cualidades personales y la subjetividad del médico en la práctica de la medicina).

En la Figura número 1 se pueden ver las 4 dimensiones comunes a las clasificaciones de Stewart et al y a la revisión de Mead y Bower.

Clasificación dimensiones ACP



Aten Primaria. 2020;52:738-49

FIGURA 1. MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. CLASIFICACIÓN DE DIMENSIONES DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA¹⁷

1.2.3.1 Herramientas de medida de la ACP

Respecto a los procedimientos para valorar la ACP, se han adoptado diversas aproximaciones metodológicas en el diseño de instrumentos para medirla. Los enfoques predominantes son la observación directa del encuentro clínico (lista de comprobación objetiva estructurada) y la autoevaluación del paciente y en menor medida de la experiencia médica sobre el encuentro.

Muchos estudios han demostrado que las medidas de las percepciones de los pacientes tienen más éxito en la predicción de resultados que los de observación o los que se basan en las percepciones de los médicos ⁹.

Conociendo la importancia de la ACP en el ámbito de la atención primaria (AP) sería muy útil el desarrollo de una herramienta que permitiera al médico comprobar si su desempeño está centrado en la persona. Sería útil para detectar problemas en la relación médico-paciente, ver la capacidad del médico para empoderar a sus pacientes, valorar cómo determinadas circunstancias influyen o no sobre el grado de ACP de su práctica, o incluso incidir sobre la propia formación de los profesionales, orientándola hacia una atención verdaderamente centrada en la persona.

Los tres artículos que componen esta tesis son los resultados publicados de la investigación realizada con el objetivo final de crear un cuestionario auto administrado que permita a los MF conocer hasta qué punto su práctica clínica está o no centrada en la persona, y que les permita identificar aquellos aspectos a mejorar para ser un mejor y más completo profesional.

1.3 ARTÍCULOS PUBLICADOS QUE COMPONEN LA TESIS DOCTORAL

1.3.1 Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria :Una revisión sistemática.

J.A. Pascual López, T. Gil Pérez, J.A. Sánchez Sánchez, J.F. Menárguez Puche. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática [Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review]. Aten Primaria., 52 (2020 Dec), pp. 738-749

Con el propósito final de obtener información para diseñar y validar un cuestionario autocumplimentado que permita al médico de familia la autovaloración de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP, se decidió realizar esta revisión sistemática cuyos resultados publicamos en este primer artículo.

El objetivo de esta revisión era identificar y analizar todas las herramientas conocidas, publicadas y validadas (atendiendo a su proceso de construcción y validación) que midan la ACP o algunos de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria. Se prestó especial atención a las validadas en nuestro medio y a las autocumplimentadas por el propio médico de familia, pero incluyendo también aquellas que valoran la experiencia del paciente.

Se realizó una revisión sistemática de la literatura usando métodos formales para asegurar una búsqueda y un proceso de recuperación pertinente y preciso, siguiendo los criterios de la declaración PRISMA¹⁸. Se incluyeron estudios de validación de cuestionarios u otras herramientas para medir algún aspecto de la ACP, revisiones sistemáticas sobre herramientas de medida de ACP en AP y estudios realizados en AP que utilizaran una herramienta validada y midieran aspectos de la ACP.

Tras la selección, todos los estudios fueron analizados y procesados y valorada la calidad de las herramientas obtenidas mediante la escala COSMIN (Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement¹⁹).

Las herramientas existentes miden sólo algunos aspectos de la ACP y muchas de ellas presentan importantes problemas metodológicos.

Tras un análisis de las herramientas obtenidas evidenciamos la no existencia de una herramienta capaz de medir la ACP en AP con un cuestionario auto cumplimentable y validado en nuestro medio.

Todo ello hace más evidente la necesidad del diseño y validación de una herramienta capaz de medir si nuestra práctica clínica está centrada en la persona.

1.3.2. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio DELPHI

Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. Aten Primaria.2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>.

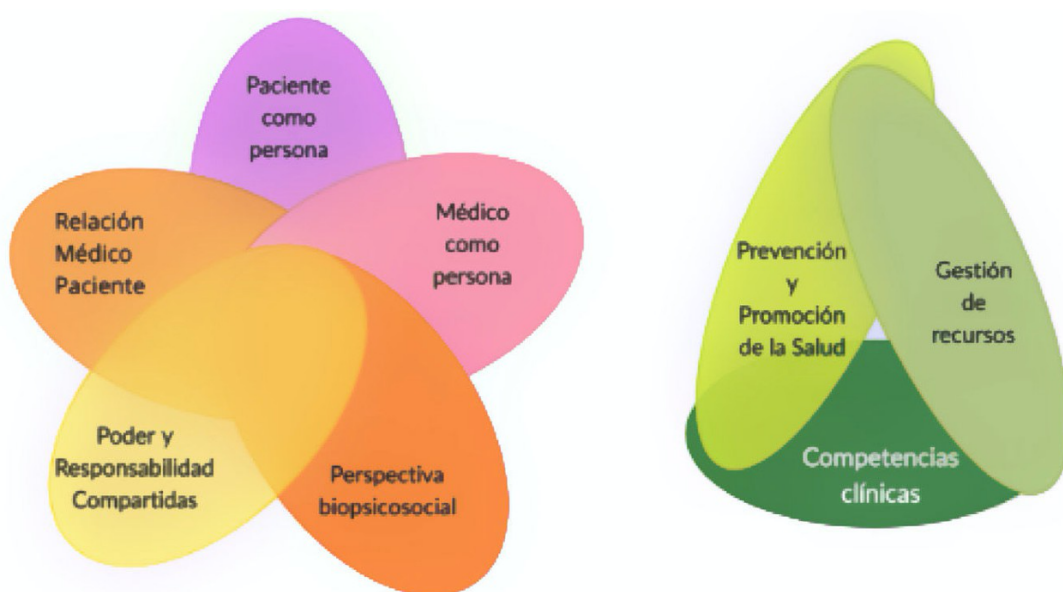
Mientras que por una parte obteníamos la información de todas las herramientas existentes y los ítems y las dimensiones medidas en las mismas, el siguiente paso para la identificación de aspectos a incluir en una herramienta de automedición de la ACP, era conocer el punto de vista de los profesionales mediante un estudio Delphi.

Este método de discusión entre expertos resulta especialmente útil en situaciones en la que no se dispone de información concluyente²⁰. Así pues, se realizó un estudio Delphi con el objetivo de conocer la perspectiva de los MF sobre aspectos y dimensiones que deberían formar parte indispensable de la definición de la ACP.

Se constituyó un grupo investigador y se seleccionó un grupo de expertos a los que se envió un total de tres cuestionarios. El primero con una pregunta abierta sobre los aspectos que deberían tenerse en cuenta para valorar si un MF realizaba en su práctica clínica ACP en todas sus dimensiones, el segundo, tras el trabajo de reducción de duplicidades, y concreción del grupo investigador, para valorar su pertinencia dentro del concepto de ACP y su pertenencia a las distintas dimensiones de la ACP. El tercer y último cuestionario, solo con los ítems o conceptos con un grado de concordancia superior al 75%, fué para priorizar sobre una escala Likert (en la que se puntuaba de 1 a 10) los ítems incluidos.

Tras este proceso acabamos seleccionando 52 ítems, pertenecientes en su mayoría a las cinco dimensiones principales descritas en el Modelo de Mead & Bower⁸ (Paciente como Persona, Médico como Persona, Perspectiva Biopsicosocial, Poder y Responsabilidad Compartidas y Relación Médico-Paciente) y solo unos pocos ítems pertenecientes a tres dimensiones ACP identificadas en nuestro estudio Delphi (Prevención y Promoción de la Salud, Gestión de Recursos y Competencias Clínicas).

Este estudio Delphi nos permitió identificar las principales dimensiones a incluir como factores clave o indispensables en la elaboración de un cuestionario para valorar la ACP en AP así como algunos de los ítems sobre los que debíamos incidir.



Dimensiones principales identificadas en el Modelo de Stewart y la revisión de Mead & Bower.	Dimensiones ACP "no prioritarias" identificadas en nuestro estudio Delphi.
--	--

1.3.3. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la atención centrada en la persona por el médico de familia

Pascual López JA, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Zarza Arribas M. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia. Aten Primaria. 2023 . Vol 55. Num 12 DOI :10.1016/j.aprim.2023.102739

En este último de los tres artículos , presentamos el resultado final de todo el proceso de investigación con el diseño y validación de un cuestionario autocumplimentado que permite al médico de familia realizar una valoración de la autopercepción de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP.

Con los resultados obtenidos en la revisión sistemática¹⁷ y en el estudio Delphi²¹, se construyó un “banco de 873 items” , 821 de las 39 herramientas de la revisión sistemática y 52 extraídos del Estudio Delphi. El grupo investigador formado por tres profesionales realizó sucesivas revisiones de los items atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión hasta “depurar” el número de items a 66.

Se reformularon las preguntas a la perspectiva del profesional y para poder ser respondidas conforme a una escala Likert, y tras la revisión de un panel de expertos que valoran pertinencia de los items y dimensión de los mismos se reduce el número de items a 45.

Realizamos un pretest cognitivo tras el cual reformulamos las preguntas y rechazamos las que no alcanzan un 75% de pertinencia. Con ello obtenemos una herramienta final de 39 items que enviamos a una muestra de MF de 62 de los 80 centros de la Región de Murcia, obteniendo una tasa de respuesta de un 31,15% .

En el proceso de validación de la herramienta valoramos la fiabilidad con un resultado de un α de Cronbach de 0,915 (tipificado por George y Mallery²² como excelente) , la factibilidad que valoramos mediante la realización del pretest cognitivo, la tasa de respuesta superior al 30% que los estudios indican adecuada para una encuesta online y el tiempo de respuesta que estimamos como óptimo.

Para la valoración de su validez nos referimos a los estándares AERA-AP NCM99²³ que describen hasta cinco fuentes de evidencia de validez. Nosotros realizamos una valoración de la validez de contenido, de la validez aparente o de los procesos de respuesta y de la validez de constructo o basada en la estructura interna del instrumento mediante la realización de un análisis factorial.

Presentamos por tanto el objetivo final de nuestra investigación, el cuestionario ACPAPS²⁴, capaz de valorar si nuestra práctica clínica está centrada en la persona, creada en el ámbito de la AP y autocumplimentable, con unas elevadas fiabilidad y validez y una adecuada factibilidad que consideramos está lista para comenzar a utilizarse.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA UNIDAD CIENTÍFICA DE LA TESIS.

Con la convicción de la importancia de la Atención Centrada en la Persona en la práctica médica en general, y en la Medicina de Familia en particular, el objetivo final de nuestra investigación fue siempre el poder diseñar y validar una herramienta, autocumplimentable, capaz de valorar hasta qué punto nuestra práctica médica está centrada o no en la persona. Todo ello validado en nuestro idioma y en el ámbito de la atención primaria de salud.

Para ello diseñamos un plan de actuación que recogía todos los pasos necesarios para desarrollar una herramienta con esas características. Revisada la literatura para la creación de cuestionarios, y asesorados por expertos, establecimos los pasos necesarios y un cronograma para la realización de los mismos.

El primer paso era la recogida de información para la elaboración del cuestionario. En este primer paso había dos elementos o fuentes fundamentales: Revisión bibliográfica y Estudio Delphi. Estos dos elementos buscaban como objetivo la recogida de información para el futuro cuestionario.

En un segundo paso, utilizando la información obtenida de esta revisión sistemática y Estudio Delphi se procedería a diseñar y elaborar el cuestionario.

La tercera y última fase consistiría en la validación del cuestionario valorando su fiabilidad, su validez y su factibilidad.

1.4.1 LA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

La revisión sistemática tenía como objetivo identificar las dimensiones que componen la ACP y seleccionar algunos de los ítems a utilizar en el diseño inicial del cuestionario.

Tras una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios de la declaración PRISMA¹⁸ todos los estudios fueron analizados, procesados y se valoró la calidad de las herramientas mediante la escala COSMIN¹⁹

Pese a que tras la revisión objetivamos la no existencia de una herramienta capaz de medir la ACP en AP con un cuestionario autocumplimentable y validado en nuestro medio, si fuimos capaces de identificar 39 herramientas que medían algún aspecto o dimensión de la ACP y que incorporamos para utilizar en un futuro banco de ítems con el objeto del diseño y valoración de un test para la automedición de la ACP en AP .

Los resultados de esta parte de la investigación fueron publicados en el primer artículo que forma parte de esta tesis doctoral bajo el título de: *CUESTIONARIOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN ATENCIÓN PRIMARIA :UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA* J.A. Pascual López, T.

Gil Pérez, J.A. Sánchez Sánchez, J.F. Menárguez Puche. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática [Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review]. Aten Primaria., 52 (2020 Dec), pp. 738-749.

1.4.2 EL ESTUDIO DELPHI

Una vez conocidas las herramientas existentes hasta la fecha, y detectada la necesidad de generar una herramienta autocumplimentable capaz de medir si la práctica clínica del médico de familia estaba o no centrada en el paciente, el siguiente paso era conocer el punto de vista de los profesionales a este respecto.

Para recabar la opinión de los profesionales realizamos un estudio Delphi y así recoger, a juicio de los MF cuales eran los aspectos y dimensiones que deberían formar parte de forma necesaria de la definición de la ACP.

Tras el envío sucesivo de tres cuestionarios se acabó seleccionando 52 ítems que consideramos clave o indispensables para valorar la ACP en AP .

Este estudio Delphi, con todo el proceso de recogida de información sobre aquellos aspectos de la ACP que los MF consideraban más importantes hasta el resultado final con los 52 ítems seleccionados y las dimensiones a las que pertenecían fué publicado en un segundo artículo que forma parte de esta tesis doctoral bajo el título: ¿CÓMO VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SEGÚN LOS PROFESIONALES?. UN ESTUDIO DELPHI. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF.

¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. Aten Primaria. 2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>.

1.4.3 EL DISEÑO Y VALIDACIÓN DE LA HERRAMIENTA

Una vez obtenidos los resultados, tanto de la revisión sistemática como del estudio Delphi, se construyó un “banco” con 873 ítems. La revisión sistemática (cuyos resultados se mostraron en el primero de los artículos) aportó 821 de estos ítems y 52 fueron los seleccionados en el estudio Delphi (cuyos resultados se muestran en el segundo artículo).

Partiendo de ese banco de ítems obtenido con los resultados de la revisión sistemática y el estudio Delphi se comenzó un trabajo de sucesivas revisiones hasta depurar el número de ítems a 66. Posteriormente y tras la reformulación de preguntas y revisión por panel de expertos se redujo a 45 ítems, que tras el pretest cognitivo quedó en 39.

Realizamos un proceso de validación de la herramienta con una muestra de 214 médicos de familia, con una tasa de respuesta del 31,15% y se comprueba su fiabilidad (con un α de Cronbach de 0,915 , su factibilidad (tiempo de respuesta, pretest cognitivo y tasa de respuesta) y su validez (validez de contenido , validez aparente y validez de constructo) encontrando una herramienta , el cuestionario ACPAPS , capaz de valorar nuestra práctica clínica está centrada en la persona, desarrollada en el ámbito de la atención primaria de salud , con una elevadas fiabilidad y validez y una adecuada factibilidad.

Estos resultados se publicaron en el tercer artículo que forma parte de esta tesis doctoral con el nombre DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO ACPAPS PARA VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA POR EL MÉDICO DE FAMILIA Pascual López JA, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Zarza Arribas M. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia. Aten Primaria. 2023. Vol 55. Num 12 DOI :10.1016/j.aprim.2023.102739.

2 Resumen Global

2 RESUMEN GLOBAL.

2.1 LOS OBJETIVOS.

En el marco de una especialidad, como la Medicina de Familia, que busca reivindicar su papel fundamental en el marco de los sistemas sanitarios y con una sociedad que demanda participar activamente en el proceso de su atención sanitaria, la Atención Centrada en la Persona (ACP) debería convertirse en un valor fundamental dentro de la especialidad.

Por otra parte la ACP es una competencia muy compleja, donde intervienen factores de muy diversa índole que dificultan su comprensión y su valoración. Por tanto para la realización de una práctica clínica centrada en la persona es necesario un ejercicio de autorreflexión , de aprendizaje y de esfuerzo.

Nos planteamos entonces una serie de cuestiones : ¿qué define realmente el que nuestra práctica clínica esté centrada o no en la persona?, ¿realizamos realmente ACP en nuestra actividad profesional diaria?, ¿en qué medida?, ¿cuáles son nuestras debilidades y fortalezas?.

Para todo ello consideramos necesario la existencia de una herramienta que fuese capaz de medir si realmente realizamos ACP en nuestra consulta, una herramienta capaz de medir sus dimensiones principales, y que recoja aquellos aspectos de nuestra práctica que tienen una mayor trascendencia e importancia sobre la ACP. Esta herramienta debería haber sido desarrollada o al menos adaptada para su uso en Atención Primaria de Salud (APS) , en nuestro idioma y validada en nuestro medio y, por supuesto, para su mayor aplicabilidad y factibilidad, en un formato autocumplimentable que facilite su uso.

Con el objetivo final de obtener esta herramienta autocumplimentable, en castellano para medir la ACP por parte del MF y validada en nuestro medio, comenzamos a dar los pasos necesarios para ello y comenzamos con la recogida de información .

2.1.1 LA REVISIÓN SISTEMÁTICA: OBJETIVOS

Con el propósito final de la investigación del diseño, elaboración y validación de una herramienta para medir la ACP en AP, decidimos que el primer y obligado paso era la recogida de información y la revisión sistemática era un punto de partida necesario para tener constancia del punto en el que nos encontrábamos en ese momento y para recoger toda la información posible de lo realizado hasta entonces.

El objetivo de la revisión sistemática era identificar y analizar todas las herramientas conocidas, publicadas y validadas (atendiendo a su proceso de construcción y validación) que midieran la ACP o alguno de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria de salud. En esta revisión prestamos especial atención a aquellas herramientas validadas en nuestro medio y a aquellas autocumplimentadas por el propio MF pero incluyendo también aquellas que valoraban la experiencia del paciente.

2.1.2 EL ESTUDIO DELPHI: OBJETIVOS

Teniendo siempre como objetivo final el diseño y validación en nuestro medio de un cuestionario para medir la ACP en AP, y tras haber iniciado el primer paso de recogida de información con la realización de una revisión sistemática, completamos esta recogida de información recabando la opinión de los profesionales.

Mientras que por una parte obteníamos la información existente de todas las herramientas validadas existentes que medían algún aspecto o dimensión de la ACP, nuestro objetivo en esta parte de la investigación que comunicamos en este segundo artículo era continuar con la identificación de aspectos a incluir en una herramienta de automedición de la ACP, conociendo el punto de vista de los profesionales mediante un estudio Delphi acerca de aspectos y dimensiones que, a su juicio, deberían formar parte indispensable de la definición de la ACP.

2.1.3 DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO: OBJETIVOS

Partiendo de la información recogida en las anteriores fases de la investigación (la revisión sistemática y el estudio Delphi) y publicadas en los dos primeros artículos de esta tesis, en este tercer artículo se plasman los resultados de la fase final de la investigación.

El objetivo de esta fase de la investigación fue el diseño y realización de un cuestionario autocumplimentado que permitiera al médico de familia realizar una valoración de la autopercepción de su ejercicio desde la perspectiva global de la atención centrada en la persona, así como la validación de la misma en castellano, en atención primaria de salud y en nuestro medio.

2.1.4 TRES PUBLICACIONES Y UNOS OBJETIVOS COMUNES

Las tres publicaciones constituyen comunicaciones de partes del estudio cuyo objetivo final es el desarrollo de una herramienta autocumplimentable, que permita al MF medir si su práctica clínica diaria está centrada en la persona, y validarlo en nuestro idioma, en atención primaria de salud y en nuestro medio.

Las distintas fases de la investigación han sido publicadas en tres artículos diferenciados con un mismo objetivo final que es la obtención de la herramienta descrita y con distintos objetivos parciales. En las dos primeras fases de la investigación cuyos resultados se publican en sendos artículos se realiza una búsqueda de la información, primero como una revisión sistemática en la que se obtiene información sobre todas las herramientas existentes hasta la fecha capaces de medir aspectos y dimensiones de la ACP y en el segundo el estudio Delphi donde se recaba la opinión de los profesionales acerca de los aspectos y dimensiones que deberían formar parte de la definición de la ACP. En la tercera y última fase de la investigación, plasmada en el tercer artículo, con todos los datos extraídos previamente, el objetivo final es el diseño , realización y validación de la herramienta ACPAPS para medir la ACP en APS por el MF.

2.2 LOS RESULTADOS Y LAS CONCLUSIONES.

2.2.1 LA REVISION SISTEMÁTICA: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Buscando identificar y analizar todas las herramientas conocidas, publicadas y validadas que midan la ACP o alguno de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria realizamos una revisión sistemática de la literatura siguiendo los criterios de la declaración PRISMA y bajo unos claros criterios de inclusión y exclusión.

Tras la selección todos los objetivos fueron analizados, procesados y valorada su calidad mediante la escala COSMIN.

Tras este análisis y valoración se encontraron 39 herramientas que medían algún aspecto de la ACP, muchas de las cuales presentaban importantes problemas metodológicos.

Se objetiva por otra parte la no existencia de una herramienta capaz de medir la ACP en AP con un cuestionario autocumplimentable y validado en nuestro medio.

Esta revisión hace evidente la necesidad del diseño y validación de una herramienta capaz de medir si nuestra práctica clínica está centrada en la persona.

2.2.2 EL ESTUDIO DELPHI: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez obtenida la información de todas las herramientas validadas existentes que medían algún aspecto o dimensión de la ACP a través de la revisión sistemática, procedimos a continuar con la recogida de información, recabando el punto de vista de los profesionales.

Realizamos un estudio Delphi para conocer la perspectiva de los MF acerca de los aspectos y dimensiones que deberían, obligadamente, formar parte de la definición de la ACP. Tras el envío secuencial de tres cuestionarios pudimos obtener varias conclusiones.

Realizamos un estudio Delphi para conocer la perspectiva de los MF acerca de los aspectos y dimensiones que deberían, obligadamente, formar parte de la definición de la ACP. Tras el envío secuencial de tres cuestionarios pudimos obtener varias conclusiones.

Las dimensiones imprescindibles para elaborar nuestro futuro cuestionario sobre ACP son : “Paciente como persona”, “Perspectiva biopsicosocial”, “Relación médico-paciente”, “Poder y responsabilidad compartidas” y “Médico como persona”. Se identifican también otras tres dimensiones: “Gestión de recursos”, “Competencias clínicas” y “Prevención y promoción de la salud” con escasa presencia y no priorizadas por los expertos.

Además de las dimensiones prioritarias a incluir en la herramienta que queríamos diseñar, también nos permite identificar los aspectos más importantes a medir según los MF para valorar la ACP, seleccionando 52 ítems que pertenecían en su mayoría a las cinco dimensiones identificadas como prioritarias.

Este estudio Delphi nos permitió identificar las principales dimensiones a incluir como factores clave y algunos de los ítems sobre los que debemos incidir al elaborar un cuestionario para valorar la ACP en AP

2.2.3 DISEÑO Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos en las fases anteriores de la investigación, publicadas en los dos primeros artículos de esta tesis, construimos un banco de datos compuesto por 873 ítems que valoraban algún aspecto de la ACP.

El grupo investigador realizó sucesivas revisiones , retirando duplicidades y aplicando los criterios de inclusión y exclusión hasta reducir el número de ítems a 66. Tras la reformulación y revisión por panel de expertos se obtuvo una herramienta de 45 ítems con la que se realizó un pretest cognitivo , en el que además se valoró la pertinencia de los mismos. Finalmente se volvieron a reformular los ítems y se obtiene una cuestionario con 39 preguntas.

El cuestionario se valida en nuestro medio, obteniendo una excelente fiabilidad, determinada por λ de Cronbach, de $\lambda = 0,915$. Se obtiene también una adecuada factibilidad que medimos con la tasa de respuesta superior al 30%, un tiempo de respuesta de poco más de 17 minutos y también mediante la realización del pretest cognitivo. Finalmente medimos su validez, valorando la validez de contenido, su validez aparente o de los procesos de respuesta y la validez de constructo mediante la realización de un análisis factorial.

El resultado final es el diseño, construcción y validación de la herramienta ACPAPS, capaz de medir la ACP en nuestra práctica clínica, creada en el ámbito de la atención primaria y validada en nuestro medio con una alta fiabilidad y validez y una adecuada factibilidad.

2.2.4 RESULTADOS GLOBALES

- 1 En la revisión sistemática se detectan inicialmente 1415 artículos que tras un proceso de selección quedan en 75, identificándose 39 herramientas que medían algún aspecto de la ACP. Se analiza la calidad de estas herramientas mediante la escala COSMIN y las cuestiones que las integran pasan a formar parte de un banco de items para nuestro estudio.
- 2 En el estudio Delphi se recaba la opinión de los profesionales tras un envío secuencial de cuestionarios. Con los resultados de este estudio pudimos determinar las dimensiones principales y los aspectos más importantes a medir según los profesionales para valorar la ACP. Se identifican cinco dimensiones principales y 52 aspectos o items que pasan a engrosar el banco de items de nuestro estudio.
- 3 Partiendo del banco de 873 items conformado por los obtenidos en la revisión sistemática y el estudio Delphi, se realizan sucesivas revisiones por el grupo investigador y el panel de expertos y un posterior pretest cognitivo hasta una herramienta final de 39 items que procedemos a validar.

- 4 Se estudia la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Crombach con un valor de 0,915, la factibilidad con una tasa de respuesta superior al 30%, un tiempo de respuesta de poco más de 17 minutos y la realización del pretest cognitivo. Por otra parte medimos la validez de contenido, la validez de los proceso de respuesta y la realización de un análisis factorial del que se extraen 5 factores principales que coinciden con las dimensiones identificadas como principales. La herramienta queda finalmente compuesta por 37 items.

2.2.5 CONCLUSIONES GLOBALES.

1. Tras la realización de una revisión sistemática no se ha encontrado ninguna herramienta validada que nos permita valorar la ACP en Medicina de Familia con un cuestionario autocumplimentable y validado en nuestro medio.
2. Las herramientas que identificamos para la medición de la ACP en atención primaria presentan problemas metodológicos en su construcción y diseño.
3. Las evidencias previas nos muestran la clara oportunidad de desarrollar una herramienta autocumplimentable por el propio médico de familia capaz de medir en atención primaria de salud la ACP de forma global y validada en nuestro medio que nos permita valorar si nuestro ejercicio profesional es conforme a una adecuada ACP.
4. Recabada la opinión de los profesionales mediante un estudio Delphi, pudimos comprobar que las dimensiones consideradas como imprescindibles para elaborar un cuestionario sobre la ACP son cinco: “Paciente como persona”, “Perspectiva biopsicosocial”, “Relación médico paciente”, “Poder y responsabilidad compartida” y “Médico como persona”.
5. Identificamos además otras tres dimensiones: “Gestión de Recursos”, “Prevención y promoción de la salud” y “Competencias Clínicas. Estas dimensiones no fueron consideradas como imprescindibles para la elaboración de la herramienta de medición de la ACP por su escasa presencia en la literatura y por no haber sido priorizadas por los profesionales en el estudio Delphi.

6. Entre los aspectos que podríamos considerar esenciales para la ACP, según el estudio Delphi, destacan el respeto, la atención integral, el enfoque biopsicosocial, la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones.
7. El estudio Delphi nos permite identificar no solo las dimensiones prioritarias sino también los ítems y factores claves a la hora del diseño del cuestionario de medición de la ACP.
8. Con los ítems obtenidos de las herramientas detectadas en la revisión sistemática y los aspectos destacados por los profesionales en el estudio Delphi constituimos un banco de ítems del que acabamos extrayendo una herramienta autocumplimentable para valorar la ACP por el MF . ACPAPS (Atención Centrada en la Persona en Atención Primaria de Salud)
9. Realizado el proceso de validación en nuestro medio encontramos que la herramienta ACPAPS presenta una adecuada factibilidad y validez, testada esta última en varios de sus aspectos : validez de contenido, validez aparente y validez de constructo y una fiabilidad tipificada como excelente.
10. Conociendo la importancia de la ACP en el ámbito de la atención primaria, ACPAPS es una herramienta fiable, factible y validada en nuestro medio que permite valorar la ACP en atención primaria de salud.

3 Bibliografía

3. BIBLIOGRAFÍA

1. Casado Vicente V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF. 2018;14:79---86.
2. Mira JJ, Gilabert M, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between Doctors and patient´s point of view. Health Expect. 2014;17:826---8239.
3. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. [Internet.] Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2005/03/03/sco1198>
4. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Euract 2005.
5. Martín-Zurro A, Cano JF editores. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona. Elsevier; 2003.
6. Casado Vicente V, Calero Muñoz S, Cordon Granados F et al editores. Tratado Medicina de Familia y Comunitaria. 2ª ed. Panamericana. Semfyc; 2012.
7. OMS-Unicef. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, Unión Soviética, 6-12 septiembre. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978. Serie "Salud para todos" nº 1.
8. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science & Medicine 51 (2000) 1087-1110.
9. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL et al. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. Ann Fam Med 2011; 9(2): 155-164.
10. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. Journal of the Royal College of General Practitioners, 1969: 17, 269-276.
11. Byrne P, Long B. Doctors Talking to Patients. London: HMSO. 1976.
12. Borrell i Carrió F. Práctica clínica centrada en el paciente. 1ª edición. Triacastela. 2011.

13. Lipkin M, Quill T, Napodano R. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine*, 1984: 100, 277-284.
14. Grol R, de Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and the Netherlands. *Family Practice*, 1990: 7 (2), 100-104.
15. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *Journal of the American Medical Association*, 1996: 275, 152-156.
16. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *The impact of patient-centred medicine: transforming the clinical method*. London: Sage. 1995.
17. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática [Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review]. *Aten Primaria.*, 52 (2020 Dec), pp. 738-749
18. Liberati A, Altman DC, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions; explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
19. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res*. 2018;27:1171---9.
20. de Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach*. 2005;27:639---43.
21. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *Aten Primaria*. 2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>.
22. George D, Mallery P. *SPSS/PC+step by step: A simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company; 1995
23. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:67---74.

24. Pascual López JA, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Zarzas Arribas M. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia. *Aten Primaria*. 2023 . Vol 55. Num 12
DOI:10.1016/j.aprim.2023.102739

4 Primer artículo

La Revisión Sistemática

- **TITULO:** Cuestionarios de Atención Centrada en la Persona en Atención Primaria : una Revisión Sistemática

- **PUBLICACIÓN**

- Revista Atención Primaria. Elsevier. Factor impacto 2022 2,5
- CUESTIONARIOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN ATENCIÓN PRIMARIA :UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA J.A. Pascual López, T.Gil Pérez, J.A. Sánchez Sánchez, J.F. Menárguez Puche. Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria. Una revisión sistemática [Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review]. Aten Primaria., 52 (2020 Dec), pp. 738-749

AUTOR

- José Antonio Pascual López Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud, Calasparra, Murcia, España

COAUTORES:

- Trinidad Gil Pérez, Centro de Salud docente Mariano Yago, Servicio Murciano de Salud, Yecla, Murcia, España
- Juan Antonio Sánchez Sánchez Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMUMFyC),
- Juan Francisco Menárguez Puche Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

- **RESUMEN:**

- Objetivo: Pese a la importancia de la «atención centrada en la persona» (ACP), hay evidentes limitaciones para valorarla y medirla, debidas probablemente a la dificultad para definirla. El objetivo del estudio fue identificar herramientas validadas que midiesen la ACP o algunos de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria.
- Diseño: Revisión sistemática.
- Fuentes de datos: MEDLINE, Embase, Cochrane, PSYCInfo, IME-Biomedicina, LILACS y TESEO hasta del 31 de mayo de 2018.
- Selección de estudios: Los criterios de inclusión fueron: a) estudios de validación de cuestionarios, revisiones sistemáticas sobre estudios de validación u otros estudios descriptivos, b) realizados todos ellos en el ámbito de la atención primaria y c) que midieran aspectos de la ACP en profesionales y/o pacientes. Dos investigadores revisaron de forma independiente los artículos y sus discrepancias fueron resueltas por un tercer investigador.
- Extracción de datos: Se recogieron datos sobre los aspectos de la ACP medidos, población a la que se dirige, tipo de cuestionario, y datos sobre validez y fiabilidad.
- Resultados: Se localizaron 1.415 artículos a los que se añadieron 54 referencias adicionales identificadas a través de referencias de los artículos de la revisión sistemática. Tras una depuración finalmente fueron 75 los artículos que cumplieron todos los criterios y 39 las herramientas identificadas y clasificadas según las dimensiones analizadas.

- **Dirección url**

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-resumen-cuestionarios-atencion-centrada-persona-atencion-S0212656719302276>

5.Segundo artículo El estudio Delphi

- **TÍTULO:** ¿Cómo valorar la Atención Centrada en la Persona según los profesionales? : Un estudio Delphi

- **PUBLICACIÓN**

- Revista Atención Primaria. Elsevier. Factor impacto 2022 2,5

- ¿CÓMO VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SEGÚN LOS PROFESIONALES ?. UN ESTUDIO DELPHI

Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. Aten Primaria. 2022;54:102232, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>

AUTOR

- José Antonio Pascual López Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud, Calasparra, Murcia, España

COAUTORES

- Trinidad Gil Pérez, Centro de Salud docente Mariano Yago, Servicio Murciano de Salud, Yecla, Murcia, España
- Juan Antonio Sánchez Sánchez Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMUMFyC),
- Juan Francisco Menárguez Puche Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

- **CONTRIBUCIÓN**

Objetivos: Conocer la perspectiva de profesionales sobre aspectos y dimensiones que deberían formar parte indispensable de la Atención Centrada en la Persona (ACP).

Diseño: Técnica Delphi.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Participantes: Setenta y cuatro expertos médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria (MF), tutores docentes, psicólogos y sociólogos distribuidos por todo el territorio nacional (enero-junio 2015).

Métodos: Respondieron a tres cuestionarios: primero sobre aspectos que debería tener en cuenta un MF para realizar ACP en todas sus dimensiones. En el segundo se preguntó sobre el grado de acuerdo con cada ítem y dimensión en que lo clasificaba. Las respuestas se priorizaron en un tercer cuestionario (escala Likert, rango de puntuación 1-10).

Resultados: La tasa de respuesta (TR) al primer cuestionario fue de 54,05%, obteniéndose 84 ítems, los más frecuentes Respeto y Atención Integral. El 2.º cuestionario con TR = 48,6%, obtuvo 52 ítems con acuerdo superior al 75%. La TR del tercer cuestionario fue de 52,7%, obteniendo 21 ítems con puntuación > 9. Los valores más altos correspondieron a aspectos esenciales de la ACP: respeto, atención integral, enfoque biopsicosocial, autonomía del paciente y participación en la toma de decisiones.

Conclusiones: Se identificaron nuevas dimensiones: Prevención y promoción de la salud, Gestión de Recursos y Competencia Clínica; añadidas a las previamente descritas: Perspectiva biopsicosocial, Médico como persona, Paciente como persona, Relación médico-paciente y Poder y Responsabilidad compartidas.

El respeto, la atención integral, el enfoque biopsicosocial, la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, son los aspectos más valorados entre los seleccionados por los profesionales participantes.

- **Dirección url**

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-como-valorar-atencion-centrada-persona-S0212656721002663>

6.Tercer artículo

Diseño y validación de la herramienta

ACPAPS

- **TITULO:** Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia

- **PUBLICACIÓN**

- Revista Atención Primaria. Elsevier. Factor impacto 2022 2,5
- CUESTIONARIO ACPAPS PARA VALORAR LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA POR EL MÉDICO DE FAMILIA
Pascual López JA, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF, Zarza Arribas M. Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la Atención Centrada en la Persona por el médico de familia. Aten Primaria. 2023 . Vol 55. Num 12 DOI
:10.1016/j.aprim.2023.102739

AUTOR

- José Antonio Pascual López Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud, Calasparra, Murcia, España

COAUTORES

- Juan Antonio Sánchez Sánchez Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMUMFyC),
- Juan Francisco Menárguez Puche Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España
- María Zarza Arribas. Centro de Salud Parquesol, Sanidad de Castilla y León (SACYL), Valladolid, España

- **RESUMEN**

Objetivos Diseño, construcción y validación de un test autocumplimentable que permita al médico de familia (MF) valorar en qué medida integra en su práctica clínica la atención centrada en la persona (ACP) Diseño Cualitativo. Diseño de cuestionarios.

Emplazamiento: Atención primaria.

Participantes 214 MF y residentes de medicina familiar y comunitaria de 62 de los 80 centros de salud de la comunidad autónoma de Murcia.

Métodos: Construcción de un cuestionario a partir de un banco de 873 ítems provenientes de una revisión sistemática y un estudio Delphi. Revisión por panel de 8 expertos ACP. Realización de pretest cognitivo con 10 MF. Se invita a participar a los médicos de 62 centros de salud. Con las respuestas medimos la fiabilidad, la validez y la factibilidad.

Resultados: El cuestionario final contiene 37 ítems. Medimos la fiabilidad a través de la consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,915. Para la validez de constructo, el test de esfericidad de Bartlett adecuado y la medida de Kaiser-Mayer-Olkin de 0,889 nos permitió realizar un análisis factorial con la extracción de nueve factores (regla de Kaiser), siendo 5 los principales (Scree Test), cuyos ítems coinciden con las dimensiones propuestas por los expertos. Para valorar su factibilidad consideramos la tasa de respuesta del 31,15%, el tiempo de respuesta de 17 minutos 23 segundos, y solo el 0,9% de encuestados consideraban el cuestionario largo o complejo.

Conclusiones: El cuestionario ACPAPS es una herramienta fiable, válida y factible para valorar la ACP en el MF, lo cual tiene múltiples y trascendentes aplicaciones.

- **Dirección url:**

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-diseno-validacion-del-cuestionario-acpaps-S0212656723001725>

7. Anexos

7.1. Anexos de la Revisión Sistemática

TABLA DE SESGOS EN EL DISEÑO Y CONSTRUCCIÓN DE LAS HERRAMIENTAS DE ACUERDO A LA ESCALA COSMIN

Referencia: _Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, TerweeCB. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. Qual Life Res. 2018 May;27(5):1171-1179 Descargada la escala de <https://www.cosmin.nl/tools/checklists-assessing-methodological-study-qualities/>

De acuerdo a las instrucciones de la escala la valoración de cada uno de los 5 apartados se ha otorgado la valoración más baja entre el conjunto de los ítems de ese apartado.

B = Muy bueno **A** = adequate **D** = doubtful **I** = inadequate **NA** = not applicable
NCI : No consta información

Herramienta	Diseño general (1 -5)	Relevancia y exhaustividad en el diseño (6-13)	Diseño estudio piloto general (14-15)	Comprensible estudio Piloto (16-25)	Exhaustividad del pilotaje (26-35)
1- KIM 2001	I	I	NCI	-	-
2- Thom 1999	D	D	A	D	D
3- PDQR9 2004	D	D	A	I	I
4- CREM-P	Tras revisar criterios NO estaría incluida				
5- Hall 2002	B	D	B	D	D
6- HCR 2006	A	A	B	D	D
7- CARE 2004	D	D	A	D	I

Herramienta	Diseño general (1 -5)	Relevancia y exhaustividad en el diseño (6-13)	Diseño estudio piloto general (14-15)	Comprensible estudio Piloto (16-25)	Exhaustividad del pilotaje (26-35)
8- MISS21 2002	A	I	A	I	I
9- VR-MIS 2005	A	I	NCI	-	-
10- Cegala MCCS 1998	A	I	NCI	-	-
11- Stewart 2007IPC	A	D	No realizado	-	-
12- Sure 2014	I	I	NCI	-	-
13- PACIP 2005	I	I	D	D	D
14- SACIP 2009	D	I	NCI	-	-
15- PAI 1998	I	I	NCI	-	-
16- TSRQ 2007	I	I	NCI		
17- PAM 2004	A	D	A	D	D
18- PEES 2014	B	D	A	D	D
19- PESQ 2015	D	D	A	D	D
20- HCCQ 2017	No se incluye la escala				
21- PICSS 1990	I	I	NCI	-	-
22- CSQ 1990	D	I	NCI	-	-
23- IPQ 2003	I	I	NCI	-	-
24- T CSHPI PF 2013	I	D	NCI	-	-
25- CQI 2000	D	D	D	D	D
26- CPAQ-R 2013	D	I	A	D	I
27- GPAS 2000	I	I	NCI	-	-
28- DISQ 1999	D	D	A	D	D
29- GMCQ 2017	D	D	NCI	-	-
30- JPCAT 2015	A	D	A	D	D
31- MPCMH 2018	D	D	NCI	-	-
32- DDPRQ 10 1993	A	D	NCI	-	-
33- 4HCS	D	I	NCI	-	-
34- CICA 2010	A	D	NCI	-	-
35- PPOS 2011	D	I	NCI	-	-
36- CICA 2010	A	D	NCI	-	-
37- CICA2 2010					

38- OPTOPN 2003	A	D	NCI	-	-
39- IDM 1999	A	D	NCI	-	-
40- CSPAM 2009	A	D	A	D	D
41- CCHPA	D	D	A	D	D

B = Muy bueno **A** = adequate **D** = doubtful **I** = inadequate **NA** = not applicable
NCI : No consta información

7.2. Anexos del Estudio Delphi



Estudio Atención Centrada en la Persona

El Objetivo final de este estudio Delphi es identificar los aspectos y dimensiones que debería valorar un Médico de Familia para comprobar si realiza una Atención Centrada en la Persona (ACP).

Los datos obtenidos de este cuestionario serán tratados de forma confidencial y sólo el equipo Investigador conocerá su autoría.

Para esta primera pregunta abierta debe contestar todas las opciones que se le ocurran. El plazo para enviar sus respuestas es de 15 días (finalizará el 12 de junio del 2014).

***1. Elabora un listado con el conjunto de valores, actitudes y competencias que ha de tener en cuenta un médico de familia para desempeñar una Atención Centrada en las Personas.**

2. Observaciones, comentarios que desee realizar

Enviar

PRIMER CUESTIONARIO DEL ESTUDIO DELPHI.

(Cuestionario enviado a los expertos en el que se solicitó su opinión sobre qué aspectos debería tener en cuenta un MF para comprobar si realiza una ACP en todas sus dimensiones.)

Anexo 7.2.2

(Acompañando al segundo cuestionario se adjuntó una definición de los ítems y las dimensiones para su mejor comprensión. En este anexo adjuntamos las definiciones de las dimensiones)

DEFINICIONES DIMENSIONES – DELPHI

· MÉDICO COMO PERSONA

Esta dimensión hace referencia a la influencia de las cualidades personales del médico en su práctica profesional. La subjetividad del médico es inherente a la relación médico-paciente y su influencia no es necesariamente siempre positiva.

Dado que durante el proceso asistencial se produce una interacción continua entre el médico y el paciente no debe considerarse un único aspecto por separado.

· PACIENTE COMO PERSONA

Una perspectiva biopsicosocial por sí sola no es suficiente para la plena comprensión de la experiencia del paciente de enfermedad, que depende del significado personal que le confiera (expectativas, sentimientos y temores acerca de la enfermedad). Esta dimensión tiene que ver con la comprensión de la experiencia del individuo de la enfermedad

Hace referencia a “entender” las quejas que se ofrecen por parte del paciente y los síntomas y signos encontrados por el médico, no sólo en términos de enfermedad, sino también como expresión de la individualidad única del paciente, sus conflictos y problemas. Supone comprender al paciente como una personalidad idiosincrásica dentro de su contexto único.

· PERSPECTIVA BIOPSIICOSOCIAL

La enfermedad y la salud vienen determinadas por componentes biológicos pero también determinantes psicológicos y sociales. Son específicos para cada persona y se expresan de modo diferente en función de la cultura en que viva esa persona. Considera la enfermedad desde un punto de vista biológico, psicológico y social.

· PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE SALUD

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. La prevención de la enfermedad abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

· RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Tipo particular de relación interpersonal que se establece entre los profesionales médicos y sus pacientes. Comprende las conductas de ambos (médico y paciente) y sus interacciones e incluye tanto aspectos de comunicación verbal como no verbal. Puede influir en el curso de la enfermedad, la eficacia del tratamiento y la satisfacción de los profesionales.

· PODER Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Desarrollo por parte del profesional de un modelo de relación médico-paciente igualitaria y de “participación mutua”. El poder y la responsabilidad son compartidas con la persona y los conceptos de “negociación”, “participación de usuarios”, “empoderamiento del paciente” y “autonomía” cobran gran importancia.

En estas consultas se reconocen las necesidades y preferencias de los pacientes y se aplican comportamientos tales como alentar al paciente a expresar sus ideas, escuchar, reflexionar y ofrecerle colaboración

· **GESTIÓN RECURSOS**

Proceso de diseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en las decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados en su trabajo. La gestión clínica puede ser a nivel de Estado, instituciones sanitarias o la propia consulta. Se trata de saber administrar del mejor modo posible los recursos con los que contamos para nuestra práctica clínica.

· **COMPETENCIA CLÍNICA**

Es el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores necesarios para la ejecución de acciones relacionadas con la prevención, diagnóstico y cura de enfermedades.

La competencia clínica requiere del dominio de conocimientos específicos, propios de cada área de la salud: habilidades de comunicación y de organización, habilidades y destrezas para trabajar en equipo y solucionar problemas, así como habilidades para el razonamiento en función de las evidencias encontradas.

Anexo 7.2.3

(Acompañando al segundo cuestionario se adjuntó una definición de los ítems y las dimensiones para su mejor comprensión. En este anexo adjuntamos las definiciones de los ítems)

DEFINICIONES ÍTEMS – DELPHI

Respeto: Muestra respeto, miramiento y consideración hacia las personas, su familia y sus cuidadores.

Empatía: Es capaz de sintonizar con los sentimientos de la persona y que ésta note la percepción de su estado emocional.

Honestidad: Se muestra justo e íntegro en sus actuaciones.

Compromiso con las personas: Expresa en su comportamiento un compromiso con la persona más allá de la enfermedad.

Accesibilidad: No pone impedimentos para prestar servicios cuando son necesarios.

Compromiso con las personas: Expresa en su comportamiento un compromiso con la persona más allá de la enfermedad.

Compromiso con la ética: Trabaja con sentido ético.

Prudencia: Actúa con reflexión y precaución para evitar posibles daños.

Flexibilidad: Da facilidades para acomodarse a distintas situaciones o a las propuestas de otros.

Curiosidad: Desea conocer lo que no sabe.

Autoconocimiento: Es capaz de explorar sus propias actitudes, creencias, expectativas.

Responsabilidad: Acepta las consecuencias de un hecho realizado libremente.

Compasión: Entiende el estado emocional de la persona con deseo de reducir su sufrimiento.

Actitud crítica: Tiene una actitud reflexiva y antepone la persona a la norma.

Paciencia: Es capaz de padecer o soportar algo sin alterarse.

Solidaridad: Se puede adherir de forma circunstancial a la causa o empresa de otros.

Apertura: A otras perspectivas, opiniones, diferencias) (Tiene una actitud transigente en lo ideológico, político, religioso, etc. y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las suyas.

Diálogo: Discute desde distintos puntos de vista para intentar lograr un acuerdo o un acercamiento entre posturas.

Serenidad: Tiene cualidades como la serenidad -es apacible, sosegado y sin turbación física o moral- y tranquilidad.

Sinceridad: Es sencillo, veraz y se expresa de un modo libre de fingimiento.

Profesionalidad: Ejerce su actividad con relevante capacidad y aplicación.

Humanismo: Tiene una actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos.

Compromiso con la especialidad: Se autoimpone el conocimiento y actuación según los principios de la especialidad de MFyC.

Calidez: Es afectivo, cariñoso y cordial.

Sentido del humor: Está capacitado para usar y percibir el humor o admitir bromas.

Generosidad: Tiende a ayudar a los demás y a dar las cosas propias sin esperar nada a cambio.

Compromiso con la mejora continua: Se autoimpone el conocimiento y actuaciones según los criterios de la metodología de calidad.

Simpatía: Tiene un carácter que lo hacen atractivo o agradable a los demás.

Educación: Es cortés y se ajusta a las normas de urbanidad.

Observación: Es capaz de examinar atentamente a las personas y su entorno.

Decisión: Es determinado para tomar, resoluciones en cualquier situación incluso en dudosas.

Autoestima: Tiene una valoración generalmente positiva de sí mismo.

Madurez: Aplica buen juicio, prudencia y sensatez.

Habilidades emocionales: Tiene cualidades como entre otras el conocimiento emocional de sí mismo, empatía, adaptabilidad, transparencia, gestión de las relaciones y conflictos.

Crítica positiva: Aplica una crítica constructiva, proponiendo nuevas soluciones a los problemas o defectos que expongan las personas.

Valoración de las fortalezas y eficacias de las personas: Es capaz de identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas.

Amor al cambio y la transformación: Afronta los aspectos positivos y negativos derivados de incorporar nuevos conocimientos y habilidades, para mejorar la atención a las personas.

Autonomía: Respeta y promueve la autonomía de las personas para el cuidado de su salud y la atención de sus enfermedades.

Confidencialidad: Respeta a la confidencialidad como derecho del paciente y obligación ética del médico.

Paciente como sujeto del proceso de enfermar: Entiende al paciente como persona y se interesa por ella –de forma genuina- como sujeto en un proceso de salud/enfermedad, explorando las vivencias que le ocasiona.

Derecho de información: Respeta el derecho a la información de las personas y las mantiene informadas.

Reconocimiento del final de la vida como uno de sus objetivos: Reconoce y respeta el final de la vida como parte natural de ésta.

Atención integral: Atiende a las personas considerando no solo su biología sino también lo psicológico y social.

Interés por la historia personal y familiar: Se interesa por la biografía de las personas, considera su ciclo vital y adapta la atención a sus etapas evolutivas, así como a su entorno social y cultural.

Tiene en cuenta las creencias, valores, actitudes, miedos y preferencias de las personas, valorando su contexto.

Historia Familiar: En la atención a las personas tiene en cuenta a las familias, hace historias familiares y utiliza el genograma.

Longitudinalidad: Atiende a las personas a lo largo de toda su vida y para la mayoría de sus problemas de salud.

Elaboración historia clínica por problemas: Utiliza en sus historias clínicas la orientación por problemas.

Reconocimiento del mundo del otro: Reconoce y adapta su atención a las necesidades de las personas por encima de las propias.

Capacidad para delimitar límites de interacción terapéutica/paciente/familia de forma terapéutica y en bien del paciente: Trata de establecer una relación terapéutica en bien del paciente considerando las interacciones con la familia.

Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Incorpora a su práctica clínica actividades tanto individuales como grupales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Competencia comunicativa: Maneja forma general todas las habilidades de comunicación precisas para una buena entrevista clínica.

Escucha activa: Da margen a la narrativa espontánea del paciente combinando facilitaciones, frases interrogativas, frases por repetición y expresiones empáticas.

Limitaciones de la Medicina: Tanto del paciente como del profesional. Comparte con las personas y su entorno las decisiones que afectan a su salud, especialmente en aquellas situaciones de falta de conocimiento científico, de consecuencias relevantes para su vida, y/o en las circunstancias próximas al final de la vida.

Manejo adecuado del tiempo de la entrevista: Tiene habilidades para negociar con las personas el uso del tiempo de manera que responda tanto a sus necesidades y expectativas como a los objetivos asistenciales del profesional.

Manejo de la reactividad y contención emocional: Contención emocional: Tiene habilidad para no verse forzado a dar consejos o proponer acciones como respuesta a una transacción o descarga emocional del paciente. Reactividad: Da el tiempo necesario para intervenir después de haber hablado la persona.

Técnicas de negociación: Busca acuerdos con la persona con el objetivo de lograr algo.

Construir un espacio de confianza y una sólida relación médico-paciente: Genera una entrevista de confianza para establecer una relación terapéutica.

Acompañamiento: Ejecuta una acción de acompañar al paciente para alcanzar un efecto.

Reconocimiento recíproco MP: Utiliza un concepto bioético orientado al reconocimiento bidireccional que le permita construir un modelo de justicia aplicable al ámbito sanitario.

Participación del paciente en la toma de decisiones: Tras informarles de forma adaptada a sus necesidades y expectativas facilita y permite la elección de las personas entre diferentes alternativas.

Presentación de las opciones posibles para la persona: Diagnóstico, cuidado o tratamiento) (Ofrece diferentes alternativas para que el paciente pueda elegir entre ellas.

Empoderamiento-Promoción de la autonomía de los pacientes: Estimula y facilita que las personas tomen el control de las decisiones sobre su salud.

Deliberación conjunta: Facilita la deliberación conjunta.

Implicación del núcleo familiar en la toma de decisiones: Favorece la implicación de la familia en la planificación de la atención, el tratamiento y los cuidados.

Corresponsabilidad: Permite compartir con las personas los resultados de las decisiones tomadas de forma conjunta.

Coordinación de servicios asistenciales: Conoce y utiliza los recursos y posibilidades de apoyo -socio-sanitarios, educativos, etc- disponibles en su zona.

Trabajo en equipos interdisciplinarios: Sabe trabajar en equipo con otros profesionales del EAP u otros recursos de la Zona Básica de Salud.

Compromiso con la sociedad: Está comprometido y sensibilizado con su responsabilidad social para un uso eficiente y equitativo de recursos.

Organización del trabajo: Sabe organizar el trabajo para gestionar mejor la atención a las personas.

Gestión de la salud pública: Está interesado en actuar ante problemas de Salud Pública.

Organizarse la atención a domicilio: Organiza adecuadamente la atención a domicilio para programarla según las necesidades de las personas.

Saber enfocar, resolver y gestionar problemas: Sabe tomar las decisiones más adecuadas en consulta.

Formación general y específica: Tiene un adecuado conocimiento de la Medicina en general y de la Atención Centrada en las Personas en particular.

Razonamiento clínico: Sabe aplicar el Método Clínico y de toma de decisiones en consulta.

Manejo de la incertidumbre: Sabe tomar decisiones aunque no esté absolutamente seguro de ellas.

Investigación: Considera imprescindible la investigación como parte de su perfil profesional y la realiza.

Gestión de calidad: Conoce y aplica en su práctica la metodología de la calidad.

Competencias en MBE: Tiene conocimientos de MBE y los aplica en su trabajo.

Habilidades Clínicas: Tiene unas adecuadas competencias asistenciales científico- técnicas: exploración física, diagnóstico diferencial, orientación diagnóstica, realización e interpretación de pruebas complementarias, uso de fármacos, tratamientos...

Docencia: Considera imprescindible la docencia como parte de su perfil profesional y la realiza.

Conocimiento de herramientas digitales: Conoce y utiliza las herramientas digitales.

Potencial para la innovación y asunción de riesgos: Es capaz de ofrecer a los problemas soluciones originales y nuevas asumiendo las consecuencias de estas decisiones.

SEGUNDO CUESTIONARIO DEL ESTUDIO DELPHI

Anexo 7.2.4



Estudio Atención Centrada en la Persona (2º Cuestionario)

1. INSTRUCCIONES GENERALES Y DIMENSIÓN MÉDICO COMO PERSONA

1 / 8 12%

DIMENSIÓN MÉDICO COMO PERSONA

Esta dimensión hace referencia a la influencia de las cualidades personales del médico en su práctica profesional. La subjetividad del médico es inherente a la relación médico-paciente y su influencia no es necesariamente siempre positiva. Dado que durante el proceso asistencial se produce una interacción continua entre el médico y el paciente no debe considerarse un único aspecto por separado.

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO

Este es el segundo cuestionario del estudio Delphi para identificar los aspectos y dimensiones que debería valorar un Médico de Familia para comprobar si realiza una Atención Centrada en la Persona (ACP).

Son un total de 8 páginas (pantallas) con 85 preguntas. Esta dimensión del médico como persona es la que cuenta con mayor número de preguntas (37).

Para cada uno de los enunciados se pregunta si:

- ¿Considera que este concepto forma parte de la Atención Centrada en la Persona que ofrece un Médico de Familia?
- ¿Considera que este concepto forma parte en esta dimensión (Médico como persona)?

En el recuadro de "Observaciones, comentarios" puede incluir cualquier aclaración, o aspecto relacionado con esa pregunta.

Una vez finalizada las preguntas de esta página y si pulsa en el enlace de "siguiente" las contestaciones quedan almacenadas y podría continuar con la respuesta del cuestionario en cualquier momento mediante el enlace incluido en el correo.

El plazo para enviar su respuesta finalizará de 8 de junio.

Los datos obtenidos de este cuestionario serán tratados de forma confidencial y sólo el equipo investigador conocerá su autoría.

Muchas gracias.

*1. Respeto.

¿Forma parte de la ACP? ¿Forma parte de esta dimensión?

Respeto (Muestra respeto, miramiento y consideración hacia las personas, su familia y sus cuidadores)

Observaciones, Comentarios

*2. Empatía

¿Forma parte de la ACP? ¿Forma parte de esta dimensión?

Empatía (Es capaz de sintonizar con los sentimientos de la persona y que ésta note la percepción de su estado emocional)

Observaciones, Comentarios

*3. Honestidad

¿Forma parte de la ACP? ¿Forma parte de esta dimensión?

Honestidad (Se muestra justo e íntegro en sus actuaciones)

TERCER CUESTIONARIO DEL ESTUDIO DELPHI

Anexo 7.2.5



Estudio Atención Centrada en la Persona (3er Cuestionario)

1. INSTRUCCIONES GENERALES

1 / 3 33%

INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO

Este es el tercer cuestionario (y último) del estudio Delphi para identificar los aspectos y dimensiones que debería valorar un Médico de Familia para comprobar si realiza una Atención Centrada en la Persona (ACP).

Son un total de 3 páginas (pantallas) con 52 preguntas.

Para cada uno de los enunciados hay que responder según la **importancia de ese aspecto para la Atención Centrada en la Persona** que ofrece un Médico de Familia. La respuesta es una escala de valoración que va del 1 al 10 (siendo 10 el máximo de importancia).

En el recuadro de "Observaciones, comentarios" puede incluir cualquier aclaración, o aspecto relacionado con esa pregunta.

Al lado del título de cada pregunta y entre paréntesis figura la proporción de acuerdo con que ese aspecto forma parte de la ACP, obtenida en el anterior cuestionario.

Una vez contestadas las preguntas de esta página, si pulsa en el enlace de "siguiente" las contestaciones quedan almacenadas y podría continuar con la respuesta del cuestionario en cualquier momento mediante el enlace incluido en el correo.

El plazo para enviar su respuesta finalizará **de 30 de junio**.

Los datos obtenidos de este cuestionario serán tratados de forma confidencial y sólo el equipo investigador conocerá su autoría.

Muchas gracias.

*1. Respeto (100%).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respeto (Muestra respeto, miramiento y consideración hacia las personas, su familia y sus cuidadores)										
Observaciones, Comentarios	<input type="text"/>									

*2. Empatía (97,1%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Empatía (Es capaz de sintonizar con los sentimientos de la persona y que ésta note la percepción de su estado emocional)										
Observaciones, Comentarios	<input type="text"/>									

*3. Honestidad (85,7%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Honestidad (Se muestra justo e íntegro en sus actuaciones)										
Observaciones, Comentarios	<input type="text"/>									

*4. Compromiso con las personas (91,4%)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compromiso con las personas (Expresa en su comportamiento un compromiso con la persona más allá de la enfermedad)										
Observaciones, Comentarios	<input type="text"/>									

7.3. Anexos del Diseño y Validación del Cuestionario

GRAFICO DE SEDIMENTACIÓN

(El gráfico de sedimentación o **Scree Test** es una representación gráfica de la magnitud de los autovalores y es útil para conocer el número adecuado de factores a extraer . Este es el gráfico de sedimentación de nuestro análisis factorial)

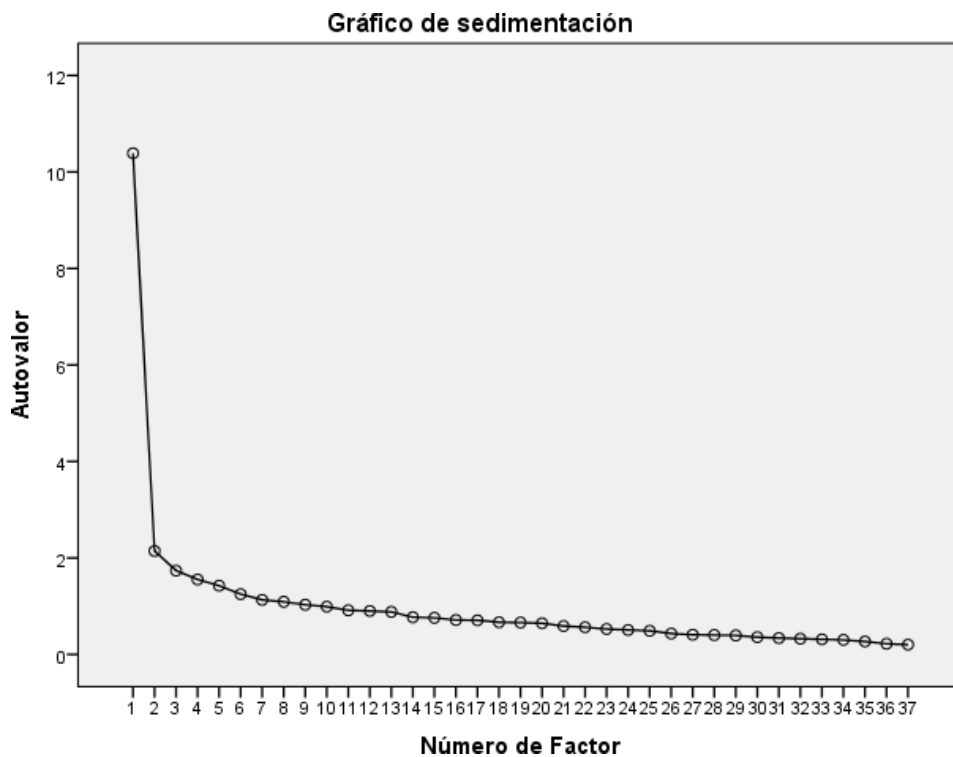


TABLA DE COMUNALIDADES

Anexo 7.3.2

En el estudio de las comunalidades se observa que todas las variables correlacionan entre sí en la estimación inicial, manteniéndose ésta al finalizar la extracción

Comunalidades		
	Inicial	Extracción
1. Tengo en cuenta las creencias, cultura, valores y preferencias de las personas valorando su contexto	,576	,535
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad	,401	,506
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad	,482	,592
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba	,562	,587
5. Atiendo a las personas considerando no sólo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y sociales.	,564	,615
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad incluso en los peores momentos	,523	,521
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica	,551	,564
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición	,500	,473
9. Creo que siendo bueno en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante	,408	,557
10. Asesoro a mis pacientes, a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida	,452	,435
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas	,432	,407
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas.	,567	,539
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta	,378	,327
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías	,267	,153
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad	,532	,502
16. Examino atentamente a las personas y su entorno	,527	,503
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud	,410	,376
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad	,479	,461
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones	,556	,573
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente	,480	,468
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar	,446	,372
22. Felicito a los pacientes por sus logros	,321	,289
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas	,393	,413
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos	,353	,344
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico	,392	,446
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad	,499	,533
27. Procuro que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente.	,371	,462
28. No acostumbro a preguntar al paciente cual desea que sea su papel en la toma de decisiones	,364	,345
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese ese interés	,379	,321
30. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes	,421	,421
31. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta	,452	,433
32. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento	,384	,430
33. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad	,510	,707
34. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista.	,348	,477
35. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita	,364	,333
36. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía	,488	,503
37. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes	,313	,296

Método de extracción: máxima probabilidad.

