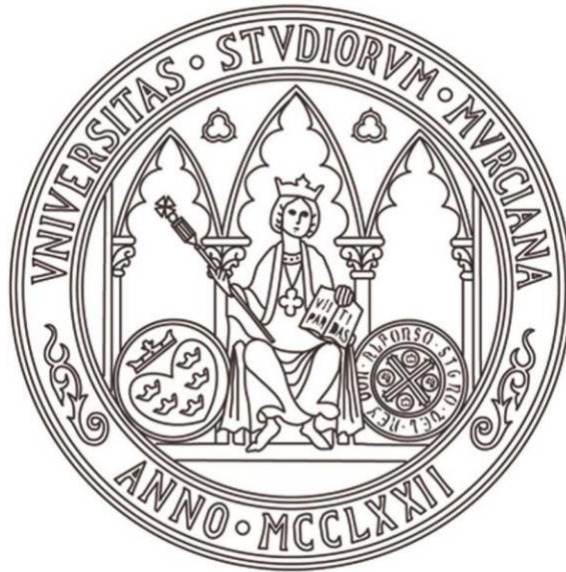




UNIVERSIDAD DE MURCIA
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO
TESIS DOCTORAL

**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.

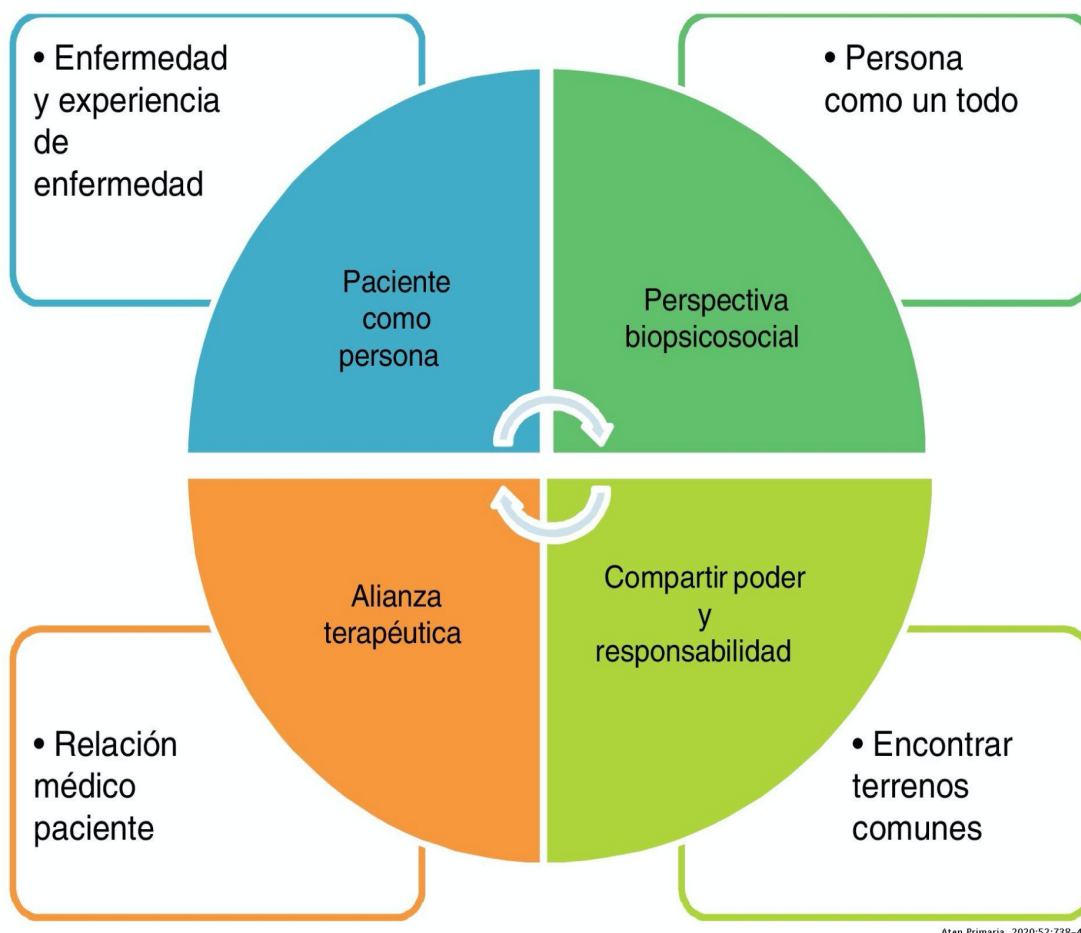
En el año 2000, Mead y Bower⁸, tras una revisión extensa de la literatura, identificaron 5 dimensiones de atención centrada en la paciente:

- 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>.

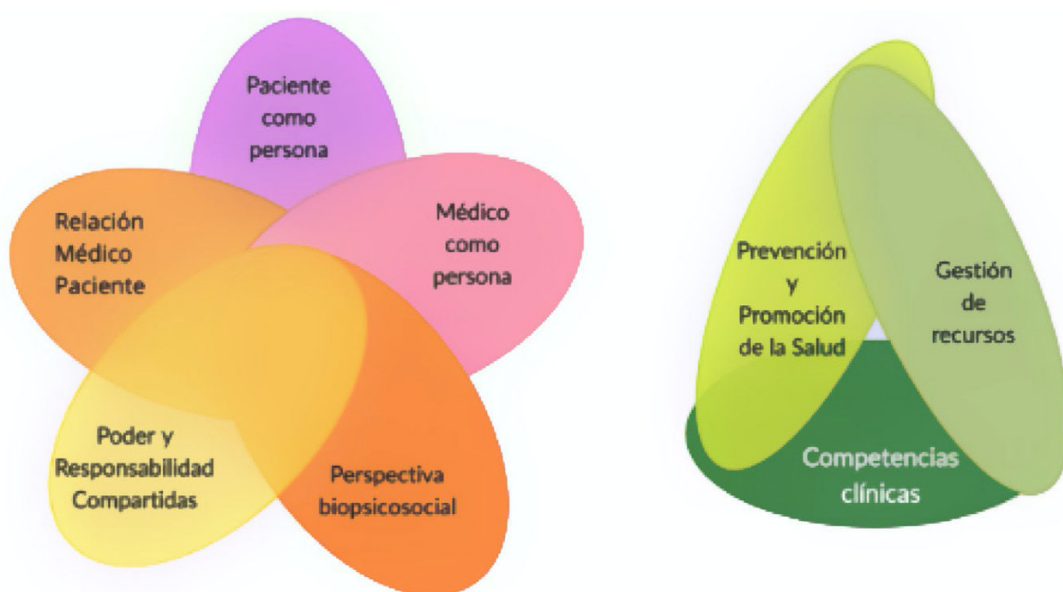
Mientras que por una parte obteníamos la información de todas las herramientas existentes y los ítems y las dimensiones medidas en las mismas, el siguiente paso para la identificación de aspectos a incluir en una herramienta de automedición de la ACP, era conocer el punto de vista de los profesionales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



ORIGINAL

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



José Antonio Pascual López^{a,*}, Trinidad Gil Pérez^b, Juan Antonio Sánchez Sánchez^c y Juan Francisco Menárguez Puche^{c,d}

^a Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud, Calasparra, Murcia, España

^b Centro de Salud docente Mariano Yago, Servicio Murciano de Salud, Yecla, Murcia, España

^c Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria (SMUMFyC), Murcia, España

^d Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

Recibido el 31 de marzo de 2019; aceptado el 18 de noviembre de 2019

Disponible en Internet el 26 de diciembre de 2019

PALABRAS CLAVE

Atención dirigida al paciente;
Cuestionario;
Atención primaria de salud;
Evaluación del resultado de la atención al paciente;
Revisión sistemática

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.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: japascuallopez@gmail.com (J.A. Pascual López).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>

0212-6567/© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: Debido a la dificultad de medir la ACP en su conjunto, la mayor parte de los artículos hacen referencia solo a alguno de sus aspectos o dimensiones, predominando la perspectiva del paciente frente a la del profesional. Estas herramientas son, no obstante, un importante punto de partida para futuros cuestionarios que intenten valorar de forma integral la ACP.

© 2020 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Patient-centered care;
Questionnaire;
Primary Health Care;
Patient outcome assessment;
Systematic review

Questionnaires of person centered care in primary care. A systematic review

Abstract

Objective: Despite the acknowledged importance of 'Person Centered Care' (PCC), there are obvious limitations for its determination and measurement due to the difficulty of its exact definition. The objective of our review is to identify valid tools that measure the PCC or some of its aspects in the field of Primary Health Care.

Design: Systematic review

Data sources: MEDLINE, Embase, Cochrane, PSYCinfo, IME-Biomedicine, LILACS and TESEO until May 31, 2018.

Selection of studies: The inclusion criteria were: validation studies of questionnaires, systematic reviews of validation or other descriptive studies, all of which were carried out in the context of the Primary Health Care and that measured aspects of the PCC in professionals and/or patients. Two investigators independently reviewed the articles and their discrepancies were resolved by a third investigator.

Data extraction: Data were collected on the measured ACP aspects, target population, type of questionnaire, and data on validity and reliability.

Results: 1,415 articles were located, to which 54 additional references were subsequently added via cross references. Finally, there were 75 articles that fulfilled all the criteria and there were 39 which had the tools identified and classified according to the dimensions analyzed.

Conclusions: Due to the difficulty of measuring PCC as a whole, most of the articles refer only to one of its aspects or dimensions, with the patient's perspective prevailing over that of the professional. All these tools are, nevertheless, an important starting point for future questionnaires that attempt an integral approach to the PCC.

© 2020 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En días como estos en que la atención primaria se encuentra reivindicando su lugar capital dentro de los sistemas nacionales de salud, con el modelo biopsicosocial como paradigma de actuación, una sociedad que reclama que las personas sean atendidas de un modo global por un médico cualificado y competente¹ y la necesidad cada vez más evidente de poner al paciente en el centro de la atención sanitaria, la «atención centrada en el paciente» (en adelante ACP) debería convertirse en un valor central de la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). En el actual momento social los ciudadanos reclaman, además de ser atendidos y escuchados, tener la opción de participar activamente en su salud².

Es en la década de los 50 cuando el psicólogo humanista Carl Rogers habla por primera vez de la «terapia centrada en el cliente» y posteriormente el psicoanalista Michael Balint es quien habla de la «medicina centrada en el paciente». Una de las características básicas de la ACP es que se organiza alrededor de las necesidades y expectativas de salud de los pacientes más que alrededor de las enfermedades³. La ACP ha sido descrita de diversas maneras en la literatura. Inicialmente el concepto fue definido de forma general, como

«comprender al paciente como ser humano único»⁴ o «entrar al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos»⁵. En los últimos años se considera un concepto mucho más complejo, con múltiples componentes o dimensiones.

Una de las definiciones más completas es la de Stewart et al., cuyo modelo de ACP identifica 6 componentes interconectados: 1) explorar la enfermedad y la experiencia de enfermedad, 2) entender la persona como un todo, 3) encontrar intereses comunes en materia de gestión, 4) incorporar la prevención y promoción de la salud, 5) mejorar la relación médico-paciente y 6) «ser realista» sobre las limitaciones y recursos personales⁶.

Posteriormente Mead y Bower trataron de establecer un marco conceptual preliminar estableciendo 5 dimensiones de ACP: 1) la perspectiva biopsicosocial, 2) el «paciente-como-persona», 3) compartir el poder y la responsabilidad, 4) la alianza terapéutica y 5) el «médico-como-persona»⁷.

La ACP ha sido aceptada como un valor importante y central en la atención médica y es hoy en día universalmente defendida en la educación médica. Siendo tan importante a nivel general aún lo es más para el ejercicio de la MFyC. La ACP es la esencia de esta especialidad y hoy día no se concibe su buen ejercicio si no está centrado en las personas.

Una herramienta que permitiese al médico comprobar su nivel de ACP podría tener diversas utilidades para el médico de familia: detectar problemas en la relación médico-paciente, ver su capacidad 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.

A la hora de medir la ACP es obviamente necesario un marco conceptual previo. En ausencia de un claro consenso en la literatura, se decidió mantener las 4 dimensiones comunes a las clasificaciones de Stewart et al.⁶ y a la revisión de Mead y Bower⁷. En la figura 1 se puede valorar el modelo teórico mixto utilizado como marco conceptual para esta revisión⁸.

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 y abordar un estudio Delphi contando con expertos en Medicina de Familia de nuestro medio.

El objetivo de esta revisión ha sido 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 ha prestado 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.

Métodos

Revisión sistemática y protocolo

Se realizó una revisión sistemática de la literatura usando métodos formales para asegurar una búsqueda y un proceso de recuperación pertinente y preciso. Con esta finalidad se siguieron los criterios de la declaración PRISMA⁹.

Criterios de inclusión

Con el objetivo de identificar herramientas validadas que midan ACP en atención primaria y que sean valoradas por profesionales y/o pacientes se seleccionaron los siguientes estudios:

1. Estudios de validación de cuestionarios o de otras herramientas que midieran ACP o alguno de sus componentes y que: (a) lo hicieran en el contexto de la atención primaria de salud (APS) y (b) la valoración la realizaran los pacientes y/o los profesionales sanitarios de APS o 2. Revisiones sistemáticas sobre instrumentos que evaluaran la ACP en APS o 3. Estudios realizados en APS que utilizaran una herramienta validada y que midieran aspectos de ACP en pacientes y/o profesionales sanitarios: ensayos clínicos, estudios descriptivos, estudios comparativos.

Criterios de exclusión

Se excluyeron todos los artículos que presentasen alguno de los siguientes criterios:

- Estudios observacionales o grupos focales en los que no se empleara un cuestionario validado.
- Estudios en los que no se midiera claramente la ACP o alguno de sus aspectos.
- Estudios no realizados de forma exclusiva en el ámbito de la APS.
- Estudios no dirigidos a pacientes y/o a médicos.

Estrategia de búsqueda y selección de artículos

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos MEDLINE, Embase, Cochrane, PSYCinfo, IME-Biomedicina y LILACS de artículos publicados hasta el 31 de mayo de 2018. Los términos MeSH y palabras clave utilizadas fueron: «*patient-centered care*» y sus variaciones (*patient focused care*, *patient centered care*, *patient centred care*, *patient centeredness*, *patient centredness*, *person centered care*, *person-centered care*, *person centred care*), «questionnaire», «psychometrics», «validation studies», «reproducibility of results», «factor analysis, statistical», «outcome and process assessment, healthcare», «outcome assessment, healthcare». El ámbito de la búsqueda fue APS, por lo que se delimitó la búsqueda a «*Family Practice*», «*General Practice*» y «*Primary Health Care*» o «*Primary Care*». No hubo restricción de idioma.

Se realizó además otra búsqueda en TESEO, la base de datos del Ministerio de Educación de las tesis doctorales realizadas en universidades españolas, usando como palabras clave «atención centrada en el paciente» y «atención centrada en la persona».

Todas las referencias fueron trasladadas al gestor bibliográfico Zotero, eliminando aquellas que estaban duplicadas.

Dos investigadores revisaron de forma independiente tanto el título como el resumen. Se eliminaron aquellos artículos que no cumplieran criterios de inclusión y se seleccionaron para su lectura completa los que sí lo hacían.

En caso de dudas o cuando el título y el resumen no revelaban información suficiente para determinar su inclusión o exclusión, los investigadores recuperaron y leyeron la publicación a texto completo. Las discrepancias entre los 2 revisores fueron resueltas con ayuda de un tercer investigador.

Tras la inclusión, se verificaron y añadieron referencias adicionales identificadas a través de referencias de los artículos de la revisión sistemática.

Extracción de datos

Todos los artículos finalmente seleccionados fueron analizados y procesados por uno de los investigadores principales con el objetivo de identificar cuestionarios validados y recopilar información sobre el proceso de construcción y validación de estas herramientas.

Los datos extraídos de cada instrumento fueron: objetivo con el que fue desarrollada la herramienta, aspecto o categoría de la ACP al que iba dirigida, características

Clasificación dimensiones ACP

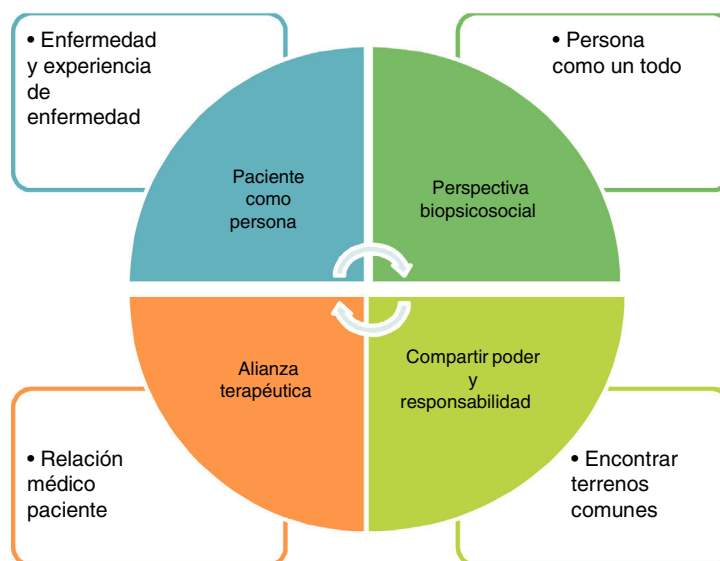


Figura 1 Clasificación de dimensiones de la atención centrada en el paciente (ACP).

de la población de estudio, descripción de la herramienta, proceso de diseño, construcción y pilotaje de la misma, dimensiones o factores y datos estadísticos de fiabilidad y validez.

La calidad de los estudios fue evaluada mediante la escala COSMIN (*Consensus-Based Standards for the Selection of Health Measurement*)¹⁰.

Resultados

Selección de los estudios

La búsqueda en las bases de datos proporcionó 1.415 artículos, de los que tras el proceso de selección fueron incluidos 75. A partir de ellos se obtuvo un total de 39 herramientas validadas. En la figura 2 se muestra el proceso de selección de los estudios mediante un diagrama de flujo.

Características de los estudios

De forma tradicional la ACP se medía por el comportamiento verbal del médico¹¹, no reflejándose en su valoración aspectos como las percepciones del paciente, el comportamiento no verbal o el transcurso de la relación médico-paciente. Debido a la dificultad de medir la ACP en su conjunto, la mayor parte de los artículos o estudios revisados hacen referencia a alguno de sus aspectos o dimensiones, predominando la perspectiva del paciente frente a la del profesional sanitario. Para un mejor análisis de estos cuestionarios, se procedió a agruparlos atendiendo a las dimensiones de la ACP que median. Basado en un modelo mixto entre el de Stewart y el de Mead y Bower, en las tablas 1-3 se exponen las herramientas identificadas, la dimensión de la ACP que explora, a quienes van dirigidas, el tipo de cuestionario y los métodos de medición de validez y fiabilidad utilizados.

La mayor parte de las herramientas encontradas (74%) están orientadas al paciente, y de las orientadas a profesionales sanitarios la mayor parte precisaban de un evaluador externo. Más de un 65% de las herramientas están validadas en Estados Unidos y Reino Unido y casi el 80% en países angloparlantes. Solo un 7,7% han sido validadas en nuestro medio y en español.

Estableciendo una línea temporal en esta revisión encontramos un periodo entre 1998 y 2002 de máxima actividad con la publicación de más del 25% de las herramientas detectadas en esta revisión sistemática. Desde entonces hasta el 31 de mayo de 2018, y con la excepción puntual de 2010, la frecuencia anual en la que aparecen nuevas herramientas validadas en la literatura se mantiene estable.

Estudio de la calidad de las herramientas

Se procedió a realizarlo mediante el análisis de los 35 primeros ítems de la escala COSMIN¹⁰ que miden la calidad y posibles sesgos en el diseño y construcción de las herramientas (descargada la escala de <https://www.cosmin.nl/tools/checklists-assessing-methodological-study-qualities/>) cuyos resultados se muestran en la tabla 4. En ella podemos apreciar numerosos problemas metodológicos en muchos de los instrumentos, mostrándonos una tabla con abundantes valoraciones de categorías de tipo «dudoso», «inadecuado» o «no consta/no realizado».

Por otra parte, dada la heterogeneidad en las características de la población, en la construcción del cuestionario y en la metodología empleada para analizar la fiabilidad y validez de las herramientas, no se ha procedido a realizar un análisis estadístico cuantitativo conjunto.

La persona como un todo/Perspectiva biopsicosocial

Muchos de los motivos de consulta que se presentan en las consultas de atención primaria no se pueden clasificar aten-

SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS (diagrama de flujo)

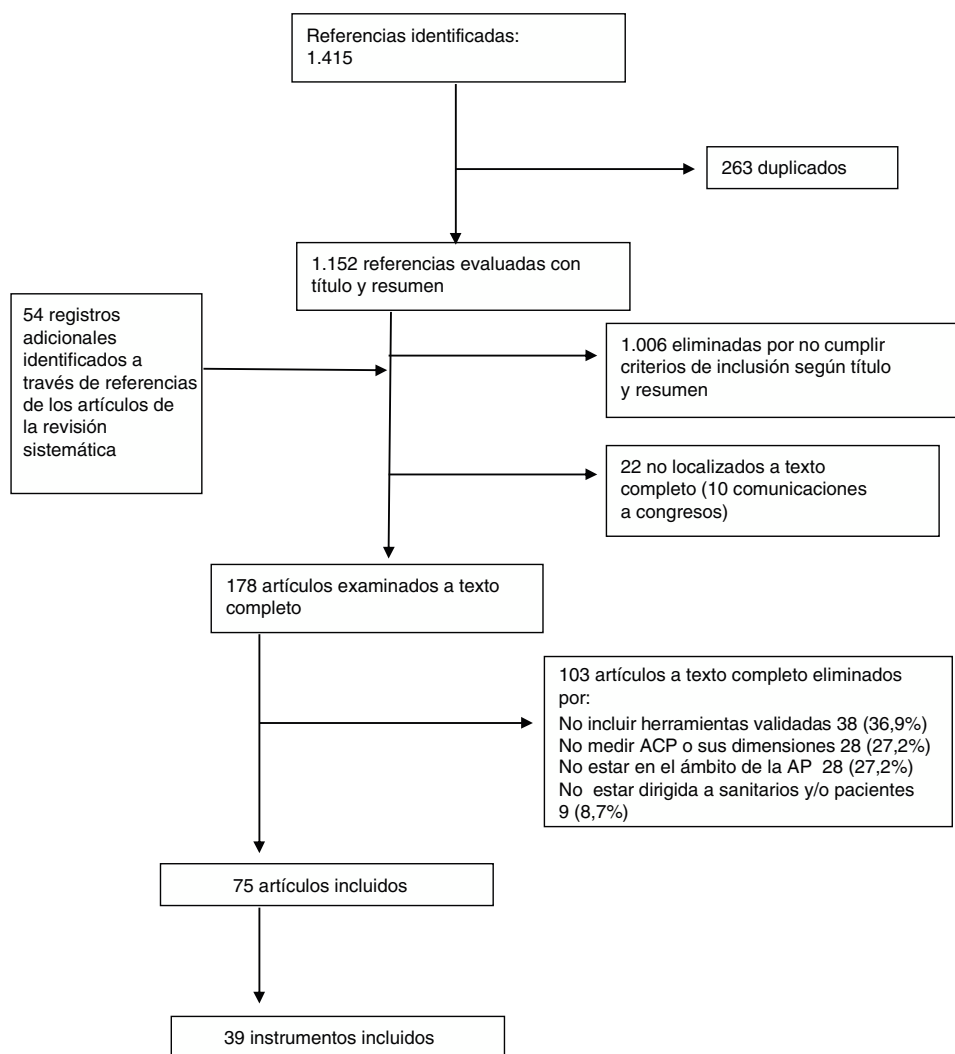


Figura 2 Selección de instrumentos (diagrama de flujo).

diendo a la taxonomía de las patologías convencionales¹². Se considera necesaria una perspectiva que combine lo biológico con lo psicológico y social para poder atender la amplia gama de problemas que se presentan en consulta¹³.

En esta revisión sistemática se identifican 2 herramientas que miden aspectos pertenecientes a esta dimensión. Una valora la percepción de pacientes acerca de la sensibilidad cultural centrada en los pacientes (IPC)¹⁴. La otra es autocumplimentada por profesionales sanitarios y valora actitudes y habilidades para una atención cultural y social competente (CCHPA-67)¹⁵.

Enfermedad y experiencia de enfermedad/Paciente como persona

La perspectiva biopsicosocial por sí sola no es suficiente para comprender completamente la experiencia del paciente con la enfermedad. Para una correcta valoración de la enfermedad debemos entender lo que significa para el paciente y comprender su experiencia individual y personal.

Son 3 las herramientas identificadas que miden aspectos de esta dimensión. Una mide la percepción de los pacientes acerca de esa atención adaptada a sus circunstancias (T-SHCPI-PF)¹⁶. Otra mide en médicos de familia si se valora la experiencia de enfermedad del paciente (MPCC)¹⁷. Una tercera valora tanto la percepción de los pacientes como de los médicos de familia acerca de la adaptación de la comunicación a las circunstancias del individuo (VR-MICS)¹⁸.

Encontrar terrenos comunes/Compartir poder y responsabilidad

Es una de las dimensiones más características de la ACP. El paciente abandona su «rol pasivo» en el acto médico y se buscan «terrenos comunes» en los que compartir poder de decisión y responsabilidad. Esto comprende una serie de pasos como dar la información adecuada al paciente, resolver sus dudas, capacitarlo para poder tomar decisiones e invitarlo a participar y a ser responsable a su vez de esa toma de decisiones.

Tabla 1 Herramientas que valoran las dimensiones Paciente como un todo/Perspectiva Biopsicosocial (PT/PBPS) y Experiencia de enfermedad/Paciente como persona (EE/PP)

Herramienta	Categoría	Dirigido a	Cuestionario	Fiabilidad/Validez
<i>Interpersonal Processes of Care Survey (IPC)</i>	PT/PBPS	Afroamericanos, latinos anglo e hispanohablantes blancos no latinos N = 1.664	Autoadministrado 29 ítems	Fiabilidad general (0,61-0,91) Análisis factorial confirmatorio (CFA) + Análisis multiescala
<i>Cultural Competence Health Practitioner Assessment (CCHPA-67)</i>	PT/PBPS	Clínicos, médicos y enfermeros N = 2.504	Autoadministrado 67 ítems	α de Cronbach (α Cr) = 0,88 Análisis factorial y rotación varimax
<i>Tucker-Culturally Sensitive Health Care Provider Inventory-Patient F. (T-CSHCPI-PF)</i>	EE/PP	Población general > 18 años N = 1.681	Autoadministrado 27 ítems	α Cr (Competencia) = 0,96 α Cr (Sensibilidad) = 0,94 α Cr (Respeto) = 0,94 Validez: <i>Blom normalized item scores</i> . RMSEA
<i>English Version Verona Medical interview Classification system (VR-MICS)^a</i>	EE/PP	Pacientes 18-74 años de 12 consultas de médicos de familia ^a N = 60 Médicos titulares de esas consultas ^a N = 12	Videograbación y codificación Médicos: 22 ítems Pacientes: 20 ítems	Kappa de Cohen: 83-90% Porcentaje de acuerdo: 85-96%
<i>Measure of Patient Centered Communication (MPCC)</i>	EE/PP	Médicos de familia N = 21	Videograbación + codificación	Fiabilidad interobservador: correlación de Pearson = 0,68

^a Herramientas que valoran aspectos de la atención centrada en el paciente (ACP) en profesionales y pacientes.

Se han identificado un total de 15 herramientas que miden algún aspecto de esta dimensión. Nueve valoran la percepción de los pacientes acerca de la atención de su médico de familia respecto a esta dimensión: SURE *scale*¹⁹, PACIC²⁰, Short PACIC²¹, PEI²², TSRQ²³, PAM²⁴, PESS²⁵, PESQ²⁶ y PICS²⁷. Otras 6 valoran las creencias, actitudes y conductas de los médicos acerca del poder y la responsabilidad compartidas. De ellas, una lo hace tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la especializada, PPOS²⁸, y 5 en el ámbito exclusivo de la atención primaria: 4HCS²⁹, OPTION³⁰, IDM³¹, CS-PAM³² y CICAA-D³³. Esta última ha sido validada en nuestro medio e idioma.

Relación médico paciente/Alianza terapéutica

La relación entre el médico y el paciente es una dimensión fundamental en la ACP. Comprende múltiples aspectos tales como la percepción del paciente acerca de las intervenciones realizadas, el acuerdo sobre los objetivos del tratamiento o la percepción del compromiso del médico con la salud del paciente. Un médico con habilidades interpersonales para establecer esa «alianza terapéutica» con el paciente necesita de forma destacada una adecuada comunicación.

Hemos identificado 19 herramientas que miden algún aspecto propio de esta dimensión. La percepción del paciente se valora en 14 de ellas: KAS³⁴, STP³⁵, WTF³⁶, HCR³⁷, CARE³⁸, MISS-21³⁹, CQ11/CQJ2⁴⁰, GPAQ-R⁴¹, GPAS⁴², DISQ⁴³, JPCAT⁴⁴, CSQ⁴⁵, IPQ¹⁴ y PDRQ-9⁴⁶. Tres herramientas valoran la percepción de pacientes, médicos de familia, residentes y otros profesionales médicos: MCCI⁴⁷, GMCQ⁴⁸ y M-PCMH-A⁴⁹. Las 2 restantes valoran la percepción de los médicos de las dificultades de esta relación: la encuesta DDPQRQ-10⁵⁰ y la CICAA-CP, que valora mediante un observador externo la adecuación de la comunicación según médicos, enfermeros y otros clínicos. Tanto la escala CICAA-CP como la PDRQ-9 están validadas en España.

Discusión y conclusiones

Atendiendo al objetivo fundamental de esta revisión sistemática, que es identificar y analizar todas las herramientas conocidas y validadas que midan la ACP o algunos de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria, con especial atención a las validadas en nuestro medio y a las autocumplimentadas por el propio médico de familia, encontramos que:

Tabla 2 Herramientas que valoran la dimensión Terrenos comunes/Poder y Responsabilidad (TC/PR)

Herramienta	Categoría	Dirigido a	Cuestionario	Fiabilidad/Validación
<i>SURE scale</i>	TC/PR	Mayores de 18 años con infección respiratoria aguda en atención primaria N = 672	Autoadministrado 4 ítems	Kuder Richardson 20. Consistencia ítems dicotómicos 0,70 Análisis factorial
<i>The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)</i>	TC/PR	> 50 años con una o más enfermedad crónica N = 266	Autoadministrado 20 ítems (vía postal)	α de Cronbach (α Cr) = 0,93 Test-Retest (2 semanas) 0,83 (3 meses) 0,58 Análisis confirmatorio
<i>Short-version PACIC</i>	TC/PR	Diabéticos > 50 años (2 muestras; n = 529, n = 361)	Autoadministrado 11 ítems (vía postal)	Test-retest (8 meses) 0,638 E/CFA; Satorra-Bendler; RMR, RMSEA; Rotación varimax
<i>Patient Enablement Instrument (PEI)</i>	TC/PR	Población general no específica N = 613	Autoadministrado 6 ítems	α Cr = 0,93
<i>Treatment Self-Regulation Quest. 8 item (TSRQ)</i>	TC/PR	Pacientes con DM2 entre 20 y 75 años N = 2.866	Autoadministrado 8 ítems	α Cr = 0,95 Análisis de regresión lineal multivariante
<i>Patient Activation Measure (PAM)</i>	TC/PR	Población general > 45 años	Encuesta telefónica 22 ítems	α Cr = 0,91 Rasch análisis
<i>The Patient Enablement and Satisfaction Survey (PESS)</i>	TC/PR	> 18 años N = 120	Cuestionario 15 ítems	Test-retest. Spearman: 0,586-1. Validada en Australia no constan datos de fiabilidad o análisis factorial
<i>Physician Enabling Skills Questionnaire (PESQ)</i>	TC/PR	Pacientes 25-75 años con enfermedades crónicas N = 100	Autoadministrado 34 ítems	α Cr = 0,69-0,92 Test-retest (2 semanas) 0,90
<i>Perceived Involvement in Care Scale (PICS)</i>	TC/PR	Pacientes con síntomas nuevos, 3 estudios N = 81, N = 60, N = 83	Autoadministrado 13 ítems	α Cr = 0,73 Análisis factorial
<i>The Four Habits Coding Scheme (4HCS)</i>	TC/PR	Médicos de familia N = 21	Encuesta 23 ítems + videograbación	Fiabilidad interobservador: correlación de Pearson = 0,70
<i>The Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)</i>	TC/PR	Medicina de familia y atención hospitalaria N = 78	Autoadministrado 18 ítems	α Cr = 0,96 Análisis multivarianza
<i>The Observing Patient Involvement (OPTION)</i>	TC/PR	Médicos de familia N = 21	Videograbación + observador externo	α Cr = 0,79 Kaiser-Meyer-Olkin = 0,82
<i>The Informed Decision Making (IDM)</i>	TC/PR	Médicos de familia N = 12	Videograbación + evaluador externo	Concordancia interobservador del 73% Coef. correlación de Spearman
Escala CICAA-D	TC/PR	Médicos y enfermeros N = 31	Evaluador 21 ítems	α Cr = 0,6 (1. ^a) 0,51 (2. ^a) Test-retest 0,096 p = 0,79
<i>Clinician Support for Patient Activation Measure (CS-PAM)</i>	TC/PR	Médicos de familia N = 175	Cuestionario <i>online</i> 14 ítems	α Cr (CTT) = 0,86 Rasch análisis

- De las 39 herramientas identificadas solo una cuarta parte valora la perspectiva del profesional. Entre estas, 4 lo hacen desde el ámbito exclusivo de la atención primaria.
- Tres de las herramientas están validadas en nuestro medio. Una de ellas valora la perspectiva del profesional pero precisa de un evaluador externo.
- La mayor parte de las herramientas identificadas están orientadas a la medición de solo algunos aspectos de una o 2 dimensiones de la ACP. Abundan las orientadas a la comunicación y satisfacción percibida (relación médico-paciente/alianza terapéutica) y las de capacitación del paciente (terrenos comunes/poder y responsabilidad compartidos).

Tabla 3 Herramientas que valoran la dimensión Relación médico-paciente/Alianza terapéutica (RMP/AT)

Herramienta	Categoría	Dirigido a	Cuestionario	Fiabilidad/Validación
<i>Kim Alliance Scale (KAS)</i>	RMP/AT	Población general 26 a 65 años N = 68	Autoadministrado 30 ítems	Alfa de Cronbach (α Cr) = 0,94 Análisis factorial (Unrotated matrix.)
<i>Stanford Trust in Physician scale (STP)</i>	RMP/AT	Población general > 18 años N = 414	Autoadministrado 11 ítems	α Cr = 0,89 Test-retest (1 mes) correlación intraclass = 0,77
<i>Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9)</i> adaptado al castellano	RMP/AT	Pacientes de consultas de médicos de familia; 4 centros urbanos y 2 rurales N = 451	Autoadministrado 9 ítems	α Cr = 0,95 Análisis factorial
<i>Wake Forest (Physician) Trust Scale (WTF)</i>	RMP/AT	Población general > 20 años N = 959	Autoadministrado 10 ítems	α Cr = 0,93 Análisis factorial (rotación varimax y promax, correlación matrix) Test-retest (2 meses) 0,75
<i>Health Care Relationship (HCR) Trust Scale</i>	RMP/AT	Seropositivos reclutados en atención primaria N = 99	Entrevistador 15 ítems	α Cr = 0,92, 2. ^a 0,95 Rotación varimax Test-retest(2-4 semanas) 0,59
<i>Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure</i>	RMP/AT	Población general > 13 años N = 3.044	Autoadministrado 10 ítems	α Cr = 0,92 Comparación de grupos con Kruskal-Wallis y Mann-Whitney
<i>Medical Interview Satisfaction Scale (MISS-21)</i>	RMP/AT	Pacientes > 16 años N = 159	Autoadministrado 21 ítems	α Cr = 0,92 Análisis factorial varimax. Factor Matrix
<i>Consultation Quality Index (CQI/CQI-2)</i>	RMP/AT	Pacientes procedentes de 26 consultas de médicos de familia N = 3.044	Encuesta: 6 preguntas con subpreguntas	Consistencia interna: comparación puntuación total con submuestras. Validez: correlación de Spearman entre el CQI-2 y sus componentes: r entre 0,61-0,89 $p < 0,001$
<i>The General Practice Assessm. Quest. (GPAQ-R)</i>	RMP/AT	Población general N = 7.258	Cuestionario autoadministrado	Estimaciones confiabilidad interna: 0,88-0,97 Análisis factorial, rotación varimax
<i>The General Practice Assessment Survey (GPAS)</i>	RMP/AT	Enfermos crónicos > 18 años N = 7.505	Cuestionario autoadministrado	α Cr (factor ACP) = 0,95 Análisis univariante
<i>Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire (DISQ)</i>	RMP/AT	Pacientes de 197 consultas de médicos de familia N = 8.479	Autoadministrado 12 ítems	α Cr = 0,96 Test-retest (3 meses) r = 0,75 Análisis factorial
<i>Primary Care Assessment Tool Japanese v. (JPCAT)</i>	RMP/AT	Pacientes 40-75 años Área urbana N = 204	Autoadministrado 29 ítems	α Cr = 0,90 Correlación ítem-total (0,50-0,82) Análisis factorial. Rotación varimax
<i>Consultation Satisfaction Questionnaire (CSQ)</i>	RMP/AT	Pacientes > 16 años en 171 consultas de atención primaria N = 6.433	Autoadministrado 18 ítems	α Cr por factores: Satisfacción 0,64; Atención 0,89; Profundidad 0,76; Percepción duración 0,84
<i>Improving Practice Questionnaire (IPQ)</i>	RMP/AT	Población general N 55.687	Autoadministrado 26 ítems	Análisis factorial con rotación varimax y normalización Kaiser

Tabla 3 (continuación)

Herramienta	Categoría	Dirigido a	Cuestionario	Fiabilidad/Validación
<i>Modified Patient Centered Medical Home Assessment (M-PCMH-A)</i> ^a	RMP/AT	Profesionales y pacientes de centros de práctica clínica incluidos en la iniciativa CPC N = 497	Encuestas 38 ítems iguales para profesionales y pacientes	α Cr y ω de Mc Donald = 0,70 Análisis factorial confirmatorio
<i>Medical Communication Competence Scale (MCCS)</i> ^a	RMP/AT	Médicos N = 65 Pacientes N = 62	Autoadministrado 37 ítems médicos 40 ítems pacientes	Coef. fiabilidad (médicos/pacientes): Proporcionar información (0,86/0,79); Búsqueda (0,75/0,76); Verificación (0,78/0,84); Comunicación (0,90/0,92)
<i>The General Medical Councils Multisource Swedish version (GMCQ)</i> ^a	RMP/AT	Residentes de Medicina de Familia, compañeros y pacientes de los mismos	Autoadministrado Residentes 34 ítems, compañeros 29 ítems, pacientes 22 ítems	α Cr = pacientes 0,88; compañeros 0,94; autoevaluación 0,84
<i>Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire (DDPRQ-10)</i>	RMP/AT	Médicos tras encuentros con pacientes crónicos N = 54	Autoadministrado 30 ítems	α Cr = 0,96 Análisis factorial y rotación varimax
Escala CICAA-CP	RMP/AT	Médicos residentes y enfermeros N = 115	Observador externo 29 ítems	α Cr = 0,94 Normalización Kaiser-Guttman y rotación varimax

^a Herramientas que valoran aspectos de la atención centrada en el paciente (ACP) en profesionales y pacientes.

- No hemos identificado ninguna herramienta que, tal y como plantea el objetivo de nuestra revisión, valore la ACP desde la perspectiva del profesional, realizada en APS, validada en nuestro medio y autocumplimentada.

El estudio de calidad realizado mediante la escala COSMIN pone de manifiesto la necesidad de construir cuestionarios que midan la ACP de acuerdo con una metodología correcta para que el uso de los mismos pueda ser generalizado.

Las herramientas identificadas y analizadas en esta revisión, con los problemas metodológicos evidenciados en su diseño y construcción o sus dificultades de aplicación (cuestionarios extensos, de difícil cumplimentación, etc.), constituyen un excelente punto de partida y una enseñanza fundamental para el diseño y la construcción de una nueva herramienta. Este cuestionario debería poder ser autocumplimentado por el propio médico de familia, realizado en APS, ser capaz de medir la ACP de forma global y ser validado en nuestro medio. Su aplicación podría permitirnos en un futuro valorar si nuestro ejercicio profesional es conforme a una adecuada ACP.

En una futura investigación y con el objetivo final de desarrollar y validar la herramienta descrita, además de esta revisión se ha procedido a un estudio con una técnica Delphi para identificar posibles dimensiones o aspectos que permitan definir el concepto de ACP y seleccionar ítems que posibiliten contrastar las dimensiones identificadas en la bibliografía.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, habría que reseñar que es posible que existan cuestionarios que midan alguna de las dimensiones consideradas en el modelo de ACP que no hayan sido recogidas en esta revisión, al centrarse la búsqueda en cuestionarios que midieran ACP y no en cada una de las posibles dimensiones.

Se han revisado las referencias bibliográficas incluidas en los estudios seleccionados y en especial en las revisiones sistemáticas y se han buscado tesis doctorales en la base de datos TESEO, pero no se ha realizado una búsqueda en comunicaciones en congresos susceptibles de presentar herramientas de medición de ACP, por lo que es posible que exista un sesgo de publicación.

Por otra parte, la heterogeneidad de métodos en la validación no ha permitido comparar qué herramienta presentaría ventajas en relación con otras.

A diferencia de otra de las revisiones identificadas en la literatura⁸ que se centraba exclusivamente en la percepción de la ACP por parte de los pacientes, la nuestra incluye también la percepción de los profesionales. En ambas objetivamos que la mayor parte de las herramientas hacen una medición de un contacto puntual (visitas), limitando su aplicabilidad para procesos de atención a lo largo del tiempo (la longitudinalidad tan propia de la APS). Otras revisiones sistemáticas sobre instrumentos para valorar ACP lo hacen sobre dimensiones concretas: relación médico-paciente⁵¹ o continuidad asistencial⁵²; en esta última los autores también

Tabla 4 Sesgos en el diseño y la construcción de herramientas de acuerdo con la escala COSMIN

Herramienta y año	Diseño general (1-5)	Relevancia y exhaustividad diseño (6-13)	Diseño estudio piloto general (14-15)	Comprensible estudio piloto (16-25)	Exhaustividad pilotaje (26-35)
CCHPA-67 2014	D	D	A	D	D
IPC 2007	A	D	—	—	—
T-CSHCPI-PF 2013	I	D	—	—	—
VR-MICS 2005	A	I	—	—	—
MPCC 2011	A	D	—	—	—
SURE 2014	I	I	—	—	—
PACIC 2005	I	I	D	D	D
S-PACIC 2009	D	I	—	—	—
PEI 1998	I	I	—	—	—
TSRQ 2007	I	I	—	—	—
PAM 2004	A	D	A	D	D
PESS 2014	B	D	A	D	D
PESQ 2015	D	D	A	D	D
PICS 1990	I	I	—	—	—
4 HCS 2006	D	I	—	—	—
PPOS 2011	D	I	—	—	—
OPTION 2003	A	D	—	—	—
IDM 1999	A	D	—	—	—
CICCA (DYP) 2010	A	D	—	—	—
CS-PAM 2009	A	D	A	D	D
KAS 2001	I	I	—	—	—
STP 1999	D	D	A	D	D
PDRQ-9 2004	D	D	A	I	I
WTF 2002	B	D	B	D	D
HCR 2006	A	A	B	D	D
CARE 2004	D	D	A	D	I
MISS-21 2002	A	I	A	I	I
CQI 2000	D	D	D	D	D
GPAQ-R 2013	D	I	A	D	I
GPAS 2000	I	I	—	—	—
DISQ 1999	D	D	A	D	D
JPCAT 2015	A	D	A	D	D
CSQ 1990	D	I	—	—	—
IPQ 2003	I	I	—	—	—
M-PCMH 2018	D	D	—	—	—
MCCS 1998	A	I	—	—	—
GMCQ 2017	D	D	—	—	—
DDPRQ-10 1993	A	D	—	—	—

A: adecuado; B: excelente; D: dudoso; I: inadecuado; —: no realizado, no consta.

objetivan importantes problemas de calidad en los instrumentos identificados.

Conclusiones

Las principales conclusiones obtenidas tras la revisión sistemática realizada serían:

- No se ha encontrado en la literatura médica consultada ninguna herramienta validada que nos permita valorar la

ACP en Medicina de Familia con un cuestionario autoconstruido y validado en nuestro medio.

- Las herramientas identificadas para la medición de la ACP en atención primaria presentan problemas metodológicos en su construcción y diseño.
- Estas evidencias nos muestran la oportunidad de desarrollar una herramienta autocumplimentada por el propio médico de familia, capaz de medir en APS la ACP de forma global y validada en nuestro medio, que nos permita en un futuro valorar si nuestro ejercicio profesional es conforme a una adecuada ACP.

Lo conocido sobre el tema

- La atención centrada en el paciente es de reconocida importancia en el ámbito de la atención médica.
- Su definición poco concreta dificulta su valoración.
- No existe una revisión sistemática sobre las herramientas existentes para la medición de la misma en el ámbito específico de la atención primaria.

Qué aporta este estudio

- Esta revisión sistemática presenta las herramientas validadas existentes para la medición de aspectos o dimensiones de la atención centrada en el paciente y pone de manifiesto la inexistencia de una herramienta autocumplimentada para la valoración global de la misma por parte de los profesionales en atención primaria de salud y validada en nuestro medio.
- Esta revisión es un primer paso para el diseño y posterior validación de un cuestionario que nos permita la evaluación de la atención centrada en el paciente en consulta con las implicaciones que esto puede tener tanto en la práctica como en investigación.

Financiación

Esta revisión sistemática no cuenta con financiación alguna, pero sí forma parte de un proyecto mayor cuyo objetivo es el diseño y validación de una herramienta autoadministrada capaz de medir la calidad de la atención centrada en el paciente en las consultas de atención primaria de salud. Este proyecto en el que se encuentra incluida esta revisión sistemática sí que ha recibido financiación por parte de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) no habiendo sido destinados esos fondos a esta revisión sistemática.

Autoría

J.A. Pascual, como responsable del proyecto, participó en la concepción y el diseño del estudio, en cada una de las fases de la revisión de la literatura y en la elaboración del manuscrito. T. Gil participó en la búsqueda bibliográfica, selección y análisis de documentos. J.A. Sánchez participó en el diseño del estudio y elaboración del manuscrito, selección de documentos y realizó aportaciones y referencias añadidas a la búsqueda inicial. J.F. Menárguez participó en el diseño del estudio y elaboración del manuscrito, realizó aportaciones y referencias añadidas. Todos los autores han revisado de manera crítica el contenido intelectual del artículo y aprobado la versión final.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

A SEMFyC por su apoyo a este proyecto plasmado en un convenio de colaboración para el diseño de un cuestionario de Atención Centrada en la Persona para Médicos de Familia. A los doctores María González Barberá, Mario Soler Torroja y Asensio López Santiago por sus aportaciones al diseño y metodología de este proyecto.

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 patients point of view. *Health Expect*. 2014;17:826–8239.
3. *People-centred and integrated health services an overview of the evidence*. Geneva: WHO; 2015.
4. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17:269–76.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with medical patients*. London: Sage; 1989.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. London: Sage; 1995.
7. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48:51–61.
8. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9:155–64.
9. 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.
10. 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.
11. Brown J, Stewart M, Tessier S. *Assessing communication between patients and doctors: a manual for scoring patient-centred communication*. London, ON: Thames Valley Family Practice Research Unit; 1995 (Working paper series 1995;95-2).
12. Bain DJ, Bassett W, Haines A. Difficulties encountered in classifying illness in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1973;23:474–9.
13. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
14. Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007;42:1235–56.
15. Harris-Haywood S, Goode T, Gao Y, Smith K, Bronheim S, Flocke SA, et al. Psychometric evaluation of a cultural competency assessment instrument for health professionals. *Med Care*. 2014;52:e7–15.
16. Tucker CM, Nghiem KN, Marsiske M, Robinson AC. Validation of a patient-centered culturally sensitive health care provider inventory using a national sample of adult patients. *Patient Educ Couns*. 2013;91:344–9.
17. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do

- we measure it, and whose opinion matters? *Patient Educ Couns.* 2011;84:294–302.
18. Piccolo LD, Mead N, Gask L, Mazzi MA, Goss C, Rimondini M, et al. The English version of the Verona medical interview classification system (VR-MICS). *Patient Educ Couns.* 2005;58:252–64.
 19. Ferron Parayre A, Labrecque M, Rousseau M, Turcotte S, Légaré F. Validation of SURE, a four-item clinical checklist for detecting decisional conflict in patients. *Med Decis Making.* 2013;34:54–62.
 20. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). *Med Care.* 2005;43:436–44.
 21. Gugiu PC, Coryn C, Clark R, Kuehn A. Development and evaluation of the short version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Chronic Illn.* 2009;5:268–76.
 22. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ. A comparison of a Patient Enablement Instrument (PEI) against two established satisfaction scales as an outcome measure of primary care consultations. *Fam Pract.* 1998;15:165–71.
 23. Levesque CS, Williams GC, Elliot D, Pickering MA, Bodenhamer B, Finley PJ. Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Educ Res.* 2006;22:691–702.
 24. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res.* 2004;39:1005–26.
 25. Desborough J, Banfield M, Parker R. A tool to evaluate patients' experiences of nursing care in Australian general practice: development of the Patient Enablement and Satisfaction Survey. *Aust J Prim Health.* 2014;20:209–15.
 26. Hudon C, Lambert M, Almirall J. Physician Enabling Skills Questionnaire: Validation of a newly developed instrument in primary health care. *Can Fam Physician.* 2015;61:517–23.
 27. Lerman CE, Brody DS, Caputo GC, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale. *J Gen Intern Med.* 1990;5:29–33.
 28. Chan CMH, Ahmad WAW. Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *Int J Clin Pract.* 2011;66:16–20.
 29. Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J. The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient Educ Couns.* 2006;62:38–45.
 30. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hood K, Atwell C, Grol R. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care.* 2003;12:93–9.
 31. Braddock CH 3rd, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed Decision Making in Outpatient Practice. *JAMA.* 1999;282:2313–20.
 32. Hibbard JH, Collins PA, Mahoney E, Baker LH. The development and testing of a measure assessing clinician beliefs about patient self-management. *Health Expect.* 2010;13:65–72.
 33. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LÁ, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria.* 2010;42:257–63.
 34. Kim SC, Boren D, Solem SL. The Kim Alliance Scale: Development and preliminary testing. *Clin Nurs Res.* 2001;10:314–31.
 35. Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA. Further validation and reliability testing of the Trust in Physician Scale. The Stanford Trust Study Physicians. *Med Care.* 1999;37:510–7.
 36. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, et al. Measuring patients' trust in their primary care providers. *Med Care Res Rev.* 2002;59:293–318.
 37. Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB. The health care relationship (HCR) trust scale: Development and psychometric evaluation. *Res Nurs Health.* 2006;29:477–88.
 38. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract.* 2004;21:699–705.
 39. Meakin R, Weinman J. The 'Medical Interview Satisfaction Scale' (MISS-21) adapted for British general practice. *Fam Pract.* 2002;19:257–63.
 40. Howie JG, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK. Developing a 'consultation quality index' (CQI) for use in general practice. *Fam Pract.* 2000;17:455–61.
 41. Roland M, Roberts M, Rhenius V, Campbell J. GPAQ-R: development and psychometric properties of a version of the General Practice Assessment Questionnaire for use for revalidation by general practitioners in the UK. *BMC Fam Pract.* 2013;14:160.
 42. Ramsay J, Campbell JL, Schroter S, Green J, Roland M. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice.* 2000;17:372–9.
 43. Meldrum H. Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire (DISQ). En: Worthington DL, Bodie GD, editores. *The Sourcebook of Listening Research.* Hoboken, NJ: Wiley Blackwell; 2017. p. 246–51.
 44. Aoki T, Inoue M, Nakayama T. Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool. *Fam Pract.* 2015;33:112–7.
 45. Baker R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 1990;40:487–90.
 46. Martín-Fernández J, del Cura González MI, Gómez-Gascón T, Fernández-López E, Pajares-Carabajal G, Moreno-Jiménez B. Patient satisfaction with the Patient-Doctor Relationship measured using the Questionnaire (PDRQ-9). *Aten Primaria.* 2010;42:196–205.
 47. Cegala DJ, Coleman MT, Turner JW. The development and partial assessment of the Medical Communication Competence Scale. *Health Commun.* 1998;10:261–88.
 48. Olsson JE, Wallentin FY, Toth-Pal E, Ekblad S, Bertilson BC. Psychometric analysis of the Swedish version of the General Medical Council's multi source feedback questionnaires. *Int J Med Educ.* 2017;8:252–61.
 49. Poznyak D, Peikes DN, Wakar BA, Brown RS, Reid RJ. Development and validation of the Modified Patient-Centered Medical Home Assessment for the Comprehensive Primary Care Initiative. *Health Serv Res.* 2018;53:944–73.
 50. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: Somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol.* 1994;47:647–57.
 51. Eveleigh RM, Muskens E, van Ravesteijn H, van Dijk I, van Rijswijk E, Lucassen P. An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *J Clin Epidemiol.* 2012;65:10–5.
 52. Uijen AA, Heinst CW, Schellevis FG, van den Bosch WJHM, van de Laar FA, Terwee CB, et al. Measurement properties of questionnaires measuring continuity of care: a systematic review. *PLoS One.* 2012;7:e42256.

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

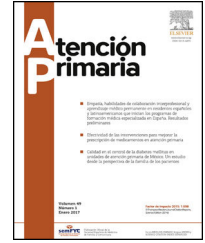
- AUTORES

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

- En el artículo “Cuestionarios de atención centrada en la persona en atención primaria: Una revisión sistemática” DOI: 10.1016/j.aprim.2019.11.004 , José Antonio Pascual López , como responsable del proyecto participó en la concepción y en el diseño del estudio, así como en todas y cada una de las fases de la revisión de la literatura , en la elaboración del manuscrito y en la revisión crítica del contenido intelectual del artículo .

5. Segundo artículo El estudio Delphi



ORIGINAL

¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi



José Antonio Pascual López^{a,*}, Trinidad Gil Pérez^b, Juan Antonio Sánchez Sánchez^c
y Juan Francisco Menárguez Puche^{c,d}

^a Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud (SMS), Murcia, España

^b Centro de Salud docente Mariano Yago Yecla, SMS, Murcia, España

^c Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la Sociedad Murciana y Española de Medicina de Familia y Comunitaria, Murcia, España

^d Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín Molina de Segura, SMS, Murcia, España

Recibido el 18 de mayo de 2021; aceptado el 18 de agosto de 2021

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2021

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en el paciente;
Atención primaria de salud;
Evaluación del resultado de la atención al paciente;
Técnica Delphi;
Médicos de familia;
Atención centrada en la persona

Resumen

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.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: japascuallopez@gmail.com (J.A. Pascual López).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102232>

0212-6567/© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Patient-centered care;
Primary Health Care;
Patient outcome assessment;
Delphi technique;
Family physicians;
Person-centred care

How to assess Person-Centered Care according to professionals? A Delphi study

Abstract

Objectives: To know the perspective of professionals on aspects and dimensions that should be an indispensable part of Person-Centered Care (PCA).

Design: Delphi Technique.

Location: Primary Care.

Participants: 74 medical experts specializing in family and community medicine (FM), teaching tutors, psychologists and sociologists distributed throughout the national territory (January-June 2015).

Methods: They responded to three questionnaires: first, on aspects that a FP should take into account to carry out PCA in all its dimensions. In the second, they asked about the degree of agreement with each item and dimension in which it was classified. The responses were prioritized in a third questionnaire (Likert scale, score range 1-10).

Results: The response rate (RR) to the 1st questionnaire was 54.05%, obtaining 84 items, the most frequent Respect and Comprehensive Attention. The 2nd questionnaire with RR = 48.6%, obtained 52 items with a degree of agreement greater than 75%. The RR of the 3rd questionnaire was 52.7%, obtaining 21 items with a score > 9. The highest values corresponded to essential aspects of PCA: respect, comprehensive care, biopsychosocial approach, patient autonomy, and participation in decision-making.

Conclusions: New dimensions were identified: Prevention and health promotion, Resource Management and Clinical Competence, added to those previously described: Biopsychosocial perspective, Doctor as a person, Patient as a person, Doctor-patient relationship and Shared Power and Responsibility.

Respect, comprehensive care, the biopsychosocial approach, the patient's autonomy and their participation in decision-making, are the most valued aspects among those selected by the participating professionals.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La Atención Centrada en la Persona (ACP) aparece en un número creciente de publicaciones y 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 demanda de la sociedad de una atención médica integral realizada por un médico cualificado y competente¹, b) el cambio de paradigma hacia un modelo biopsicosocial, c) la cada vez más evidente necesidad de ubicar a la persona en el centro de la atención sanitaria, y d) el deseo de los ciudadanos de participar activamente en su salud².

El concepto de ACP surge en la década de 1950, cuando el psicólogo Carl Rogers y el psicoanalista Michael Balint hablan, respectivamente, de la «Terapia centrada en el cliente» y la «Medicina centrada en el paciente». Lo

novedoso de estas iniciativas es que la atención se organiza alrededor de las necesidades y expectativas de salud del paciente en lugar de centrarse en la enfermedad³.

El concepto de ACP es complejo y difícil de definir. Ha sido descrito en la literatura de diversas maneras como «comprender al paciente como ser humano único»⁴ o «entrar al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos»⁵. Actualmente se tiende a considerar la ACP como algo mucho más complejo con múltiples componentes y dimensiones. Stewart et al. identificaron seis componentes interconectados: a) la enfermedad y la experiencia de enfermedad, b) la persona como un todo, c) intereses comunes en materia de gestión, d) prevención y promoción de la salud, e) relación médico-paciente y f) conocer limitaciones y recursos personales⁶. Posteriormente, Mead y Bower trataron de establecer un marco conceptual preliminar estableciendo cinco dimensiones de ACP: la perspectiva

biopsicosocial (PBPS), el «paciente-como-persona» (PCP), poder y responsabilidad compartidas (PRC), la alianza terapéutica (AT) y el «médico-como-persona» (MCP)⁷.

La ACP es actualmente reconocida como un valor central de la atención y formación médica con múltiples beneficios⁸⁻¹⁰. Siendo así para la Medicina en general, aún lo es más para el ejercicio de la MFyC, en la que la ACP forma parte de la esencia misma de la especialidad. No se puede concebir un ejercicio correcto de esta especialidad si no está centrado en las personas.

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.

Con el propósito final de obtener información para diseñar y validar un cuestionario autocumplimentado que permita al médico de familia (MF) la autovaloración de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP, se realizó una revisión sistemática de la literatura¹¹. Se necesitaba un marco conceptual previo, y para ello se decidió mantener las cuatro dimensiones comunes¹² a las clasificaciones de Stewart⁶ y a la revisión de Mead y Bower⁷. Esta revisión sistemática permitió identificar un total de 39 herramientas validadas que miden algún aspecto de la ACP.

Una vez realizada la revisión y conocidas las herramientas existentes, el siguiente paso para la identificación de aspectos a incluir en una herramienta de automejora 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 concluyente¹³. 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.

Material y métodos

Esta investigación se enmarca en un proceso cuyo objetivo final es diseñar y validar un cuestionario de ACP para su uso por MF. Para ello, y junto a este estudio Delphi, se realizaron una revisión sistemática y una metodología cualitativa mediante grupos focales. Este proceso recibió el apoyo de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) mediante un convenio con los investigadores.

Para el desarrollo de este proceso se creó un grupo investigador (GI) formado por seis MF: dos expertos en Medicina Basada en la Evidencia (MBE), dos MF con amplia experiencia en metodología cualitativa, un experto en Salud Comunitaria y un joven MF. Este grupo contó además con el apoyo de dos asesores externos que reciben toda la información del GI y realizaron sus aportaciones a través de correo electrónico: un experto en metodología de diseño de cuestionarios y un experto en comunicación y ACP.

Se seleccionó un perfil de expertos de médicos especialistas en MFyC, psicólogos y sociólogos, distribuidos por todo

el territorio nacional. Los expertos seleccionados procedieron de diferentes perfiles: a) tutores médicos con dilatada experiencia, b) miembros del Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud, c) expertos metodológicos, d) coordinadores y miembros de distintos grupos de trabajo semFYC, e) miembros del Comité Asesor de semFYC, f) miembros del grupo de bioética de semFYC, y g) jóvenes MF y residentes.

Se preseleccionó a un número de expertos elevado en previsión de las posibles pérdidas que pudieran producirse a lo largo del estudio para que el grupo final no fuese inferior a 25. Tras un primer contacto con dos cartas de presentación del estudio y respaldo de la sociedad científica, 74 de los profesionales invitados aceptaron participar en el estudio.

El período de recogida de información, análisis de resultados y elaboración del informe final fue el año 2015.

El procedimiento de recogida de información consistió en el envío de tres cuestionarios. Se utilizó para ello la herramienta web SurveyMonkey (<https://es.surveymonkey.com/>). Cada participante recibió por correo electrónico el enlace a los cuestionarios y una carta explicativa de cada fase del estudio.

En el primer cuestionario se solicitó la opinión de los expertos sobre qué aspectos debería tener en cuenta un MF para comprobar si realizaba una ACP en todas sus dimensiones. Se formuló una pregunta abierta: «Elabore un listado con el conjunto de valores, actitudes y competencias que ha de tener en cuenta un médico de familia para desempeñar una ACP».

Para responder tanto éste como el resto de los cuestionarios, se estableció un plazo de cuatro semanas con un recordatorio en la tercera semana. El objetivo de los tres cuestionarios fue: 1) elaboración de un listado exhaustivo, 2) grado de acuerdo con ítems y dimensiones, y 3) priorización (puntuando en un rango entre 0 y 10).

Tras recibir las contestaciones al primer cuestionario, un miembro del GI se encargó de recoger la información de forma exhaustiva, pormenorizada y detallada. Se pretendió incluir cualquier información que pudiera matizar el concepto general de ACP. Resultaron un total de 210 ítems.

Tras una primera reducción de duplicidades obvias, se seleccionaron inicialmente 115 ítems. Se categorizaron en actitudes, valores y competencias. También se agruparon por dimensiones utilizando una adaptación a las dimensiones descritas por Mead y Bower⁷: Perspectiva bio-psico-social (PBPS), el «paciente-como-persona» (PCP), Poder y responsabilidad compartidas (PRC), relación médico-paciente (RMP) y el «médico-como persona» (MCP). Para aquellos aspectos no claramente recogidos en estudios previos se propusieron tres nuevas dimensiones: prevención y promoción de la salud (PPS), gestión de recursos (GR) y competencia clínica (CC) (fig. 1).

En una reunión del GI se siguió agrupando ítems hasta reducir su número a 84.

En el segundo cuestionario se envió el listado de los ítems acompañado cada uno de ellos de una breve descripción y se preguntó por el grado de acuerdo sobre la pertenencia de cada ítem al concepto de ACP y a la dimensión en la que el GI lo había clasificado.

El tercer cuestionario se elaboró incluyendo en él sólo aquellos conceptos en que había más de un 75% de acuerdo entre los expertos. Se incluyó el porcentaje de acuerdo global con cada ítem y se pidió a los expertos que realizaran

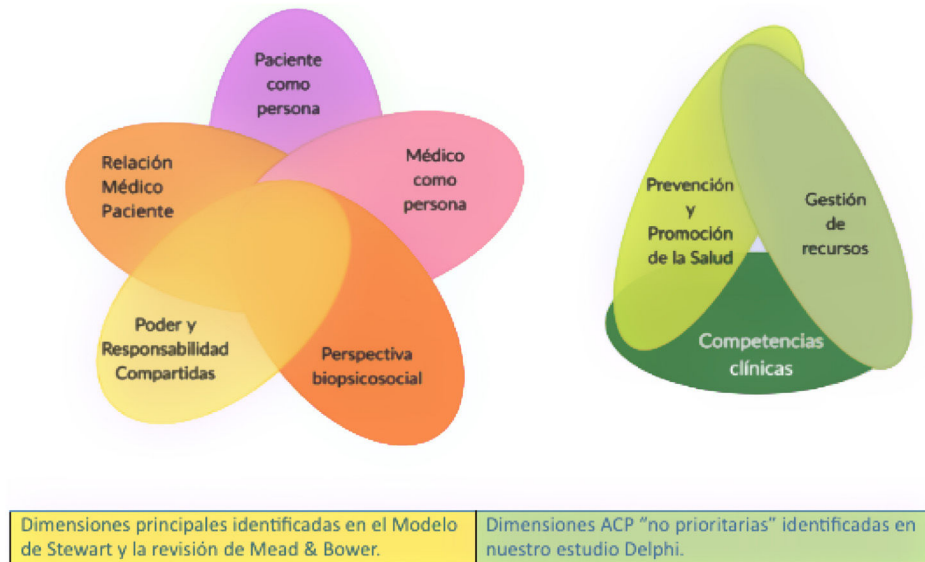


Figura 1 Dimensiones de la atención centrada en la persona (ACP) en nuestro estudio

Los ítems identificados se agruparon en dimensiones utilizando aquellas descritas por la revisión de Mead y Bower. Para aquellos aspectos no claramente recogidos en estudios previos se propusieron tres nuevas dimensiones: Prevención y Promoción de la Salud, Gestión de recursos y Competencias Clínicas, descritas como no prioritarias tanto por su menor presencia en la literatura como el menor porcentaje de aspectos de la ACP identificados como pertenecientes a estas dimensiones.

una priorización mediante una escala de Likert que puntuaba entre 1 y 10.

Resultados

Primer cuestionario: elaboración de listado

De los 74 expertos seleccionados inicialmente, respondieron al primer cuestionario un total de 40 personas (54,05%). La distribución de las respuestas según su perfil profesional a lo largo de los tres cuestionarios aparece recogida en la [tabla 1](#).

Tras la recogida exhaustiva de información y su posterior agrupación en conceptos similares, se recogieron un total de 84 ítems.

La mayor parte de los ítems pertenecían a la dimensión MCP. Los ítems más frecuentemente expresados, apareciendo en la casi totalidad de las respuestas, fueron «Respeto» y «Atención Integral». En la [tabla 2](#) se pueden valorar las principales respuestas (citadas al menos 12 o más veces), la dimensión en la que se encuadra y el número de veces en que es citado el concepto. *Aclarar que debido al procedimiento con que se agrupó la información, lo que se refleja es la frecuencia con que aparece cada concepto, no el número de participantes que lo respondieron.*

Segundo cuestionario: grado de acuerdo con ítems y dimensiones

Tasa de respuesta 48,6% (35 respuestas con tres nuevas respuestas).

En este cuestionario se valoraba el grado de acuerdo de los expertos con los distintos contenidos. Los ítems

en que se alcanzó un acuerdo unánime, y que por tanto podrían considerarse aspectos fundamentales para la ACP, fueron:

«Respeto», «Flexibilidad», «Diálogo», «Autonomía», «Derecho de información», «Atención integral», «Interés por la historia personal y familiar», «Tiene en cuenta las creencias, valores, actitudes, miedos y preferencias de las personas, valorando su contexto», «Participación del paciente en la toma de decisiones», «Presentación de las opciones posibles para la persona (diagnóstico, cuidado o tratamiento)» y «Deliberación conjunta».

El GI decidió por consenso seleccionar aquellos ítems que contaban con un grado de acuerdo igual o mayor al 75%, pasando de 84 a 52 ítems. En cuanto a la dimensión de la ACP en que estaban clasificadas, sólo tres ítems presentaban un acuerdo inferior al 75%. ([tabla 3](#)).

Analizando las respuestas según el perfil de los expertos se comprobó que los tutores médicos centraron su interés en aspectos como la toma de decisiones compartida y las cualidades del MCP estrechamente relacionadas con la relación médico-paciente. El grupo comunicación y salud se centró en la relación médico-paciente sobre todo en los aspectos comunicativos, decisión compartida y perspectiva biopsicosocial. En el resto de grupos destaca la variabilidad de respuestas, sobre todo en el grupo de residentes y jóvenes médicos de familia

Tercer cuestionario: priorización (puntuación 0-10)

Tasa de respuesta al tercer cuestionario 52,7% (38/72). La mayoría de los ítems alcanzaron puntuaciones medias bastante elevadas, situándose el 50% de los mismos con valores superiores a 8,84. Entre todos los ítems, 21 presentaron puntuaciones superiores a 9. Aspectos esenciales de la ACP

Tabla 1 Tasa de respuesta según perfil de expertos

PERFIL EXPERTOS	Reciben Cuestionario	Responden 1. ^{er} Cuestionario; Total (Porcentaje)	Responden 2. ^o Cuestionario Total (Porcentaje)	Responden 3. ^{er} Cuestionario Total (Porcentaje)
Tutores Médicos	27	17 (63%)	15 (55%)	15 (55%)
Grupo Comunicación y Salud	13	8 (61,5%)	8 (61,5%)	8 (61,5%)
Expertos Metodológicos	7	4 (57%)	3 (43%)	3 (43%)
Coordinadores y miembros Grupos de Trabajo	6	1 (17%)	2 (33%)	1 (17%)
Grupo de Ética	4	2 (50%)	2 (50%)	3 (75%)
Residentes y Jóvenes	7	3 (43%)	2 (29%)	3 (43%)
Médicos de Familia				
Expertos semFyC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)	10	5 (50%)	3 (30%)	5 (50%)
Total	74	40 (54%)	35 (47,3%)	38 (51%)

En la tabla 1 encontramos la tasa de respuesta (en números absolutos y porcentajes con respecto a ese grupo de expertos) de cada uno de los grupos que participaron en el estudio Delphi, en los tres cuestionarios realizados. La tasa de respuesta y el número de participantes es similar a los que podemos encontrar en estudios similares²⁵⁻²⁷.

Tabla 2 Principales ítems del primer cuestionario. Frecuencia de aparición y dimensión a la que pertenecen

Ítems Atención Centrada en la Persona	Frecuencia	Dimensión
Respeto	43	MCP
Atención integral	35	PBPS
Compromiso con la ética	28	MCP
Competencia comunicativa	27	RMP
Accesibilidad	24	MCP
Compromiso con las personas	23	MCP
Participación del paciente en la toma de decisiones	22	PRC
Empatía	20	MCP
Paciente como sujeto del proceso de enfermar	20	PCP
Escucha activa	19	RMP
Empoderamiento - Promoción de la autonomía de los pacientes	17	PRC
Interés por la historia familiar y personal	17	PBPS
Prudencia	17	MCP
Honestidad	15	MCP
Equidad	15	MCP
Autonomía	12	PCP

En esta tabla nº2 podemos ver las principales respuestas al primer cuestionario, aquellas que fueron citadas 12 o más veces. Conviene aclarar que debido al procedimiento con el que agrupamos la información lo que se refleja es la frecuencia con que aparece citado el concepto, no el número de participantes que lo respondieron.

MCP: Médico como persona (influencia de las cualidades personales del médico en su práctica profesional); PBPS: Perspectiva biopsicosocial (considerar la enfermedad desde un punto de vista biológico, psicológico y social); PRC: Poder y responsabilidad compartidas (modelo de relación médico-paciente de participación mutua); PCP: Paciente como persona (comprensión de la experiencia del individuo de la enfermedad); RMP: Relación médico-paciente (relación interpersonal entre médico y paciente).

como el respeto, la atención integral, el enfoque biopsicosocial, la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, obtuvieron los valores más altos. En la [tabla 4](#) se refleja la puntuación media de los ítems seleccionados.

Aunque no fue un objetivo del estudio, se analizaron las respuestas según el perfil de los expertos. Destacar que en el grupo de los tutores médicos, el más numeroso

y homogéneo, no existían grandes diferencias respecto a la valoración general, salvo que para los tutores sí formarían parte de la ACP el «compromiso con la ética» y el «reconocimiento del final de la vida como uno de los objetivos». Para los tutores no formarían parte de la ACP: «flexibilidad», «reconocimiento del mundo del otro», «competencia comunicativa» y «compromiso con las personas».

Tabla 3 Ítems ACP con grado de acuerdo de pertenencia a ACP \geq 75%

Ítems Atención Centrada en la Persona (con grado de acuerdo de su pertenencia a la ACP \geq 75%)	Dimensión	Grado de acuerdo forman parte ACP	Grado de acuerdo forman parte de esa dimensión
Respeto	MCP	100%	100%
Flexibilidad	MCP	100%	82,9%
Diálogo	MCP	100%	88,6%
Autonomía	PCP	100%	97,1%
Derecho de información	PCP	100%	94,1%
Atención integral	PBPS	100%	97,1%
Interés por la historia personal y familiar	PBPS	100%	97,1%
Tiene en cuenta las creencias, valores, actitudes, miedos y preferencias de las personas valorando su contexto	PBPS	100%	94,1%
Participación del paciente en la toma de decisiones	PRC	100%	100%
Presentación de las opciones posibles para la persona (diagnóstico, cuidado o tratamiento)	PRC	100%	97,1%
Deliberación conjunta	PRC	100%	97,1%
Empatía	MCP	97,1%	88,6%
Paciente como sujeto del proceso de enfermar	PCP	97,1%	94,1%
Manejo de la reactividad y contención emocional	RMP	97,1%	97,1%
Construir un espacio de confianza y una sólida relación médico-paciente	RMP	97,1%	100%
Empoderamiento - Promoción de la autonomía de los pacientes	PRC	97,1%	100%
Corresponsabilidad	PRC	97,1%	97,1%
Apertura (a otras perspectivas, opiniones, diferencias...)	MCP	94,3%	88,6%
Confidencialidad	PCP	94,1%	94,1%
Historia familiar	PBPS	94,1%	94,1%
Longitudinalidad	PBPS	94,1%	79,4%
Competencia comunicativa	RMP	94,1%	100%
Compromiso con las personas	MCP	91,4%	91,4%
Prudencia	MCP	91,4%	85,7%
Escucha activa	RMP	91,4%	100%
Acompañamiento	RMP	91,4%	91,2%
Reconocimiento del mundo del otro	PBPS	91,2%	67,6%
Compasión	MCP	88,6%	88,6%
Sinceridad	MCP	88,6%	88,6%
Actitud crítica	MCP	88,6%	85,7%
Observación	MCP	88,6%	85,7%
Habilidades emocionales	MCP	88,6%	88,6%
Limitaciones de la Medicina (tanto del paciente como del profesional)	RMP	88,2%	88,2%
Técnicas de negociación	RMP	88,2%	100%
Formación general y específica	CC	88,2%	91,2%
Honestidad	MCP	85,7%	88,6%
Compromiso con la ética	MCP	85,7%	91,4%
Humanismo	MCP	85,7%	82,9%
Valoración de las fortalezas y eficacias de las personas	MCP	85,7%	74,3%
Reconocimiento del final de la vida como uno de sus objetivos	PCP	85,3%	88,2%
Organizarse la atención a domicilio	GR	85,3%	91,2%
Saber enfocar, resolver y gestionar problemas	CC	85,3%	94,1%
Razonamiento clínico	CC	85,3%	94,1%
Reconocimiento recíproco Médico - Paciente	RMP	82,4%	85,3%
Accesibilidad	MCP	80%	60%
Responsabilidad	MCP	80%	100%
Habilidades Clínicas	CC	79,4%	97,1%
Paciencia	MCP	77,14%	85,7%
Educación	MCP	77,14%	82,9%
Capacidad para delimitar límites de interacción terapéutica /paciente/familia de forma terapéutica y en bien del paciente	PBPS	76,5%	76,5%
Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	PPS	76,5%	91,2%
Manejo de la incertidumbre	CC	76,5%	94,1%

MCP: Médico como persona; PBPS: Perspectiva biopsicosocial; PRC: Poder y responsabilidad compartidas; PCP: Paciente como persona; RMP: Relación médico-paciente; CC: Competencia clínica; GR: Gestión de recursos; PPS: Prevención y promoción de la salud.

Tabla 4 Puntuación media de los ítems seleccionados

	Ítems Atención Centrada en la Persona	Puntuación Media	Dimensión
1	Respeto	9,71	MCP
2	Atención integral	9,71	PBPS
3	Tiene en cuenta las creencias, valores, actitudes, miedos y preferencias de las personas, valorando su contexto	9,68	PBPS
4	Participación del paciente en la toma de decisiones	9,60	PRC
5	Autonomía	9,57	PCP
6	Paciente como sujeto del proceso de enfermar	9,55	PCP
7	Interés por la historia personal y familiar	9,52	PBPS
8	Deliberación conjunta	9,50	PRC
9	Diálogo	9,44	MCP
10	Empoderamiento - Promoción de la autonomía de los pacientes	9,44	PRC
11	Escucha activa	9,39	RMP
12	Confidencialidad	9,34	PCP
13	Corresponsabilidad	9,31	PRC
14	Derecho de información	9,28	PCP
15	Construir un espacio de confianza y una sólida relación médico-paciente	9,28	RMP
16	Presentación de las opciones posibles para la persona (diagnóstico, cuidado o tratamiento)	9,26	PRC
17	Flexibilidad	9,21	MCP
18	Empatía	9,15	MCP
19	Reconocimiento del mundo del otro	9,15	PBPS
20	Competencia comunicativa	9,13	RMP
21	Compromiso con las personas	9,02	MCP
22	Compromiso con la ética	8,94	MCP
23	Reconocimiento del final de la vida como uno de sus objetivos	8,92	PCP
24	Acompañamiento	8,89	RMP
25	Actitud crítica	8,84	MCP
26	Apertura	8,84	MCP
27	Humanismo	8,84	MCP
28	Habilidades emocionales	8,76	MCP
29	Valoración de las fortalezas y eficacias de las personas	8,73	MCP
30	Honestidad	8,72	MCP
31	Prudencia	8,71	MCP
32	Observación	8,71	MCP
33	Compasión	8,68	MCP
34	Manejo de la reactividad y contención emocional	8,65	RMP
35	Responsabilidad	8,60	MCP
36	Técnicas de negociación	8,57	RMP
37	Limitaciones de la Medicina	8,57	RMP
38	Longitudinalidad	8,47	PBPS
39	Historia familiar	8,42	PBPS
40	Capacidad para delimitar límites de interacción terapéutica /paciente/familia de forma terapéutica y en bien del paciente	8,34	PBPS
41	Sinceridad	8,31	MCP
42	Formación general y específica	8,31	CC
43	Accesibilidad	8,23	MCP
44	Reconocimiento recíproco Médico - Paciente	8,13	RMP
45	Manejo de la incertidumbre	8,05	CC
46	Habilidades clínicas	8,05	CC
47	Educación	7,97	MCP
48	Razonamiento clínico	7,94	CC
49	Saber enfocar, resolver y gestionar problemas	7,89	CC
50	Paciencia	7,68	MCP
51	Organizarse la atención a domicilio	7,55	GR
52	Realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	7,02	PPS

MCP: Médico como persona; PBPS: Perspectiva biopsicosocial; PRC: Poder y responsabilidad compartidas; PCP: Paciente como persona; RMP: Relación médico-paciente; CC: Competencia clínica; GR: Gestión de recursos; PPS: Prevención y promoción de la salud.

En el grupo Comunicación y Salud destacaron como valores fundamentales para la ACP el respeto, la atención integral, el interés por la historia personal, familiar y creencias, valores y actitudes.

El grupo de miembros del Comité Asesor seleccionó el compromiso con las personas, la autonomía del paciente, su participación en la toma de decisiones y las cualidades del médico que favorecen dichos procesos: el respeto, la empatía, la flexibilidad, la apertura y el diálogo.

En el resto de grupos volvió a destacar la gran variabilidad en las respuestas de los grupos de residentes y jóvenes médicos de familia y en el de expertos metodológicos.

Discusión

A pesar de que la ACP es fundamental en muchas especialidades médicas y en especial es un pilar básico de la Medicina de Familia^{14,15}, no hay una definición clara y consensuada de la misma^{16,17}. Aunque los MF nos manejamos con una idea general de lo que es la ACP, su enorme complejidad, la gran cantidad de aspectos que aborda, la variabilidad en la valoración de la importancia de cada uno de ellos, así como la dificultad de separarla de las competencias propias de la MF, dificultan enormemente que dispongamos de una definición común.

En la revisión de Lévesque¹⁸ sobre herramientas existentes para la valoración de atributos propios de la Atención Primaria de Salud (APS), se identificaron como fundamentales: accesibilidad al sistema, continuidad de la atención, comunicación interpersonal, respeto y calidad técnica de los cuidados clínicos. Sin embargo, muchos otros, como atención integral a la persona, sensibilidad cultural, atención a la familia o equidad, todos ellos atributos de la APS, no eran valorados por las herramientas estudiadas en esa revisión.

Aunque la mayor parte de estudios han demostrado que los buenos resultados están más relacionados con la percepción del paciente que con la de los médicos^{8,19}, una autovaloración de los profesionales de su práctica puede ser muy útil.

Una atención médica centrada en la persona puede arrojar múltiples beneficios y diversos estudios ya han demostrado su eficacia. Programas de ACP han conseguido mejorar el control y reducir complicaciones en diabetes^{20,21}, e incluso adaptar las metas del tratamiento a las características individuales de la persona y su entorno²². Esta mejoría en el control aplicando ACP también es aplicable a otras enfermedades crónicas como el síndrome depresivo, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia²³.

En la revisión sistemática que realizó previamente nuestro GI sobre herramientas capaces de evaluar la ACP o sus dimensiones¹¹, encontramos un total de 39 herramientas validadas, pero ni una sola de ellas era capaz de cumplir con todos los criterios de inclusión que definimos: valorar la ACP desde la perspectiva del profesional, realizada en APS, validada en nuestro medio y autocumplimentada. Con posterioridad a esta revisión se publicó la traducción al castellano y validación en APS de la *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS)²⁴ que evalúa aspectos de las dimensiones PRC y RMP.

Con el objetivo final de desarrollar un cuestionario con las características antes descritas, identificamos en nuestro estudio como dimensiones principales de la ACP todas las comunes al modelo de Stewart⁶ y la revisión de Mead y Bower⁷, así como otras tres dimensiones «no prioritarias» identificadas en nuestro estudio Delphi (fig. 1). Algunas de las dimensiones identificadas en nuestro estudio pueden no haber aparecido de forma explícita en otras revisiones (PPS, GR y CC), aunque autores como Epstein y Street²⁵ hacen referencia a ellas al identificar las tareas clave por parte del clínico.

No se recogen entre nuestras dimensiones la flexibilidad y accesibilidad, la coordinación e integración y el entorno físico y organizacional, que sí son considerados por otros estudios como parte de la ACP²⁶⁻²⁸. Por otra parte, de nuestra dimensión «Médico como Persona» apenas hay referencias, salvo quizá la relación con uno de los factores de la escala «PCHOA» (*Person Centred Health Care in Older Adults Survey*)¹⁸.

En el análisis de la priorización de los ítems debemos tener en cuenta que, dado el número reducido de participantes que componían la mayoría de los grupos, los resultados por perfiles pueden no ser muy representativos. La mayor parte de la información proviene de los perfiles de tutores y miembros de los grupos de comunicación quienes consideraron más importantes los aspectos relacionados con la toma de decisiones compartida, la relación médico-paciente y el abordaje integral. Por otra parte, la enorme variabilidad de la información aportada por los jóvenes MF nos indica que la ACP forma parte probablemente de un proceso de madurez profesional que adquiere importancia con la experiencia. No obstante el objetivo del Delphi no fue nunca establecer diferencias entre los diferentes perfiles, sino recoger información de distintos perfiles de MF para intentar evitar que quedaran fuera del estudio aspectos relevantes de la ACP.

En la tabla 5 se puede comprobar el valor que los expertos conceden a las diferentes dimensiones. Se recoge el número de ítems identificados por cada dimensión, cuántos tienen una puntuación superior a nueve y su puntuación promedio. El análisis de estos datos, junto a los de la tabla 4, nos pueden ayudar a identificar los ítems a incluir en el borrador de cuestionario que sirva de punto de partida para su posterior validación.

En cuanto a la metodología del estudio, podemos considerar que la tasa general de respuesta de nuestro Delphi es adecuada (52%) y similar a la encontrada en estudios similares^{29,30} y con número de participantes (35-40) más que aceptable según lo habitual en estudios Delphi³¹.

Limitaciones

Entre las limitaciones de nuestro estudio se podrían incluir: 1) la tasa de respuesta, que aunque baja es la habitual en este tipo de estudios. 2) sólo se recoge la opinión de los MF y no la de enfermeros ni otros profesionales sanitarios como pediatras o trabajadores sociales. Conocer la perspectiva de MF era el objetivo del estudio, que se complementará para elaborar el borrador del cuestionario con la valoración de los pacientes. 3) El tiempo transcurrido desde la recogida de información. A pesar del tiempo transcurrido

Tabla 5 Ítems seleccionados agrupados por dimensiones

DIMENSIÓN	Número de ítems seleccionados de esta dimensión	Número de ítems con puntuación superior a 9 en escala Likert 0-10	Puntuación promedio de los ítems de esta dimensión en una escala Likert 0-10
Médico como persona (MCP)	20	5	8,75
Relación Médico Paciente (RMP)	8	3	8,82
Perspectiva bio- psicosocial (PBPS)	7	4	7,75
Poder y Responsabilidad compartidas (PRC)	5	5	9,42
Paciente como persona (PCP)	5	4	9,33
Competencias Clínicas (CC)	5	0	8,04
Gestión de Recursos (GR)	1	0	7,55
Prevención y Promoción de la Salud (PPS)	1	0	7,02
TOTALES	52	21	8,33

En esta tabla podemos ver las dimensiones de la Atención Centrada en la Persona (ACP) a las que pertenecen los ítems seleccionados en el estudio, así como el número de éstos que obtuvieron una puntuación superior a 9 en una escala Likert (0-10) y el valor promedio en esta misma escala de los ítems de cada dimensión.

no pensamos que haya cambios fundamentales en la esencia de la información. 4) La existencia de una pandemia mundial que ha podido cambiar temporalmente o no la relación médico-paciente. En cualquier caso, las fases de construcción y pilotaje del cuestionario supondrán una oportunidad de matizar e incorporar nuevos ítems. Futuras investigaciones podrán aclarar la utilidad, factibilidad e impacto del uso de este cuestionario para valorar si mejora los resultados en los pacientes atendidos por su MF.

La complejidad de realizar y manejar la información de una técnica Delphi en pacientes hizo que el GI desaconsejara su realización. Para intentar complementar y contrastar la información obtenida en el Delphi, seguiremos las recomendaciones de Hudon¹² y, mediante una técnica de Grupos Focales al igual que en otros estudios similares, se recogerá la opinión de pacientes atendidos en AP³²⁻³⁴. Las conclusiones de nuestro estudio Delphi, junto con la información obtenida en los grupos focales y la revisión sistemática, nos permitirá una visión global de la ACP ayudándonos a seleccionar los aspectos más relevantes para elaborar un cuestionario autocumplimentado. Este cuestionario, una vez validado, permitirá que cualquier MF pueda evaluar hasta qué punto utiliza la ACP en su práctica clínica.

La medición de la actitud de los profesionales hacia la ACP puede ser de utilidad para evaluar progresos en la formación postgrado³⁵ y predecir la participación del profesional en la toma de decisiones compartidas con el

paciente³⁶. Por otra parte, puede ser de ayuda para que los MF tengan un enfoque menos biologicista y recojan más información sobre los estilos de vida del paciente³⁷.

Conclusiones

Entre las conclusiones de nuestro estudio podemos destacar:

Las dimensiones que consideramos imprescindibles para elaborar nuestro cuestionario sobre la ACP son: «Paciente como persona», «Perspectiva biopsicosocial», «Relación médico paciente», «Poder y responsabilidad compartida» y «Médico como persona».

Las dimensiones identificadas con el estudio Delphi: «Gestión de Recursos», «Prevención y Promoción de la Salud» y «Competencias Clínicas», no aparecen prácticamente reflejadas en los cuestionarios revisados ni son priorizadas por nuestros expertos.

Entre los aspectos que podrían considerarse esenciales para la ACP según nuestro estudio Delphi, destacan el respeto, la atención integral, el enfoque biopsicosocial, la autonomía del paciente y su participación en la toma de decisiones, lo que será tenido en cuenta a la hora de redactar los ítems del cuestionario final.

El presente estudio nos aporta las principales dimensiones a incluir como factores clave o indispensables en la elaboración de nuestro cuestionario y nos permite identificar algunos de los ítems sobre los que debemos incidir.

Puntos clave

¿Qué se sabe sobre el tema?

- La importancia de la ACP es ampliamente reconocida en el ámbito médico, pese a lo cual, su definición poco concreta dificulta su valoración.
- No existe una herramienta autocumplimentada que valore la ACP desde la perspectiva del profesional y en el ámbito de la APS.

¿Qué aporta este estudio?

- Tras el primer paso que supuso la Revisión Sistemática realizada por este mismo grupo investigador, con este estudio Delphi hemos podido identificar posibles dimensiones que nos permitan definir el concepto de ACP desde la perspectiva de los profesionales y seleccionar aspectos concretos sobre los que elaborar ítems relacionados con las dimensiones identificadas de la ACP.
- El objetivo final es el desarrollo de una herramienta autocumplimentada que valore la ACP desde la perspectiva del profesional y en el ámbito de la APS con las implicaciones que esto puede tener tanto el ámbito de la práctica clínica como de la investigación.

Consideraciones éticas

La investigación no ha supuesto el uso de sujetos humanos.

Financiación

Este estudio no ha recibido financiación alguna para su realización.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Contribuciones de autoría

Los cuatro autores del estudio: José Antonio Pascual López, Trinidad Gil Pérez, Juan Francisco Menarguez Puche y Juan Antonio Sánchez Sánchez han participado en los procesos de concepción y el diseño del estudio en la recogida, análisis e interpretación de los datos, en la escritura del artículo y su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales de los cuatro autores y en la aprobación de la versión final para su publicación. Garantizamos que todas las partes que integran el manuscrito han sido revisadas y discutidas entre todos los autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Declaración de transparencia

José Antonio Pascual López, en nombre del resto de las personas firmantes, garantiza la precisión, transparencia y honestidad de los datos y la información contenida en el estudio; que ninguna información relevante ha sido omitida y que todas las discrepancias entre autores han sido adecuadamente resueltas y descritas.

Agradecimientos

A la semFyC por su apoyo a este proyecto plasmado en un convenio de colaboración para el diseño de un cuestionario de Atención Centrada en la Persona para Médicos de Familia. A los Doctores María González Barberá, Mario Soler Torroja y Asensio López Santiago por sus aportaciones al diseño y metodología de este proyecto.

Referencias

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 patients point of view. *Health Expect.* 2014;17:826–39.
3. World Health Organization. People-centred and integrated health services an overview of the evidence. WHO. Geneva. 2015.
4. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17:269–76.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with medical patients.* London: Sage; 1989.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method.* London: Sage; 1995.
7. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2002;48:51–61.
8. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796–804.
9. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ.* 2001;323:908–11.
10. van Diepen C, Fors A, Ekman I, Hensing G. Association between person-centred care and healthcare providers' job satisfaction and work-related health: a scoping review. *BMJ Open.* 2020;10:e042658, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042658>.
11. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menarguez 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.* 2020 Dec;52:738–49.
12. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med.* 2011;9:155–64.
13. de Villiers MR, de Villiers PJ, Kent AP. The Delphi technique in health sciences education research. *Med Teach.* 2005;27:639–43.

14. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Programa Oficial de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2005.
15. WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Euract 2005.
16. De Silva, D. Helping measure person-centred care. Evidence review. The Health Foundation. 2014. [consultado 7 Sep 2015]. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publications/helping-measure-person-centred-care>.
17. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
18. Lévesque JF, Haggerty J, Beninguissé G, Burge F, Gass D, Beaulieu MD, et al. Mapping the coverage of attributes in validated instruments that evaluate primary healthcare from the patient perspective. *BMC Fam Pract*. 2012;13:13–20, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296->.
19. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns*. 2005;57:342–9.
20. John JR, Jones A, Neville AM, Ghassempour S, Girosi F, Tannous WK. Cohort Profile: Effectiveness of a 12-Month Patient-Centred Medical Home Model Versus Standard Care for Chronic Disease Management among Primary Care Patients in Sydney, Australia. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2164.
21. McManus LS, Dominguez-Cancino KA, Stanek MK, Leyva-Moral JM, Bravo-Tare CE, Rivera-Lozada O, et al. The Patient-centered Medical Home as an Intervention Strategy for Diabetes Mellitus: A Systematic Review of the Literature. *Curr Diabetes Rev*. 2021;17:317–31.
22. Hambling CE, Khunti K, Cos X, Wens J, Martinez L, Topsever P, et al. Factors influencing safe glucose-lowering in older adults with type 2 diabetes: A PeRsOn-centred ApproaCh To IndiVidualisEd (PROACTIVE) Glycemic Goals for older people: A position statement of Primary Care Diabetes Europe. *Prim Care Diabetes*. 2019;13:330–52.
23. John JR, Jani H, Peters K, Agho K, Tannous WK. The Effectiveness of Patient-Centred Medical Home-Based Models of Care versus Standard Primary Care in Chronic Disease Management: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised and Non-Randomised Controlled Trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:6886.
24. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, González-González AI, Bermejo-Caja CJ, Ramos-García V, Koatz D, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. *Health Expect*. 2021;24:33–41, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.51313>.
25. Epstein RM, Street RL. Patient-Centered Care for the 21st Century: Physicians' roles, Health Systems and Patients' preferences, en Summer Forum "From Rhetoric to Reality: Achieving Patient-Centered Care". Philadelphia, ABIM Foundation. 2008.
26. Guide to Implementing person-centred care in your health service. July 2008. Department of Health, State Government of Victoria, Australia.
27. Dow B, Fearn M, Haralambous B, Tinney J, Hill K, Gibson S. Development and initial testing of the Person-Centred Health Care for Older Adults Survey. *Int Psychogeriatr*. 2013;25:1065–76.
28. Edvardsson D, Sandman PO, Rasmussen B. Construction and psychometric evaluation of the Swedish language Person-centred Climate Questionnaire-staff version. *J Nurs Manag*. 2009;17:790–5.
29. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, Lawrence K, Crichton T, Carpentier MP, et al. Defining competency-based evaluation objectives in family medicine: dimensions of competence and priority topics for assessment. *Can Fam Physician*. 2011;57:e331–40.
30. Stoffer MA, Smolen JS, Woolf A, Ambrozic A, Berghea F, Boonen A, et al. Development of patient-centred standards of care for osteoarthritis in Europe: the eumusc.net-project. *Ann Rheum Dis*. 2015;74:1145–9, <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206176>.
31. Varela Ruiz M, Díaz Bravo L, García Duran R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed Med*. 2012;1:90–5.
32. Villanueva A, Nebot C, Galán A, Gómez G, Cervera M, Mira JJ, et al. Puntos de vista de pacientes, ciudadanos, profesionales y directivos sobre cómo llevar a la práctica una atención sanitaria centrada en el paciente. *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21:199–206.
33. Aschmann HE, Boyd CM, Robbins CW, Chan WV, Mularski RA, Bennett WL, et al. Informing Patient-Centered Care Through Stakeholder Engagement and Highly Stratified Quantitative Benefit-Harm Assessments. *Value Health*. 2020;23:616–24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2019.11.007>.
34. Santana M, Manalili K, Zelinsky S, Brien S, Gibbons E, King J, et al. Improving the quality of person-centred healthcare from the patient perspective: development of person-centred quality indicators. *BMJ Open*. 2020;10:e037323, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-23-0373>.
35. Ishikawa H, Son D, Eto M, Kitamura K, Kiuchi T. Changes in patient-centered attitude and confidence in communicating with patients: a longitudinal study of resident physicians. *BMC Med Educ*. 2018;18:20, <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-018-1129>.
36. Wang D, Liu C, Zhang X. Do Physicians' Attitudes towards Patient-Centered Communication Promote Physicians' Intention and Behavior of Involving Patients in Medical Decisions? *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:6393, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17176393> PMID 32887364.
37. Shaw WS, Woiszwilllo MJ, Krupat E. Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient Educ Couns*. 2012;89:288–91, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.017>.

¿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>

- AUTORES

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

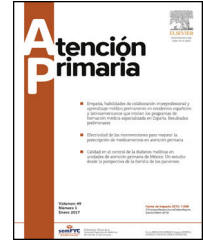
- **CONTRIBUCIÓN**

- En el artículo “¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi.” DOI: 10.1016/j.aprim.2021.102232 . José Antonio Pascual López ,como responsable del proyecto, ha participado en los procesos de concepción y diseño del estudio, en la recogida, análisis e interpretación de los datos, en la escritura del artículo y revisión crítica del mismo ,con una importante contribución intelectual en su elaboración y en la aprobación de la versión final para su publicación.

6.Tercer artículo

Diseño y validación de la herramienta

ACPAPS



ORIGINAL

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



José Antonio Pascual López^{a,*}, Juan Francisco Menárguez Puche^{b,c},
Juan Antonio Sánchez Sánchez^c y María Zarza Arribas^d

^a Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud (S.M.S.), Calasparra, Murcia, España

^b Centro de Salud docente Profesor Jesús Marín, Servicio Murciano de Salud (S.M.S.), Molina de Segura, Murcia, España

^c Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la Sociedad Murciana y Española de Medicina de Familia y Comunitaria, España

^d Centro de Salud Parquesol, Sanidad de Castilla y León (SACYL), Valladolid, España

Recibido el 20 de junio de 2023; aceptado el 25 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

Atención centrada en el paciente;
Atención primaria de salud;
Relación médico paciente;
Cuestionario;
Médicos de familia;
Atención centrada en la persona

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.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: japascuallopez@gmail.com (J.A. Pascual López).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102739>

0212-6567/© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

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.

© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Patient-centered care;
Primary health care;
Physician-patient relation;
Questionnaire;
Family physicians;
Person-centred care

Design and validation of the ACPAPS questionnaire to assess person-centred care by the family doctor

Abstract

Objectives: Design, construction and validation of a self-completion test that allows the Family Physician (FP) to assess the extent to which he/she integrates person-centred care (PCC) in his/her clinical practice.

Design: Qualitative. Questionnaire design.

Location: Primary care.

Participants: Two hundred and fourteen family and community medicine physicians and residents, from 62 of the 80 health centres in the autonomous community of Murcia (Spain).

Methods: Construction of a questionnaire from a bank of 873 items from a systematic review and a Delphi study. Review by PCC panel of experts (8). Cognitive pretest with 10 FP. Doctors from 62 health centres were invited to participate. With the responses we measured reliability, validity and feasibility.

Results: The final questionnaire contains 37 items. We measured reliability through internal consistency with a Cronbach's alpha of .915. For construct validity, the appropriate Bartlett's test of sphericity and the Kaiser-Meyer-Olkin measure of .889 allowed us to carry out a factor analysis with the extraction of nine factors (Kaiser's rule) with five main factors (Scree test) whose items coincide with the dimensions proposed by the experts. To assess its feasibility we considered the response rate of 31.15%, the response time of 17 minutes 23 seconds and only .9% of respondents considered the questionnaire long or complex.

Conclusions: The ACPAPS questionnaire is a reliable, valid and feasible tool to assess PCC in FM, which has multiple and far-reaching applications.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

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, y d) el deseo de los ciudadanos de participar activamente en su salud².

El concepto de ACP surge en la década de los cincuenta, cuando el psicólogo Carl Rogers y el psicoanalista Michael Balint hablan, respectivamente, de la «terapia centrada en el cliente» y la «medicina centrada en el paciente». Lo novedoso de estas iniciativas es que la atención se organiza alrededor de las necesidades y de las expectativas de salud del paciente en lugar de centrarse en la enfermedad³.

El concepto de ACP es complejo y difícil de definir. Ha sido descrito en la literatura de diversas maneras, como «comprender al paciente como ser humano único»⁴ o «entrar al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos»⁵. Actualmente se tiende a considerar la ACP como algo mucho más complejo, con múltiples componentes

y dimensiones. Stewart et al.⁶ identificaron 6 componentes interconectados: explorar tanto la enfermedad como la vivencia de la enfermedad, comprender a la persona en su totalidad, encontrar puntos en común, incorporar la prevención y la promoción de la salud, mejorar la relación médico-paciente y ser realista (en lo referido a limitaciones y recursos). Esta aportación fue una evolución de su primera obra sobre la evolución del método clínico centrado en el paciente en 1986⁷ y culminada en 2013 en su tercera edición⁸, donde nos hablan de cuatro grandes dimensiones: explorar la salud, la enfermedad y la experiencia de enfermedad, comprender la persona en su totalidad, búsqueda de puntos en común y mejorar la relación paciente-médico. En 2002 Mead y Bower⁹ trataron de establecer un marco conceptual preliminar estableciendo cinco dimensiones de ACP: la perspectiva biopsicosocial (PBPS), el «paciente-como-persona» (PCP), compartir el poder y la responsabilidad (CPR), la alianza terapéutica (AT) y el «médico-como-persona» (MCP).

La ACP es actualmente reconocida como un valor central de la atención y la formación médica. Siendo así para la medicina en general, aún lo es más para el ejercicio de la MFyC, en la que la ACP forma parte de la esencia misma de la especialidad. No se puede concebir un ejercicio correcto de esta especialidad si no está centrado en las personas.

Conociendo la importancia de la ACP en el ámbito de la atención primaria, sería muy útil disponer de una herramienta que permitiese al médico comprobar si su desempeño está centrado en la persona. Podría detectar problemas en la relación médico-paciente, ver su capacidad 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.

Previamente a la realización de este estudio se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura¹⁰. Se necesitaba un marco conceptual previo, y para ello se decidió mantener las cuatro dimensiones comunes¹¹ a las clasificaciones de Stewart et al.⁶ y a la revisión de Mead y Bower⁹. Esta revisión sistemática permitió identificar un total de 39 herramientas validadas que midieran algún aspecto de la ACP.

Por otra parte, se realizó un estudio Delphi¹² con 74 expertos que permitió identificar los aspectos que debería tener en cuenta un médico de familia (MF) para realizar ACP en todas sus dimensiones, clasificarlos en su dimensión correcta y finalmente priorizar aquellos en los que hubiera un mayor grado de acuerdo. Mediante este estudio se seleccionaron 52 ítems y se identificaron tres dimensiones a añadir a las comúnmente aceptadas⁹ en la mayor parte de la literatura.

El objetivo final de este estudio fue diseñar y validar un cuestionario autocumplimentado que permita al MF realizar una valoración de la autopercepción de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP.

Material y métodos

Partiendo de esta base^{10,12}, se pasó a la tarea del diseño del cuestionario, de revisión por panel de expertos y de realización de un pretest cognitivo, tal y como se describe en la literatura^{13,14}. Este proceso permitió elaborar un borrador de cuestionario preparado para su posterior validación.

El grupo investigador (GI) principal está compuesto por 3 MF: un MF doctorando y sus dos directores de tesis, 2 MF con amplia experiencia en medicina basada en la evidencia (MBE).

El complejo proceso por el cual se pasó de un «banco de ítems» con 873 ítems provenientes de la revisión sistemática¹⁰ y del estudio Delphi¹² a los 39 ítems finales con el que se inició el proceso de validación se describe en el esquema del estudio (fig. 1).

Recogida de información

Para la recogida de información se obtuvo una muestra proveniente de un listado obtenido mediante la participación de la mayor parte de los centros de salud (CS) de la Región de Murcia (62 de 80). En cada uno de los CS se designó un responsable, al que se explicó detalladamente el proyecto y se le facilitó abundante material: a) encuestas en formato electrónico vía Google formularios (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeowCuiHVgl-fkB4uUkH.LU.XQkOcf50AUh3ZP49fPjRCKPNkw/viewform?usp=sf_link), encuestas en formato físico <https://docs.google.com/>

[document/d/1jUxmLzoO3lebKAdWGibVDqXodQrgJSrypey1BDLcKI/edit?usp=sharing](https://docs.google.com/document/d/1jUxmLzoO3lebKAdWGibVDqXodQrgJSrypey1BDLcKI/edit?usp=sharing)) y b) un video explicativo para el equipo (<https://youtu.be/vuTD5QwnPCs>) en el que uno de los investigadores explicaba el proyecto y la forma correcta de cumplimentar la encuesta.

Una semana más tarde de la exposición, en cada uno de los centros se volvió a contactar con cada uno de los responsables como recordatorio. Tras esta fase obtuvimos un total de 214 encuestas completa y correctamente cumplimentadas que procedimos a analizar. Este tamaño muestral está dentro del número requerido en la literatura de más de cinco respuestas por ítem¹⁵.

Análisis estadístico

Para los análisis realizados en esta fase del proyecto se utilizó el paquete estadístico SPSS 26. Después de recoger los cuestionarios realizados por los MF y antes de proceder al análisis de la información, se procedió a una recodificación de los ítems inversos y el tratamiento de las posibles omisiones, para optimizar la base de datos sobre la cual realizar el análisis estadístico.

Las respuestas fueron registradas tal y como los encuestados respondieron a ellas, con independencia de que los ítems fueran formulados de forma directa, o viceversa (positiva o negativa). Posteriormente se procedió a la recodificación de esos ítems inversos (ítems formulados en sentido negativo: 9, 11, 13, 23, 28, 29, 33, 37 y 39). No hubo ninguna omisión en las respuestas recogidas.

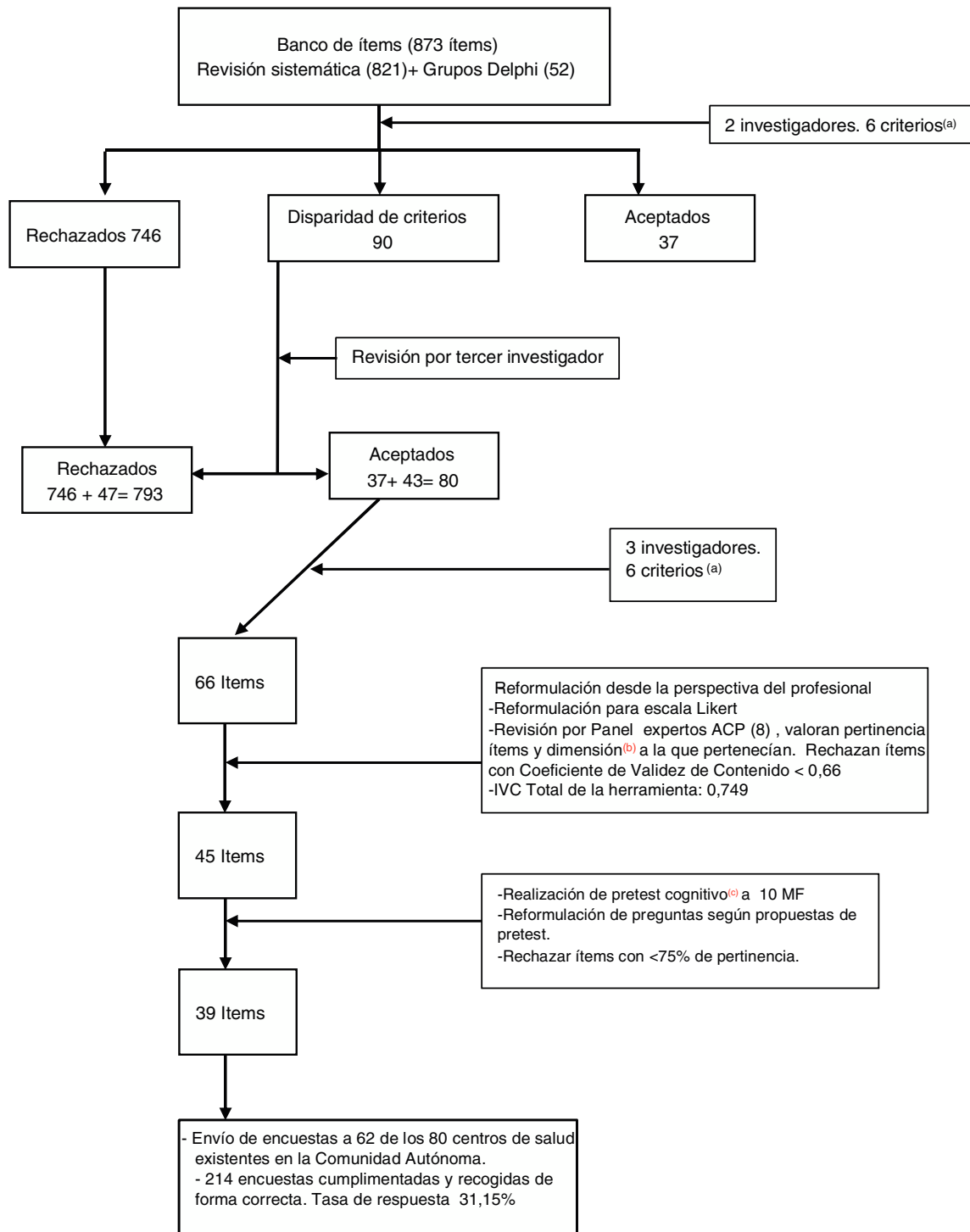
Antes de iniciar el proceso de análisis de ítems se realizó un estudio del perfil de los MF (fig. 2) en función de los datos recogidos en la propia encuesta. Se obtuvieron los descriptivos básicos de cada ítem y de la puntuación total, valorando la existencia de valores perdidos, frecuencias medias, desviaciones estándar, asimetría y cálculo de curtosis.

Los efectos suelo y techo para cada ítem se definieron, al igual que se realizó en estudios similares¹⁶, como más del 85% de los participantes con las puntuaciones más alta o más baja (5 o 1) que equivaldrían a «totalmente de acuerdo» o «totalmente en desacuerdo», dependiendo que el ítem estuviese formulado de forma directa o inversa.

Se realizó un estudio de la homogeneidad de varianza del resultado final para los distintos subgrupos mediante la prueba de Levene y el contraste ANOVA¹⁷.

Para el análisis de la capacidad de discriminación de cada ítem, entre los diferentes procedimientos propuestos por Likert¹⁸, se eligió el coeficiente de correlación ítem-total. Teniendo presente que los ítems que tienen una mayor correlación con el total son los que con más claridad representan aquello que realmente queremos medir con el instrumento diseñado, se decidió eliminar aquellos ítems con un menor índice de correlación, optando por establecer el límite en 0,280 (habiendo comprobado en otros estudios de validación^{11,13} valores similares).

Tras el análisis de ítems se midió la fiabilidad de la herramienta para comprobar su capacidad de medir de forma estable y reproducible¹⁹⁻²¹. Se utilizó el cálculo de la consistencia interna con la alfa de Cronbach (α), cuyo margen aceptable según diversos autores se sitúa entre 0,7 y 0,9²²⁻²⁴.



a) Seis criterios de exclusión: 1) Ítem duplicado o similar a otros 2) Ítem ambiguo o mal definido 3) Ítem que expresa más de una idea 4) No mide aspectos de la MF. 5) El ítem no corresponde a ninguna de las 5 dimensiones principales de la ACP 6) Otros ítems (justificados)

b) Dimensiones de la ACP: 5 dimensiones de la ACP descritas por Mead & Bower en 2002.

c) Pretest cognitivo: 1) ¿Entiendes el significado de todos los términos y conceptos de la pregunta?, 2) ¿Es necesario concretar más la pregunta?, 3) ¿Te ha resultado difícil, incómodo o comprometido responder a esta pregunta?, 4) ¿Has estado seguro/a de cómo contestarla? , 5) ¿Te ha parecido interesante o pertinente esta pregunta para valorar si la atención médica está centrada en la persona?

Abreviaturas: ACP Atención Centrada en la Persona , MF : médico de familia IVC: Índice de Validez de Contenido

Figura 1 Selección de ítems (diagrama de flujo).

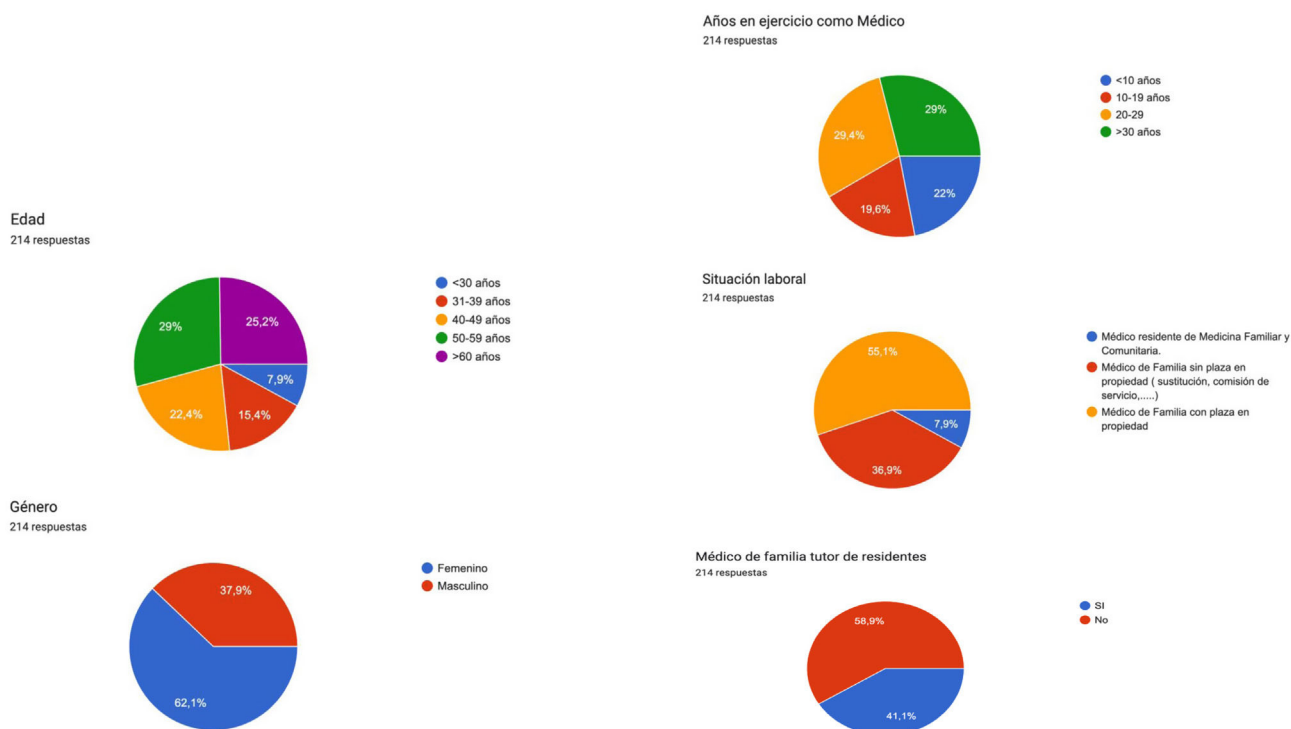


Figura 2 Perfil de los médicos de familia que responden al cuestionario.

De forma previa a analizar la estructura factorial de la herramienta, se determinó si los ítems estaban suficientemente interrelacionados para poder realizar este análisis. Se utilizó la prueba de esfericidad de Bartlett^{22,25} y el cálculo de la medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) de adecuación de muestreo, considerándose adecuados valores superiores a 0,7^{25,26}.

Para la extracción de factores mediante el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de máxima verosimilitud que permite señalar los factores que explican una mayor parte de la varianza común²⁷. El objetivo es la obtención de soluciones factoriales en las que cada factor tenga una correlación elevada con un grupo de variables y baja con las demás. En la literatura²⁸⁻³¹ se señala el valor de 0,30-0,40 para su inclusión.

A continuación se realizó el estudio de comunalidades para conocer el porcentaje de cada variable explicado por la estructura factorial. Por último, se analizó la rotación de factores mediante el método Oblimin directo.

Resultados

Respondieron al cuestionario 214 MF. Los descriptivos básicos con frecuencia, medias, desviación estándar, normalidad y curtosis vienen recogidos en la tabla 1. En cuanto a los posibles efectos suelo y techo, ninguno de los 39 ítems presentó un porcentaje de respuestas igual o superior al 85%.

La tasa de respuesta global fue del 31,15%, siendo del 32,19% entre los MF y del 22,7% entre los MIR. El tiempo promedio de realización de la encuesta fue de 17 minutos

y 38 segundos (intervalo de confianza del 95%: 13 min 56 s-20 min 31 s).

El estudio de homogeneidad de la varianza para los distintos subgrupos no mostró diferencias estadísticamente significativas, con valores de la p de 0,801 para género, de 0,817 para tutor/no, de 0,758 para edad, de 0,225 para años de ejercicio y de 0,542 para situación laboral.

Tras el cálculo de correlación ítem-total se encontraron dos ítems con un índice inferior a 0,28, cuya eliminación incrementaba levemente la α del resto. Así pues, se procedió a eliminar los ítems 30 y 37.

Tras el análisis de ítems se midió la fiabilidad a través del cálculo de la consistencia interna mediante el coeficiente α , obteniendo un valor de 0,915.

De las pruebas de adecuación muestral realizadas, el test de esfericidad de Bartlett obtuvo un valor estadístico de 2.922,15, con un nivel de significación del 0,000 y un valor de KMO de 0,889.

Como método de extracción de factores se ha usado el de máxima verosimilitud y la regla Kaiser de extracción de factores con autovalores superiores a 1, obteniendo un total de 9 factores (tabla 2). Por otra parte, el gráfico de sedimentación recomienda una extracción de cinco factores.

En el estudio de las comunalidades se observa que todas las variables se correlacionan entre sí en la estimación inicial, manteniéndose tras la extracción la correlación entre todas las variables.

En cuanto al estudio de rotación de factores, todos los ítems seleccionados cumplen los criterios para su inclusión (tabla 3).

El cuestionario ACPAPS finalmente diseñado puede observarse en la tabla 4.

Tabla 1 Descriptivos básicos

	M	DE	SI	EE	C	EE
1. Tengo en cuenta las creencias, la cultura, los valores y las preferencias de las personas valorando su contexto	4,47	0,625	-1,329	0,166	3,999	0,331
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad	4,60	0,570	-1,409	0,166	2,652	0,331
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad	4,70	0,517	-1,693	0,166	3,249	0,331
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba	4,38	0,680	-1,375	0,166	4,229	0,331
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales	4,57	0,686	-2,120	0,166	6,479	0,331
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad incluso en los peores momentos	4,05	0,809	-0,944	0,166	1,705	0,331
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica	4,41	0,657	-1,074	0,166	2,317	0,331
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición	4,31	0,691	-0,925	0,166	1,737	0,331
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante	4,35	0,759	-1,661	0,166	4,554	0,331
10. Asesoro a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida	3,91	0,856	-0,680	0,166	0,482	0,331
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas	3,86	0,934	-0,973	0,166	0,932	0,331
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas	4,50	0,611	-1,327	0,166	3,876	0,331
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta	3,82	0,904	-0,788	0,166	0,672	0,331
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías	4,04	0,871	-1,362	0,166	2,563	0,331
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad	3,99	0,775	-0,961	0,166	2,152	0,331
16. Examino atentamente a las personas y su entorno	4,21	0,656	-0,753	0,166	2,132	0,331
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud	4,50	0,626	-1,118	0,166	1,277	0,331
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad	4,21	0,869	-1,321	0,166	2,060	0,331

Tabla 1 (continuación)

	M	DE	SI	EE	C	EE
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones	4,29	0,712	-1,195	0,166	3,183	0,331
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente	4,43	0,607	-1,064	0,166	3,436	0,331
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar	3,99	0,715	-0,679	0,166	1,348	0,331
22. Felicito a los pacientes por sus logros	4,66	0,547	-1,547	0,166	2,450	0,331
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas	3,73	0,884	-0,801	0,166	0,707	0,331
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos	4,19	0,652	-0,618	0,166	1,711	0,331
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico	4,79	0,571	-3,942	0,166	19,867	0,331
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad	4,56	0,584	-1,522	0,166	5,134	0,331
27. Procuo que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente	3,99	0,856	-0,935	0,166	1,021	0,331
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones	3,42	1,105	-0,460	0,166	-0,559	0,331
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese ese interés	3,83	0,994	-1,266	0,166	1,449	0,331
30. Doy tiempo suficiente al paciente en la consulta	3,65	1,059	-0,578	0,166	-0,217	0,331
31. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes	4,71	0,513	-2,391	0,166	11,285	0,331
32. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta	4,33	0,730	-1,045	0,166	1,541	0,331
33. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento	3,63	0,988	-0,974	0,166	0,541	0,331
34. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad	4,64	0,572	-1,918	0,166	6,762	0,331
35. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista	4,60	0,518	-0,728	0,166	-0,801	0,331
36. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita	3,31	0,935	-0,350	0,166	-0,061	0,331
37. Pienso que si realizo muchas preguntas sobre los antecedentes del paciente me estoy entrometiendo en sus asuntos personales	4,13	0,827	-1,296	0,166	2,756	0,331
38. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía	4,16	0,707	-0,638	0,166	1,006	0,331
39. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes	4,01	0,834	-0,951	0,166	1,482	0,331
PUNTUACIÓN TOTAL	163,92	14,342	-1,622	0,166	7,850	0,331

C: Curtosis; DE: desviación estándar; EE: error estándar; M: media; S: simetría.

Tabla 2 Análisis factorial. Extracción de factores

Factor	Varianza total explicada						
	Autovalores iniciales			Sumas de extracción de cargas al cuadrado			Sumas de rotación de cargas al cuadrado
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	
1	10,388	28,076	28,076	9,855	26,635	26,635	0,796
2	2,144	5,795	33,871	1,556	4,205	30,841	3,067
3	1,737	4,696	38,567	1,152	3,113	33,954	2,943
4	1,554	4,200	42,766	1,063	2,872	36,825	5,764
5	1,425	3,851	46,617	0,793	2,144	38,970	5,059
6	1,250	3,378	49,995	0,724	1,956	40,925	2,497
7	1,130	3,055	53,050	0,589	1,592	42,518	2,213
8	1,090	2,947	55,997	0,570	1,539	44,057	6,129
9	1,029	2,781	58,779	0,519	1,403	45,461	4,403
10	0,990	2,676	61,454				
11	0,915	2,472	63,927				
12	0,901	2,435	66,362				
13	0,882	2,384	68,746				
14	0,771	2,083	70,829				
15	0,759	2,051	72,880				
16	0,713	1,928	74,807				
17	0,708	1,913	76,721				
18	0,668	1,804	78,525				
19	0,660	1,783	80,309				
20	0,646	1,746	82,055				
21	0,588	1,590	83,645				
22	0,563	1,521	85,166				
23	0,527	1,425	86,591				
24	0,506	1,368	87,959				
25	0,490	1,323	89,282				
26	0,432	1,167	90,450				
27	0,408	1,104	91,553				
28	0,402	1,087	92,641				
29	0,394	1,065	93,706				
30	0,358	0,968	94,673				
31	0,339	0,917	95,590				
32	0,325	0,879	96,469				
33	0,313	0,847	97,316				
34	0,300	0,811	98,128				
35	0,268	0,724	98,851				
36	0,222	0,599	99,450				
37	0,203	0,550	100,000				

Método de extracción: máxima probabilidad.

Discusión

La mayor parte de las herramientas existentes para medir la ACP no valoran todas las dimensiones principales de la misma, ni lo hacen desde la perspectiva del profesional o en el marco de la APS^{10,11}. El cuestionario ACPAPS desarrollado en este estudio busca salvar estas deficiencias, siendo la primera herramienta diseñada para valorar la ACP, incluyendo todas sus dimensiones principales, en el ámbito de la APS y desde la perspectiva del profesional, recogiendo la autopercepción de lo centrada que está en la persona su práctica

clínica. Una vez diseñada la herramienta, para determinar la calidad de la medición de un instrumento es necesario evaluar las propiedades psicométricas del mismo²². Las dos características métricas más importantes para la precisión de un instrumento son la fiabilidad y la validez^{22,32}.

Fiabilidad

En nuestro trabajo realizamos el estudio de la fiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna con el α

Tabla 3 Rotación de factores. Matriz de estructura

	Matriz de estructura								
	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Tengo en cuenta las creencias, la cultura, los valores y las preferencias de las personas valorando su contexto	0,019	0,383	0,199	0,358	0,447	-0,296	0,127	0,605	0,495
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad	-0,079	0,026	0,226	0,197	0,476	-0,586	0,262	0,184	0,258
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad	0,000	0,167	0,109	0,424	0,357	-0,691	0,157	0,427	0,304
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba	-0,003	0,285	0,095	0,351	0,317	-0,207	0,246	0,749	0,303
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales	0,051	0,264	0,306	0,421	0,433	-0,197	0,131	0,741	0,234
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad en los peores momentos	0,140	0,078	0,412	0,320	0,432	-0,379	0,045	0,463	0,489
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica	0,043	0,292	0,170	0,415	0,323	-0,358	0,177	0,684	0,451
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición	-0,079	0,140	0,236	0,473	0,361	-0,237	0,262	0,624	0,295
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante	-0,111	0,720	0,257	0,217	0,123	-0,087	0,134	0,208	-0,018
10. Asesorar a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida	-0,134	0,178	0,276	0,364	0,380	-0,275	0,143	0,363	0,590
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas	0,019	0,464	0,475	0,260	0,341	-0,198	0,248	0,363	0,216
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas	0,053	0,319	0,203	0,477	0,610	-0,314	0,104	0,474	0,463
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta	-0,030	0,513	0,253	0,062	0,216	0,099	-0,006	0,157	0,196
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías	-0,081	0,137	0,179	0,260	0,222	0,054	0,071	0,233	0,268
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad	0,301	0,287	0,194	0,393	0,326	-0,061	0,258	0,595	0,295
16. Examino atentamente a las personas y su entorno	0,120	0,174	0,344	0,612	0,362	-0,257	0,198	0,454	0,358
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud	0,242	0,134	0,234	0,406	0,317	-0,215	0,384	0,366	0,268
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad	-0,221	0,240	0,324	0,388	0,460	-0,263	0,132	0,331	0,548

Tabla 3 (continuación)

	Matriz de estructura								
	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones	0,059	0,196	0,261	0,559	0,382	-0,443	0,117	0,362	0,573
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente	0,052	0,357	0,186	0,471	0,421	-0,332	0,166	0,470	0,479
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar	0,200	0,151	0,169	0,313	0,341	-0,169	0,163	0,393	0,515
22. Felicito a los pacientes por sus logros	-0,178	0,088	0,185	0,404	0,347	-0,179	0,330	0,108	0,183
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas	0,006	0,518	0,326	0,198	0,180	0,037	0,218	0,260	-0,140
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos	0,047	0,138	0,241	0,212	0,340	-0,189	0,445	0,243	0,378
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico	-0,384	0,381	0,141	0,410	0,346	-0,121	-0,042	0,289	0,310
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad	-0,201	0,270	0,110	0,690	0,344	-0,286	0,155	0,368	0,280
27. Procuero que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente	-0,426	0,179	0,227	0,357	0,212	-0,122	0,367	0,412	0,229
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones	0,070	0,250	0,526	0,169	0,225	-0,183	0,131	0,274	0,313
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese interés	-0,069	0,397	0,440	0,171	0,178	-0,071	0,267	0,305	0,165
31. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes	-0,088	0,270	0,121	0,568	0,474	-0,164	0,258	0,402	0,201
32. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta	-0,068	0,126	0,095	0,648	0,364	-0,153	0,193	0,336	0,261
33. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento	-0,106	0,294	0,610	0,150	0,248	-0,004	-0,041	0,080	0,145
34. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad	-0,014	0,195	0,254	0,423	0,827	-0,293	0,291	0,379	0,308
35. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista	-0,050	0,087	-0,096	0,301	0,237	-0,193	0,619	0,246	0,049
36. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita	-0,011	0,032	0,225	0,257	0,269	-0,149	0,155	0,237	0,555
38. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía	-0,119	0,226	0,286	0,622	0,388	-0,059	0,394	0,429	0,280
39. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes	-0,088	0,260	0,422	0,174	0,222	0,070	0,339	0,164	0,186

Método de extracción: máxima probabilidad.

Método de rotación: Oblimin con normalización Kaiser.

Tabla 4 Cuestionario ACPAPS

Escala ACPAPS (Atención Centrada en la Persona en Atención Primaria de Salud)	MA	A	A/DA	DA	MDA
1. Tengo en cuenta las creencias, cultura, valores y preferencias de las personas valorando su contexto					
2. Respeto y promuevo la autonomía de las personas para el cuidado de la salud y la atención de su enfermedad					
3. Intento que tras la visita el paciente se sienta capaz de entender su enfermedad					
4. Sintonizo con los sentimientos del paciente e intento que lo perciba					
5. Atiendo a las personas considerando no solo los aspectos biológicos sino también los psicológicos y los sociales					
6. Ayudo al paciente a elaborar un plan de cuidados que le permita atender su enfermedad incluso en los peores momentos					
7. Establezco una entrevista de confianza para crear una adecuada relación terapéutica					
8. Facilito el relato espontáneo del paciente combinando facilitaciones, expresiones empáticas y frases interrogativas o por repetición					
9. Creo que, siendo bueno en el diagnóstico y en el tratamiento, la forma de relacionarme con los pacientes no es tan importante					
10. Asesoró a mis pacientes, de acuerdo a sus preferencias personales, sobre temas propios del final de la vida					
11. No suelo preguntar a mis pacientes por las consecuencias de sus problemas de salud en sus vidas					
12. Respeto el derecho a la información de las personas y las mantengo informadas					
13. Como médico soy quien debería decidir lo que se habla durante la consulta					
14. Tengo una actitud transigente con opiniones, creencias o posturas diferentes y una tendencia favorable a comprender actitudes distintas de las mías					
15. Muestro con mis acciones un compromiso con la persona más allá de la enfermedad					
16. Examino atentamente a las personas y su entorno					
17. Me gusta atender a las personas a lo largo de su vida y para la mayoría de sus problemas de salud					
18. Pregunto por las ideas del paciente sobre el origen o causa de su síntoma o enfermedad					
19. Explico al paciente las ventajas e inconvenientes de todas las opciones					
20. Estoy abierto a discutir las preocupaciones del paciente					
21. Considero las necesidades del paciente y las coloco en primer lugar					
22. Felicito a los pacientes por sus logros					
23. Suelo tener dificultades para identificar y reforzar las cualidades positivas de las personas					
24. Realizo indicaciones al paciente que expresen que reconozco y acepto sus sentimientos					
25. Respeto la confidencialidad como un derecho del paciente y una obligación ética del médico					
26. Intento aliviar las preocupaciones del paciente sobre su enfermedad					
27. Procuero que el uso del ordenador u otros procesos de registro no alteren la comunicación con el paciente					
28. No acostumbro a preguntar al paciente cuál desea que sea su papel en la toma de decisiones					
29. Escucho al paciente con interés pero no me esfuerzo por mantener un comportamiento no verbal que exprese ese interés					
30. Me esfuerzo por ayudar a mis pacientes					
31. Intento resolver todas las preguntas del paciente para evitar que salga de la consulta con preguntas sin respuesta					
32. Entiendo que el paciente sigue mis indicaciones y no suelo preguntarle por la probabilidad de adherencia al tratamiento					
33. Estoy comprometido con brindar a los pacientes una atención de calidad					
34. Muestro amabilidad y cortesía con el paciente durante la entrevista					
35. Pregunto al paciente qué es lo que espera de la visita					
36. Hago sentir al paciente mi presencia y mi compañía					
37. Es frecuente sentirme tenso en mi relación con los pacientes					

A: de acuerdo; A/DA: ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA: en desacuerdo; MA: muy de acuerdo; MDA: muy en desacuerdo.

de Cronbach. El valor de 0,915 obtenido es tipificado por George y Mallery³³ como excelente. El valor α como medida de la fiabilidad aparece en el 75% de las herramientas detectadas en la revisión sistemática realizada previamente¹⁰ y en la validación de la herramienta PPOS realizada en nuestro medio¹⁶. La fiabilidad de nuestro cuestionario es superior a la de la mitad de estas herramientas y su resultado es similar al de las 15 herramientas que obtuvieron una fiabilidad excelente ($\alpha > 0,9$).

Podemos decir además que la realización del «pretest cognitivo» valora de forma indirecta la fiabilidad de la escala, ya que nos permitió comprobar que la redacción final de los ítems y sus posibles respuestas eran correctamente entendidas por los MF. Una de las principales causas de falta de fiabilidad de un cuestionario es que las preguntas puedan ser confusas e interpretadas de forma errónea¹⁴.

Validez

Aunque habitualmente se definía como la capacidad del instrumento de medir aquello para lo que había sido diseñado, actualmente es un concepto más dinámico y evolutivo. Se entiende como el grado en que la evidencia empírica y la teoría apoyan la interpretación de los resultados de los test para un uso específico. Es, por tanto, un proceso en el que se adquieren pruebas y argumentos que soporten la interpretación de los resultados de los test y demuestran la relevancia del instrumento para el uso concreto que se le quiere dar^{34,35}.

Por otra parte, las fuentes de validación son múltiples, y los estándares AERA-APA-NCME 99³⁵ describen hasta cinco fuentes de evidencia de validez basadas en el contenido de la escala, los procesos de respuesta, las relaciones con otras variables, la estructura interna del instrumento y las consecuencias derivadas del uso propuesto.

Validez de contenido. Todos y cada uno de los ítems de una escala deben estar relacionados con alguno de los objetivos de la medición³⁶. Lo más habitual para valorar esta validez de contenidos, como hemos comprobado en otros estudios de validación similares³⁷⁻³⁹, es mediante la valoración por un panel de expertos, estableciendo que el coeficiente de validez de contenido mínimo para cada ítem debe ser $> 0,58$ ³⁸. Todos los ítems de nuestro cuestionario presentaron un coeficiente superior a 0,66, con un índice de validez total del cuestionario de 0,749 (fig. 1).

Validez basada en los procesos de respuesta (aparente). Valora el grado en que los ítems parecen medir lo que se proponen⁴⁰. Es muy importante que el entrevistado tenga la percepción de que la escala sirve para medir lo que indica, pues lo contrario puede influir negativamente en sus respuestas. El pretest cognitivo realizado, la información obtenida de los comentarios a los test, una adecuada tasa de respuesta y la inexistencia de los efectos suelo o techo en ninguno de los ítems hablan positivamente de la validez de los procesos de respuesta.

Validez basada en la estructura interna del instrumento (de constructo). En nuestro estudio la herramienta utilizada fue el análisis factorial (AF). Previamente a su valoración, se realizaron los test de esfericidad de Bartlett y el de adecuación de muestreo de Kaiser-Mayer-Olkin, obteniéndose resultados óptimos.

El AF es un método con dos posibles finalidades: construcción de una escala o, como en nuestro caso, para evaluar la estructura interna de un test a partir de los resultados¹⁸. El AF realizado utilizó el método de extracción de factores de máxima verosimilitud, que nos permitió señalar los factores que mayor porcentaje explican de la varianza común. Para extraer el número adecuado de factores utilizamos dos técnicas (regla Kaiser y Scree test), y tuvimos en cuenta la interpretabilidad de la solución encontrada y la teoría de partida, tal y como se indica en la literatura²⁶. Identificamos 9 factores latentes, de los que 5 eran los más importantes. La matriz de estructura obtenida tras la rotación de factores nos mostró esa relación ítem-factor, encontrando una clara correspondencia entre los ítems pertenecientes a esos factores, con las dimensiones (siempre en nuestro estudio de entre las cinco establecidas por Mead y Bower)⁹ a las que se les asignó por parte del panel de expertos consultados.

Factibilidad

Tras la fiabilidad y la validez valoramos también la factibilidad de nuestra herramienta, para conocer si es asequible para utilizarla en el campo en el que pretendemos hacerlo²². El pretest cognitivo realizado nos aseguraba la claridad y la adecuada extensión de las preguntas. La tasa de respuesta obtenida, superior al 30%, es más que adecuada para una encuesta online⁴¹. Por otra parte, el tiempo de respuesta de 17 minutos y 23 segundos es adecuado según la literatura⁴². Solo un 0,9% de los encuestados manifestó que la encuesta le parecía demasiado extensa o complicada.

En el test realizado para la validación de ACPAPS, el estudio de los distintos subgrupos poblacionales no mostró diferencias significativas para las variables medidas: edad, tiempo en ejercicio, condición de tutor, situación laboral y género. Nuestros resultados fueron similares a los de la validación en español de la escala PPOS¹⁶. A diferencia de nuestros resultados, otros estudios en que se aplicó esta escala en estudiantes encontraron diferencias significativas, con mejores valores para el género femenino⁴³⁻⁴⁷.

Entre las limitaciones de este estudio debemos consignar que no fue diseñado para valorar la fiabilidad intraobservador e interobservador, la validez de criterio o la aplicación en un ámbito suprarregional, que sería recomendable analizar en estudios posteriores. Otra de las posibles limitaciones es que al desconocer los datos de los MF que no han respondido la encuesta no podemos asegurar que no se haya producido un sesgo de selección.

Presentamos por tanto la herramienta ACPAPS, capaz de valorar si nuestra práctica clínica está centrada en el paciente, creada en el ámbito de la APS y autocumplimentable. Presentó unas elevadas fiabilidad y validez y una adecuada factibilidad, y consideramos que está lista para comenzar a utilizarse. Será su uso futuro el que vaya permitiéndonos establecer valores de referencia globales e incluso específicos para distintos perfiles de MF, sobre los cuales determinar el grado en que realizamos ACP en nuestra práctica clínica e incluso señalar aquellas áreas a modificar. Una herramienta para el crecimiento profesional del MF y para una atención médica cada vez más centrada en la persona.

Lo conocido sobre el tema

- La ACP es un valor central de la atención y la formación médica y forma parte de la esencia misma de la especialidad de MFyC.
- Actualmente no disponemos de una herramienta autocumplimentable para medir la ACP en MF.
- Las herramientas existentes no han demostrado una buena fiabilidad en nuestro medio.

¿Qué aporta este estudio?

- El cuestionario ACPAPS es una herramienta autocumplimentable de elevada fiabilidad y adecuadas validez y factibilidad, que permite valorar la ACP en atención primaria de salud.
- Entre sus aplicaciones, sería de utilidad para cambios de actitud en médicos en formación y para evaluar cambios tras intervenciones docentes concretas.
- Abre una interesante línea de investigación acerca de cómo se modifica la ACP a través de la formación MIR y con el desempeño de la profesión.

Consideraciones éticas

La investigación no ha supuesto el uso de sujetos humanos.

Financiación

El diseño y la validación del cuestionario ACPAPS no cuenta con financiación alguna, pero sí es la culminación de un proyecto de varios años de evolución, que incluye una revisión sistemática y un estudio Delphi, cuyo objetivo final es el diseño y la validación de una herramienta autoadministrada capaz de medir la calidad de la Atención Centrada en el Paciente en las consultas de atención primaria de salud. Este proyecto, que culmina con este estudio, sí que ha recibido financiación por parte de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, no habiendo sido destinados esos fondos al diseño y a la validación de la herramienta ACPAPS que presentamos en este estudio.

Autoría

Tres de los autores del estudio —José Antonio Pascual López, Juan Francisco Menarguez Puche y Juan Antonio Sánchez Sánchez— han participado en los procesos de concepción y de diseño del estudio en la recogida, análisis e interpretación de los datos, en la escritura del artículo y en su revisión crítica con importantes contribuciones intelectuales de los tres autores y en la aprobación de la versión final para su publicación. María Zarza Arribas ha participado en los procesos de análisis e interpretación de datos y en la escritura del artículo. Garantizamos que todas las partes que integran el manuscrito han sido revisadas y discutidas entre todos los

autores con la finalidad de que sean expuestas con la mayor precisión e integridad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A SEMFyC por su apoyo a este proyecto plasmado en un convenio de colaboración para el diseño de un cuestionario de Atención Centrada en la Persona para Médicos de Familia. A los Doctores María González Barberá, Mario Soler Torroja y Asensio López Santiago por sus aportaciones al diseño y a la metodología de este proyecto.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.aprim.2023.102739](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102739).

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;17:39–82.
3. *People-centred and integrated health services an overview of the evidence*. Geneva: WHO; 2015.
4. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R College Gen Pract*. 1969;17:76–269.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with Medical Patients*. London: Sage; 1989.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage; 1995.
7. Levenstein JH, Mccracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986;3:24–30, <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/3.1.24>.
8. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman T. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. 3rd edition CRC Press; 2013, <http://dx.doi.org/10.1201/b20740>.
9. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48:51–61.
10. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menarguez 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*. 2020;52:738–49, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2019.11.004>. PMID: 31883783.
11. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9:64–155.

12. 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>.
13. Sánchez López MC. Validación de un cuestionario de competencias en medicina basada en la evidencia en médicos de familia [tesis doctoral]. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia; 2005.
14. Martín U, González-Rábago Y. Metodología cualitativa para enfocar la mirada cuantitativa: la experiencia de los pretest cognitivos aplicados a la Encuesta de Salud del País Vasco. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*. 2019;43:137–58.
15. Carretero-Dios H, Pérez C. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5:51–21.
16. Perestelo-Pérez A, Rivero-Santana AI, González-González CJ, Bermejo-Caja V, Ramos-García D, Koatz, et al. Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale among primary care professionals in Spain. *Health Expect*. 2021;24:33–41, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.13135>.
17. Kim YJ, Cribbie RA. ANOVA and the variance homogeneity assumption: Exploring a better gatekeeper. *Br J Math Stat Psychol*. 2018;71:1–12, <http://dx.doi.org/10.1111/bmsp.12103>. PMID: 28568313.
18. Morales Vallejo P, Urosa Sanz B, Blanco Blanco A. Construcción de escalas de actitudes tipo Likert. Madrid: La Muralla; 2003.
19. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association; 1999.
20. Downing SM. Reliability: On the reproducibility of assessment data. *Med Educ*. 2004;38:1006–12.
21. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:67–74.
22. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales Sis San Navarra*. 2011;34:63–72. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es
23. Nunnally J. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill; 1978.
24. Polit D, Hungler B. *Nursing Research: Principles and Methods*. Philadelphia: JB Lippincott and Co; 1999.
25. López-Aguado M, Gutiérrez-Provecho L. C>mo llevar a cabo e interpretar un an lisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE. Revista de Innovaci>n e Investigaci>n en Educaci>n*. 2019;12:1–14, <http://dx.doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>.
26. Pérez ER, Medrano L. Análisis factorial exploratorio: bases conceptuales y metodología. *Rev Argent Cienc Comput*. 2010;2:58–66.
27. Lorenzo-Seva U, Timmerman ME, Kiers HAL. The Hull method for selecting the number of common factors. *Multivariate Behav Res*. 2011;46:340–64.
28. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal Psicol*. 2014;30:1151–69 [consultado 1 May 2023]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
29. Bandalos DL, Finney SJ. *Factor analysis: Exploratory and confirmatory*. En: Hancock GR, Mueller RO, editores. *Reviewer's Guide to Quantitative Methods*. New York: Routledge; 2010.
30. Guadagnoli E, Velicer WF. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull*. 1988;103:265–75.
31. McDonald RP. *Factor Analysis and Related Methods*. Hillsdale, NJ: LEA; 1985.
32. G>mez Benito J, Hidalgo M. La validez en los test, escalas y cuestionarios. *La sociolog-a en los escenarios*. Centro de Estudios de Opini>n. 2002.
33. George D, Mallery P. *SPSS/PC+step by step: A simple guide and reference*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company; 1995.
34. American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. *Standards for Educational and Psychological Testing*. Washington, DC: American Educational Research Association; 1999.
35. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*. 2010;31:67–74.
36. Parmenter K, Wardle J. Evaluation and Design of Nutrition Knowledge Measures. *Journal of Nutrition Education*. 2000;32:269–77.
37. Begdache L, Marhaba R, Chaar M. Validity and reliability of Food-Mood Questionnaire (FMQ). *Nutr Health*. 2019;25:253–64, <http://dx.doi.org/10.1177/0260106019870073>.
38. Park DI. Development and validation of a Knowledge, Attitudes and Practices questionnaire on COVID-19 (KAP COVID-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:7493, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18147493>.
39. Esquivel Garzón N, Díaz Heredia LP. Validity and reliability of the treatment adherence questionnaire for patients with hypertension. *Invest Educ Enferm*. 2019;37:e09, <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v37n3e09>.
40. Sapp SG, Jensen HH. Reliability and Validity of Nutrition Knowledge and Diet-Health Awareness Tests Developed from the 1989-1991 Diet and Health Knowledge Surveys. *Journal of Nutrition Education*. 1997;29:63–72.
41. Utzet M, Martín U. Las encuestas online y la falsa ilusión de la n grande. A propósito de una encuesta sobre la eutanasia en profesionales médicos [Online surveys and the false illusion of the large n. On a survey on euthanasia among medical practitioners]. *Gac Sanit*. 2020;34:518–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.07.009>.
42. Anguita JC, Labrador JRR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*. 2003;31:527–38.
43. Quiles Sánchez L. Actitudes hacia la atención centrada en la persona en estudiantes de medicina [tesis doctoral]. Departamento de Ciencias Sociosanitarias, Universidad de Murcia; 2021.
44. Liu W, Hao Y, Zhao X, Peng T, Song W, Xue Y, et al. Gender differences on medical students' attitudes toward patient-centred care: A cross-sectional survey conducted in Heilongjiang, China. *PeerJ*. 2019;7:e7896.
45. Shankar PR, Dubey AK, Subish P, Deshpande VY. Attitudes of first-year medical students towards the doctor patient relationship. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2006;45:196–203.
46. Hardeman RR, Burgess D, Phelan S, Yeazel M, Nelson D, van Ryn M. Medical student socio-demographic characteristics and attitudes toward patient centered care: Do race, socioeconomic status and gender matter? A report from the Medical Student CHANGES study. *Patient Educ Couns*. 2015;98:350–5.
47. Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P. Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *Int J Psychiatry Med*. 1999;29:347–56.

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

- AUTORES

- José Antonio Pascual López Centro de Salud docente de Calasparra, Servicio Murciano de Salud, Calasparra, 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
- María Zarza Arribas. Centro de Salud Parquesol, Sanidad de Castilla y León (SACYL), Valladolid, España

- **CONTRIBUCIÓN**

- En el artículo “Diseño y validación del cuestionario ACPAPS para valorar la atención centrada en la persona por el Médico de Familia”. APRIM-D-23-00196R1 . José Antonio Pascual López, como responsable del proyecto, ha participado en los procesos de concepción y diseño del estudio, en todos y cada uno de los pasos necesarios para la elaboración del cuestionario , en la recogida , análisis estadístico e interpretación de los datos, en la escritura del artículo y la revisión crítica del contenido del artículo.

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.

Simetría moral.

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)

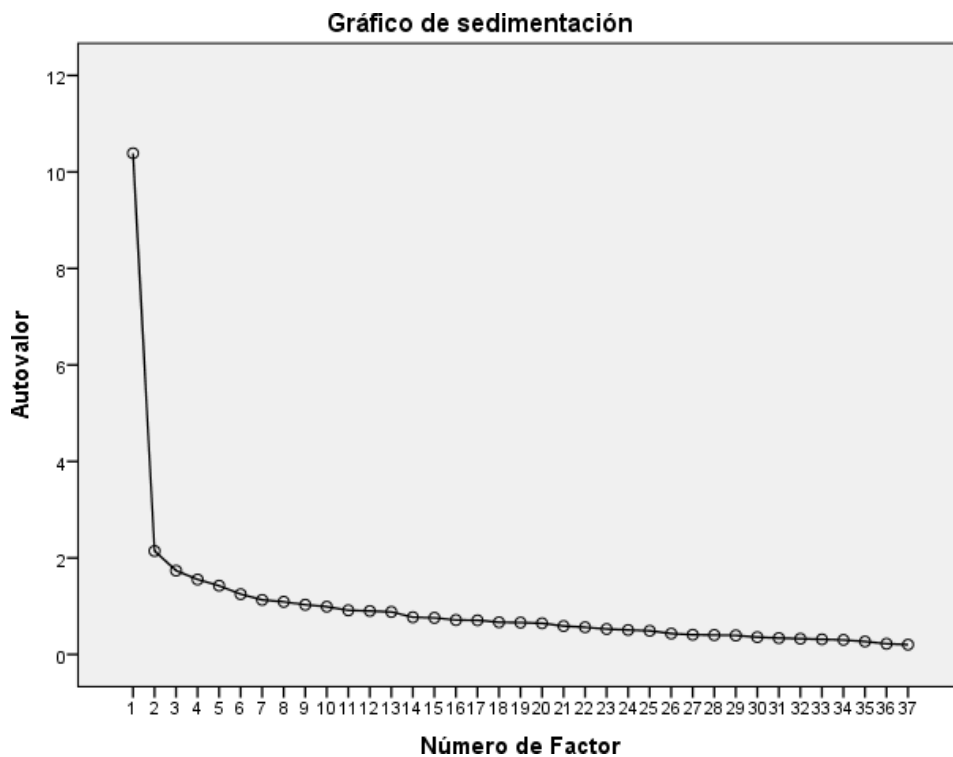


TABLA DE COMUNALIDADES

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.

