

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=ca>

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=es>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



ESTUDI PILOT SOBRE L'APLICACIÓ D'UN PROGRAMA DOCENT
SOBRE EL MODEL COMUNICACIONAL DE PRESA DE DECISIONS
COMPARTIDA A LA CONSULTA PER A METGES RESIDENTS DE
MEDICINA FAMILIAR I COMUNITÀRIA

Sara Anna Davies Daunas



TESI DOCTORAL

ESTUDI PILOT SOBRE L'APLICACIÓ D'UN
PROGRAMA DOCENT SOBRE EL MODEL
COMUNICACIONAL DE PRESA DE DECISIONS
COMPARTIDA A LA CONSULTA PER A METGES/SES
RESIDENTS/ES DE MEDICINA FAMILIAR I
COMUNITÀRIA

Doctoranda: Sara Anna Davies Daunas

Director/s:

Josep Maria Bosch Fontcuberta

Xavier Mundet i Tudurí

Maria Rodríguez Barragán

Tutor:

Albert Selva O'Callaghan

Programa de Doctorat en Medicina

Departament de Medicina

Universitat Autònoma de Barcelona

Barcelona, 2025

AGRAÏMENTS

Vull agrair a moltes persones el suport i l'acompanyament que m'han donat durant tot el temps que ha durat aquest projecte. No em voldria deixar a ningú, i l'ordre en què ho exposaré no denota el grau d'importància que puguin tenir.

Primer de tot, als meus directors.

Josep M Bosch, gràcies per motivar-me a començar aquest projecte, per estar al meu costat en cada pas, per aconsellar-me, per col·laborar, per la teva disponibilitat, per ser un exemple a seguir i per tot.

Xavier Mundet, gràcies pel teu input des d'una perspectiva metodològica, pel teu suport, i per donar impuls perquè el treball de camp del projecte es pogués dur a terme a la Unitat Docent multiprofessional familiar i comunitària, de Barcelona ICS.

Maria Rodríguez, tot i la teva recent incorporació, t'estic molt agraïda per ajudar-me en la redacció final, donar-me idees, estar disposada a col·laborar en la recta final, i ser honesta des d'una visió més externa, que no coneixia tot el recorregut del projecte.

Parlant de la Unitat Docent, vull agrair a la Sandra Sáez tota la logística que ha fet possible tenir els participants: la difusió, permisos, reserves d'aula per fer els vídeo-enregistraments... gràcies.

També a la Maribel Fernández, que fins fa uns mesos era la tècnica de salut que ha seguit tot el projecte, aconsellant-me des d'un punt de vista metodològic.

Als dos tècnics de salut de la USR (unitat de suport a la recerca) de la Metropolitana Nord, Josep M Manresa i Maria Íñiguez, que s'han embarcat en aquesta aventura en els últims mesos, fent tot l'anàlisi dels resultats i brindant-me molta disponibilitat i ajuda. Moltes gràcies per tot.

A l'equip de recerca de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu, ECONSAP (Maite Peñarrubia, Montserrat Gil, Carmen Corral...) i a la investigadora principal Maria Rubio, d'un projecte pioner per impulsar més presa de decisions compartida i aconseguir que hi hagi més iniciació quan es prescriu un tractament. Gràcies per confiar en mi per poder col·laborar en la docència a diferents centres d'atenció primària de Catalunya.

Al grup Comunicació i Salut de la CAMFiC, per confiar en mi, juntament amb el Josep M, per impartir un taller de presa de decisions compartida (PDC) a les jornades Jordi Cebrià (de comunicació).

I al grup de la SEMFyC, a la xarxa d'investigació, per seleccionar el meu projecte per a la Beca Francesc Borrell 2022, pels seus consells sobre l'estudi, i per escollir el taller de PDC impartit als congressos nacionals de Comunicació i Salut, amb Josep M Bosch, Sònia Cibrián i Clara Puértolas.

També als experts del grup que no van dubtar en donar-me la seva opinió: Nieves Barragán, Juanjo Ortuella, Juan Carlos Arbonies, Jesús Novo, Francesc Borrell, Manu Campíñez, Roger Ruiz, Ana Carvajal i Luis Angel Pérula.

A la Valeria Pacheco, per la seva traducció de l'escala OPTION⁵.

A la Clara Puértolas, per voler impartir tallers sobre PDC i fins i tot atrevir-nos amb PDC combinada amb entrevista motivacional als congressos nacionals. I sobretot per analitzar una part del treball de camp, que sense la seva aportació no hagués estat possible acabar.

A la Sònia Cibrián i a la Míriam Ruiz, per participar com a pacients simulades en el meu projecte.

A la Lola, la meva sogra, sempre disposada a ajudar-nos quan ho necessitàvem perquè jo pogués escriure la tesi o acudir a llocs per fer el treball de camp.

A la meva mare, Carme, a qui no puc agrair prou tot el que fa per mi. Gràcies al teu suport i motivació, així com els teus consells, he pogut arribar fins aquí: metgessa de família i realitzant aquest projecte per a ser doctora. Gràcies per cuidar-me a mi, a l'Èric, i per ser sempre allà per donar-me una empenta quan l'he necessitada per seguir endavant.

Al Ferran, gràcies per ser la meva parella, el meu marit, el meu amic, un pare excepcional... No hi ha prou paraules per agrair-te el teu suport, sense qüestionar-me, motivant-me per seguir endavant, i per ser sempre al meu costat.

I finalment, a l'Èric, el meu fill de 3 anys, per acompanyar-me a fer part del treball de camp a la panxa, i en els últims mesos, per comprendre a la teva manera que la mama estava fent un treball molt important.

Llistat d'Abreviatures

ABVD = activitats bàsiques de la vida diària

ACA = assaig clínic aleatoritzat

ACxFA= arrítmia cardíaca per fibril·lació auricular

ACOE = avaluació clínica objectiva estructurada

AHRQ = Agència per a la recerca i qualitat sanitària dels EEUU

AIVD = activitats instrumentals de la vida diària

AiF = audit i feedback

AP = atenció primària

AQuAS = Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

CAMFiC = Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària

CCI = coeficient de correlació intraclasse

DECIs= *decision suport interventions*

DM2 = Diabetis Mellitus tipo 2

DSAT= *decision support analysis tool*

EAD = Eines d'ajuda a la Decisió

EC = entrevista clínica

ECP = entrevista centrada en el pacient

EM = entrevista motivacional

EMC = educació mèdica continuada

FANV = fibril·lació auricular no valvular

FG = filtrat glomerular

GC = grup control

GI = grup intervenció

GPC = guies de pràctica clínica

HbA1c = hemoglobina glicosilada

HBP = hiperplàsia benigne de pròstata

HD = higiènic-dietètics

HTA = hipertensió arterial

IA = intel·ligència artificial

IC = Interval de confiança

ICS = Institut Català de la Salut

ID = identificador únic

IMC = índex de massa corporal

IP = investigadora principal

IPDAS = *International Patient Decision Aids Standards*

MBE = medicina basada en l'evidència

MF = medicina de família

MFIC = medicina familiar i comunitària

NICE = *National Institute for Health and Care excellence*

OMS = Organització Mundial de la Salut

OR = *odds ratio*

PDC = Presa de Decisions Compartida

PE = Pacient Estandarditzat

PS = Pacient Simulat

PSA = *prostate specific antigen*

SDM = *Shared Decision Making*

SDM-Q-9 = *Shared Decision Making questionnaire 9 items*

SDM-Q-Doc = *Shared Decision Making questionnaire doctor version*

SEMFyC = Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària

SM = salut mental

STC = síndrome del túnel carpià

S2C = *SHARE to care*

TDC-C-9 = toma de decisiones compartida cuestionario de 9 ítems

QDOC = cuestionario de toma de decisiones compartida versión para el médico

UD = unitat docent

VE = vídeo-enregistrament

VN = valor normalitzat

Índex de figures

Figura 1. Àmbits d'estudi de la bioètica _____	20
Figura 2. Piràmide de Miller _____	29
Figura 3. S.M.A.R.T. Formació integral en l'educació mèdica. Elaboració pròpia. _____	33
Figura 4. Passos bàsics de l'entrevista motivacional _____	37
Figura 5. Sinèrgia entre EM i PDC. Adaptat del llibre d'Elwyn et al, <i>Shared decision making in Healthcare</i> _____	39
Figura 6. Beneficis d'una bona comunicació en el context d'una PDC efectiva _____	44
Figura 7. Resultats obtinguts d'una bona comunicació en el context d'una PDC efectiva _____	44
Figura 8. Barreres percebudes per a pacients i professionals per implementar la PDC _____	47
Figura 9. Les 3 preguntes _____	48
Figura 10. Estàndards marcats per l'IPDAS per a les eines d'ajuda a la decisió _____	51
Figura 11. Model de les tres converses d'Elwyn et al 2012 _____	58
Figura 12. Model Ment Compartida de <i>Epstein</i> i les seves implicacions per a la pràctica clínica _____	61
Figura 13. Procediment de traducció de l'escala OPTION ⁵ recomanat pels autors originals _____	74
Figura 14. Període de desenvolupament del present projecte _____	79
Figura 15. Material necessari per al curs formatiu en PDC i per als vídeo-enregistraments _____	90
Figura 16. Distribució de participants segons el sexe i l'any de participació _____	103
Figura 17. Diagrama de flux de participació _____	104
Figura 18. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari TDC-C-9 abans i després de la intervenció, segons grup _____	110
Figura 19. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari QDOC abans i després de la intervenció, segons grup _____	111
Figura 20. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari OPTION ⁵ abans i després de la intervenció, segons grup _____	112
Figura 21. Comparació de la duració dels VE abans i després de la intervenció, segons grup _____	113
Figura 22. Gràfic de caixes que compara resultats dels 3 qüestionaris, abans i després de la intervenció i segons grup _____	114
Figura 23. Gràfic de dispersió entre la duració de la consulta i els resultats de l'OPTION ⁵ , en el moment previ a la intervenció _____	117
Figura 24. Gràfic de dispersió entre la duració de la consulta i els resultats de l'OPTION ⁵ , en el moment posterior a la intervenció _____	118

Figura 25. Comparació de les respostes obertes codificades a la pregunta «Quina decisió es va prendre?» del TDC-C-9, abans (PRE) i després (POST) de la intervenció _____	121
Figura 26. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la primera pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quin va ser el motiu pel qual el pacient va acudir a consultar amb vostè?» _____	123
Figura 27. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la segona pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quina decisió es va prendre?» _____	124
Figura 28. Modelo de las tres entrevistas / conversaciones según Elwyn et al. _____	198
Figura 29. Eina d'ajuda a la decisió sobre inici d'estatines. Extret del programa de decisions compartida de la Mayo Clinic al 2018 _____	224
Figura 30. EAD sobre els diferents tractaments farmacològics per a la Depressió. Extret de www.carethatfits.org _____	227
Figura 31. EAD per medicaments a la diabetis. Extret de www.carethatfits.org _____	229

Índex de taules

Taula 1. Possibles línies d'investigació en Entrevista Clínica	19
Taula 2. Diferències entre estudis quantitatius i qualitatius, adaptat de Bosch et al.	20
Taula 3. Avantatges d'utilitzar pacients estandarditzats en l'educació mèdica	26
Taula 4. Comparació entre pacient simulat (PS) i pacient estandarditzat (PE)	27
Taula 5. Esperit de l'entrevista motivacional i els seus quatre passos bàsics	37
Taula 6. Habilitats comunicatives essencials per a una entrevista motivacional efectiva	37
Taula 7. Models de relació clínica metge-pacient	43
Taula 8. Comparació entre DESI i EAD	52
Taula 9. Resum del model de les tres converses, <i>Elwyn et al. 2017</i>	59
Taula 10. Passos del model SHARE	60
Taula 11. Passos recomanats per aplicar la PDC a la pràctica clínica segons <i>Montori et al</i>	62
Taula 12. Comparació entre els qüestionaris SDM-Q-9 i SDM-QDOC	66
Taula 13. Variables de l'estudi	83
Taula 14. Diferències entre el contingut habitual del curs d'EC i la versió amb el programa de PDC incorporat	86
Taula 15. Traducció final de l'escala OPTION ⁵ al castellà	95
Taula 16. Fiabilitat interobservador (CCI) en la primera ronda d'avaluació	100
Taula 17. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 1a i la 2a ronda d'avaluació	101
Taula 18. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 2a ronda d'avaluació	101
Taula 19. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 2a i la 3a ronda	101
Taula 20. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 3a ronda d'avaluació	102
Taula 21. Distribució per edat i sexe segons grup (control, intervenció i total)	103
Taula 22. Nombre total de VE realitzats en cada moment temporal i per a cada grup d'estudi	105
Taula 23. Mitjanes i desviacions estàndard (DE) de les puntuacions obtingudes en cada qüestionari en el moment basal, abans de la realització del curs	106
Taula 24. Estudi de comparabilitat basal	108
Taula 25. Resultats dels qüestionaris i de la duració de la consulta: mitjana, desviació estàndard i IC del 95%. Comparació per grups i per moment	109
Taula 26. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari TDC-C-9 i comparació de l'evolució entre grups	110
Taula 27. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari QDOC i comparació de l'evolució entre grups	111
Taula 28. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari OPTION ⁵ i comparació de l'evolució entre grups	112

Taula 29. Evolució abans-després de la duració dels VE i comparació de l'evolució de la duració entre grups _____	113
Taula 30. Desglossament per ítems dels qüestionaris que a l'estudi de comparabilitat basal resultaven estadísticament significatius _____	115
Taula 31. Comparació de les mitjanes per ítems (independentment del grup) , abans i després de la intervenció del qüestionari OPTION ⁵ i la significació estadística de l'evolució _____	116
Taula 32. Correlació entre la duració de la consulta i els resultats del qüestionari OPTION ⁵ _____	117
Taula 33. Coeficients de correlació entre els qüestionaris TDC-C-9, QDOC i OPTION ⁵ _____	118
Taula 34. Comparació de puntuacions entre observadors amb l'escala OPTION ⁵ _____	119
Taula 35. Model de les 3 converses _____	223
Taula 36. EAD per decidir si iniciar o no l'anticoagulació en pacients amb FANV, i en cas afirmatiu, quin tipus. Extret de https://decisionaid.ohri.ca/ i traduït al català _____	232
Taula 37. EAD per decidir quin tipus de tractament seguir en homes amb Hiperplàsia Benigna de Pròstata (HBP) _____	234
Taula 38. EAD per decidir entre dues opcions de tractament farmacològic en homes amb HBP _____	235
Taula 39. EAD per decidir entre diferents opcions de tractament en el Síndrome del Túnel Carpià. Extret de https://decisionaid.ohri.ca/ i traduït al català _____	240

ÍNDEX DE CONTINGUT

RESUM	15
ABSTRACT	16
1. INTRODUCCIÓ	17
1.1 Importància de la investigació clínica	17
1.1.1 General	17
1.1.2 Entrevista clínica i comunicació assistencial	18
1.1.2.1 Importància de la bioètica	20
1.2 Presa de decisions compartida	22
1.3 Educació mèdica i models d'ensenyament	23
1.3.1 Aprenentatge / Educació en adults	23
1.3.2 El <i>feedback</i> (retroalimentació)	23
1.3.3 Educació mèdica continuada	24
1.3.4 Pacient estandarditzat i pacient simulat	25
1.3.5 Piràmide de Miller	28
1.3.6 Models de comunicació assistencial	29
1.3.6.1 Consell mèdic habitual	30
1.3.6.2 Comunicació centrada en el pacient	30
1.3.7 Valor de la docència en comunicació/entrevista clínica	32
1.3.8 Entrevista clínica	33
1.3.9 Entrevista motivacional	34
1.3.9.1 Eines d'aprenentatge	35
1.3.9.2 L'Entrevista Motivacional	36
1.4 Què és la Presa de Decisions Compartida?	40
1.4.1 Cronologia	40
1.4.2 Concepte	41
1.4.3 Beneficis d'aplicar la presa de decisions compartida	43
1.4.4 Facilitadors i barreres, percebudes i existents, per implementar la presa de decisions compartida	45
1.4.5 Les 3 preguntes / pacients	47
1.4.6 Factors claus per a la implementació rutinària de la presa de decisions compartida	49
1.4.7 Aplicabilitat de la presa de decisions compartida	49

1.4.8	Intervencions de suport a la decisió per a pacients – eines d'ajuda a la decisió	50
1.4.9	Situacions comunes en l'atenció primària apropiades per aplicar la presa de decisions compartida	53
1.4.10	Exemples d'ús de les eines d'ajuda a la decisió en diferents patologies	53
1.5	Importància d'ensenyar el model de la presa de decisions compartida	55
1.5.1	Consens de Kalamazoo	56
1.5.2	Marc de SEGUE	56
1.5.3	Guia de Calgary-Cambridge	56
1.5.4	El model Integratiu de la presa de decisions compartida	57
1.5.5	<i>Three talk model</i> (Model de les tres converses)	57
1.5.6	El model de deliberació col·laborativa	59
1.5.7	El model SHARE	60
1.5.8	Ments Compartides (<i>Shared Mind</i>)	60
1.5.9	La Presa de decisions compartida com a manera de cuidar	61
1.6	Mesures/qüestionaris per determinar l'aplicació de la presa de decisions compartida a les consultes	63
1.6.1	Decision suport analysis tool (DSAT)	64
1.6.2	CollaboRATE	65
1.6.3	PICS (Perceived Involvement in Care Scale)	65
1.6.4	MAPPIN'SD (multifocal approach to sharing in shared decision making) – O (observer) – dyad	65
1.6.5	CICCA-D (conectar, identificar, comprendre, acordar, ajudar – Decisión)	65
1.6.6	SDM-Q-9 i SDM-QDOC (Shared Decision Making questionnaire)	66
1.6.7	Escala observador OPTION	67
1.7	Projectes d'implementació de la presa de decisions compartida	68
1.7.1	Programa MAGIC Regne Unit	68
1.7.2	Exemple hospital d'Alemanya on s'ha implantat la presa de decisions compartida	69
1.7.3	Projecte Decisions Compartides AQuAS - GENCAT	69
1.7.4	Projecte Iniciadors (Catalunya)	70
2.	JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI	71
3.	HIPÒTESI	72
4.	OBJECTIUS	73

4.1	Objectiu Principal	73
4.2	Objectius Secundaris	73
5.	MATERIAL I MÈTODES	74
5.1	1ª fase	74
5.2	Disseny	74
5.3	Traducció i adaptació transcultural de l'escala Observer OPTION ⁵	74
5.4	Validació preliminar de la traducció del Observer OPTION ⁵	77
5.5	2ª fase	79
5.6	Disseny i període de realització	79
5.7	Població d'estudi	80
5.7.1	Criteris d'inclusió	80
5.7.2	Criteris d'exclusió	80
5.7.3	Mida de la mostra i procediment de mostratge	80
5.7.3.1	Assignació de grups	81
5.8	Variables	83
5.8.1	Variables d'exposició/independents	84
5.8.1.1	Característiques sociodemogràfiques	84
5.8.1.2	Cas simulat per la consulta simulada	84
5.8.1.2.1	Elecció i formació de les pacients simulades (PS)	84
5.8.1.3	Creació d'un programa formatiu en presa de decisions compartida	85
5.8.2	Variables de resposta/dependents	87
5.8.2.1	Variables per mesurar l'aprenentatge	87
5.8.2.1.1	Instruments utilitzats	87
5.8.3	Material necessari	89
5.8.3.1	Recursos per a la implementació del programa formatiu:	89
5.8.3.2	Recursos per la realització dels vídeo-enregistraments (VE):	89
5.9	Anàlisi estadística	91
5.10	Consideracions ètiques	92
6.	RESULTATS	93
6.1	1a fase	93
6.2	Traducció qüestionari de l'observador OPTION ⁵	93
6.2.1	Plantilla de Puntuación de la Escala del Observador OPTION ⁵	94

6.3	Validació preliminar de la traducció del qüestionari Observador OPTION⁵	95
6.3.1	Valoració per part dels experts sobre la traducció de la escala OPTION ⁵	95
6.3.1.1	Ítems	96
6.3.1.2	Puntuació	98
6.3.1.3	Manual	98
6.3.1.4	Ús a la pràctica clínica	99
6.3.2	Càlcul del Coeficient de Correlació intraclasse (CCI)	99
6.3.2.1	1a ronda	99
6.3.2.2	2a ronda	100
6.3.2.3	3a ronda	101
6.4	2a fase	103
6.5	Característiques basals dels participants	103
6.6	Diagrama de flux	104
6.7	Video-enregistraments realitzats	105
6.8	Respostes inicials dels qüestionaris autoadministrats (TDC-C-9 i QDOC) i qüestionari de l'observador (OPTION⁵)	106
6.9	Estudi de comparabilitat basal	108
6.10	Evolució resultats qüestionaris i la duració del temps de consulta	109
6.11	Desglossament per ítems dels resultats dels qüestionaris	115
6.12	Correlació entre qüestionaris i duració de les consultes	117
6.13	Comparació resultats OPTION⁵ entre observadors	119
6.14	Respostes qualitatives de les preguntes obertes dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC	120
6.14.1	Qüestionari TDC-C-9	120
6.14.2	Qüestionari QDOC	122
7.	DISCUSSIÓ	126
7.1	Introducció	126
7.2	Traducció de l'escala OPTION⁵	126
7.3	Resultats de la validació preliminar del OPTION⁵	128
7.3.1	Valoració de la traducció de l'escala de l'observador OPTION ⁵ per part dels experts	132
7.4	Programa de formació en presa de decisions compartida	133

7.5	Característiques basals dels participants /Participació/ Mostratge	135
7.6	Qüestionaris TDC-C-9, QDOC i OPTION⁵	137
7.6.1	Respostes obertes dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC	140
7.6.1.1	Qüestionari TDC-C-9	140
7.6.1.2	Qüestionari QDOC	141
7.7	Desglossament per ítems OPTION⁵	143
7.8	Comparació resultats OPTION⁵ entre observadors	144
7.9	Correlació entre resultats dels qüestionaris	145
7.10	Duració de la consulta	146
7.11	Limitacions	148
7.12	Fortaleses	152
8.	CONCLUSIONS	154
9.	LÍNIES DE FUTUR	155
9.1	Mida de la mostra	155
9.2	Instrument de mesura Observador OPTION ⁵	155
9.3	Qüestionaris de mesura – OPTION ⁵	156
9.4	Duració de la consulta	156
9.5	Resultats en salut	157
9.6	Pacients	157
9.7	Docència	158
9.8	Altres	159
10.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	160
11.	ANNEXOS	183
11.1	Annex 1	184
11.2	Annex 2	185
11.3	Annex 3	187
11.4	Annex 4	190
11.5	Annex 5	193
11.6	Annex 6	195

11.7	Annex 7	197
11.7.1	Introducció	197
11.7.2	Evaluació de la toma de decisions compartida en uno o varios encuentros	199
11.7.3	Evaluar la toma de decisiones compartida cuando hay múltiples decisiones en un encuentro	200
11.7.4	Observador OPTION ⁵ descripciones de puntuación.	201
11.7.4.1	Ítem 1 Hablar sobre las opciones: opciones alternativas. ¿Hasta qué punto el profesional presenta múltiples opciones?	201
11.7.4.2	Ítem 2 Team Talk: apoyar la deliberación / formar una alianza. ¿Hasta qué punto el clínico hace posible esta alianza, profundiza en ella?	204
11.7.4.3	Ítem 3 Option Talk: información sobre las opciones. ¿Hasta qué punto son descritas las opciones?	207
11.7.4.4	Ítem 4 Conversación sobre la decisión: obtener preferencias. ¿Hasta qué punto el clínico le pregunta al paciente sobre sus preferencias?	210
11.7.4.5	Ítem 5 Toma de decisiones: integración de las preferencias. ¿Hasta qué punto el profesional integra las preferencias del paciente en la decisión?	212
11.8	Annex 8	216
11.9	Annex 9	217
11.10	Annex 10	220
11.10.1	Consentiment informat per participar al projecte	220
11.10.2	Consentiment informat per fer el videoenregistrament	221
11.11	Annex 11	222
11.12	Annex 12	223
11.13	Annex 13	226
11.13.1	Cas 1. Depressió	226
11.13.2	Cas 2. Diabetis Mellitus tipus 2	228
11.13.3	Cas 3. Fibril·lació auricular no valvular	230
11.13.4	Cas 4. Hiperplàsia/hipertrofia benigne de pròstata	233
11.13.5	Cas 5. Síndrome del túnel carpià	237

RESUM

Introducció:

La presa de decisions compartida (PDC) és un dels pilars de l'entrevista clínica centrada en el pacient. Tot i l'evidència creixent sobre els seus beneficis, la seva docència durant la formació sanitària és encara limitada i poc estandarditzada. Per aquest motiu s'ha volgut avaluar si la incorporació d'un programa formatiu en PDC dins d'un curs existent d'entrevista clínica (EC) millora les habilitats comunicatives dels metges residents de medicina de família.

Metodologia:

Estudi pilot, experimental, longitudinal i amb grup control. Inclou metges residents de segon any de medicina de família que participen en un curs obligatori d'EC. El grup intervenció rep el mateix curs amb un mòdul específic sobre PDC integrat. Tots els participants realitzen una consulta simulada sobre la hipercolesterolèmia, que és vídeo-enregistrada. Les entrevistes simulades s'avaluen de manera autoadministrada amb els qüestionaris TDC-C-9 pels pacients i QDOC pels professionals. L'escala OPTION⁵ s'aplica posteriorment per l'anàlisi dels vídeo-enregistraments per dos observadors. Aquesta escala es tradueix de l'anglès al castellà i es valida preliminarment.

Resultats:

Participen un total de 72 residents: n=32 al grup control i n=40 al grup intervenció. La comparació basal mostra que no hi ha diferències significatives entre grups. El grup intervenció presenta una millora marginalment significativa en el TDC-C-9 ($p=0,052$) respecte el grup control, mentre que el QDOC i l'OPTION⁵ mostren millores significatives en ambdós grups (sense diferències entre sí). La duració de la consulta es manté estable. S'observen correlacions febles entre l'OPTION⁵ i la duració de la consulta, així com entre els diferents qüestionaris. L'avaluació independent amb l'escala OPTION⁵ revela diferències sistemàtiques en la manera de puntuar entre observadors.

Conclusions:

Integrar la PDC en la formació en entrevista clínica és viable i contribueix a millorar les habilitats comunicatives dels metges residents. Aquest enfocament pot afavorir una pràctica assistencial més centrada en el pacient. La milloria observada no discrimina entre ambdós grups, fet que suggereix la necessitat de posteriors modificacions en el disseny formatiu específic per la PDC. Es recomana que l'ús de l'escala OPTION⁵ es faci amb dues persones avaluadores simultàniament per garantir una major fiabilitat.

ABSTRACT

Introduction:

Shared decision-making (SDM) is one of the pillars of the patient-centered clinical interview. Despite the growing evidence on its benefits, its teaching during healthcare training remains limited and poorly standardized. Therefore, this study aims to assess whether the incorporation of an SDM training program into an existing clinical interview course improves the communication skills of family medicine residents.

Methodology:

Design of a pilot, experimental, longitudinal study with a control group. It includes second-year family medicine residents participating in a mandatory clinical interview course. The intervention group receives the same course with an integrated specific module on SDM. All participants conduct a simulated consultation on hypercholesterolemia, which is video-recorded. The simulated interviews are self-assessed using the SDM-Q-9 questionnaire for patients and the SDM-Q-DOC for professionals. The OPTION⁵ scale is later applied by two independent observers for video analysis. The scale is translated from English to Spanish and preliminarily validated.

Results:

A total of 72 residents participate: n = 32 in the control group and n = 40 in the intervention group. The baseline comparison shows no significant differences between groups. The intervention group shows a marginally significant improvement in the SDM-Q-9 ($p = 0.052$) compared to the control group, while both the SDM-Q-DOC and the OPTION⁵ show significant improvements in both groups, with no differences between them. The duration of the consultation remains stable. Weak correlations are observed between the OPTION⁵ and the consultation duration, as well as between the different questionnaires. The independent evaluation using the OPTION⁵ scale reveals systematic differences in scoring between observers.

Conclusions:

Integrating SDM into clinical interview training is feasible and contributes to improving the communication skills of family medicine residents. This approach may promote more patient-centered care. The observed improvement does not discriminate between groups, suggesting the need for further modifications in the specific SDM training design. It is recommended that the OPTION⁵ scale be used by two simultaneous evaluators to ensure greater reliability.

1. INTRODUCCIÓ

*Si vols anar de pressa, ves sol;
si vols arribar lluny, ves acompanyat.*

— Proverbi africà

1.1 Importància de la investigació clínica

*La medicina basada en proves comença amb preguntes,
continua amb recerca i acaba amb millor atenció.*

— David Sackett

General

En la pràctica clínica, els professionals han de prendre decisions complexes integrant coneixements clínics, preferències dels pacients i recursos disponibles. Per assegurar una atenció de qualitat, aquestes decisions han d'estar fonamentades en evidència científica procedent de la recerca clínica i epidemiològica (1).

Aquest enfocament s'inscriu dins la **medicina basada en l'evidència (MBE)**, entesa com l'ús conscient i crític de la millor evidència per prendre decisions clíniques (2–4). La MBE es fonamenta en **tres pilars**: evidència científica, experiència clínica i valors/preferències del pacient. No es tracta d'aplicar l'evidència de manera automàtica o generalitzada, sinó d'adaptar-la a cada cas concret, tenint en compte les particularitats de cada situació clínica i les preferències del pacient.

Quan hi ha **múltiples opcions vàlides**, la presa de decisions compartida (PDC) és clau per traduir la MBE a la pràctica real.

Els estudis pilot serveixen per avaluar la viabilitat del disseny d'un estudi. També ajuden a identificar els components clau d'una intervenció, comprovar la implementació dels instruments i estimar la variabilitat estadística necessària per detectar diferències entre grups (1,5–7).

D'aquí sorgeixen qüestions rellevants:

- La PDC millora realment els problemes de salut en atenció primària (AP)?
- Cal formar prèviament els professionals en habilitats comunicatives entorn a la PDC?
- Disposem d'instruments per mesurar la implementació de la PDC post formació?
- Podem crear una formació estandarditzada basada en l'evidència?
- Existeixen instruments de mesura en la nostra cultura i idioma? N'hi ha cap de referència – *gold standard*?
- Per què, tot i el reconeixement de la PDC com a pilar de l'atenció centrada en el pacient, costa tant aplicar-la, especialment quan l'entrevista motivacional ja està integrada en l'entrevista clínica?

Entrevista clínica i comunicació assistencial

En recerca clínica a l'Atenció Primària (AP), l'**estudi de l'entrevista clínica (EC) i la comunicació assistencial** és clau, ja que són competències centrals en Medicina de Família. Comprendre el **context biopsicosocial** del pacient és essencial per a un bon diagnòstic, tractament i relació clínica (8).

Els professionals sovint es plantegen qüestions que van més enllà de les guies o de l'experiència acumulada, com ara com gestionar pacients difícils, comunicar males notícies o afrontar interferències en la consulta (9). Aquestes inquietuds impulsen la recerca en comunicació clínica.

Estudis demostren que l'Atenció Centrada en el Pacient (ACP) millora la satisfacció, l'adherència al tractament i el maneig de problemes psicosocials i de salut mental (10). Igualment, l'Entrevista Motivacional (EM) ha mostrat eficàcia en la gestió de malalties cròniques com la hipertensió arterial (HTA), la diabetis mellitus (DM) i el tabaquisme. A Espanya, un estudi destacat mostra la factibilitat de formar professionals en EM per a pacients amb dislipèmia i prevenció primària (11–15). Els **objectius principals** de recerca en EC i comunicació són: millorar, ensenyar, integrar i avaluar aquestes habilitats, tant amb mètodes quantitatius com qualitius, i estudiar-ne l'impacte sobre salut i satisfacció dels pacients (8). A la Taula 1 es presenten les possibles línies d'investigació en EC:

Possibles línies d'investigació en EC	
Escolta activa	Salut Mental
Motivar canvis (EM)	Violència de gènere
Decisions compartides	Conflictes bioètica
Males notícies	Formació en EC
Final de vida	<i>Feedback</i> efectiu
Eutanàsia	Comunicació i intel·ligència artificial (IA)
Barreres en la comunicació	<i>Burn-out</i> i auto-cura
Barreres a la consulta	Establir vincle

Taula 1. Possibles línies d'investigació en Entrevista Clínica

El Grup Comunicació i Salut de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària (SEMFyC) i la *Red de investigación en Comunicación y Salud* (RICYS) (<https://comunicacionysalud.es/>) són referents estatals en aquest àmbit, promovent docència i recerca en comunicació clínica.

Tot estudi en comunicació clínica ha de complir criteris metodològics rigorosos, incloent un disseny adequat, una estadística correcta, un càlcul de mostra i el consentiment informat (8).

Finalment, els estudis poden ser quantitatius, qualitatius o mixtos. Els estudis mixtos són especialment útils per analitzar la comunicació clínica, ja que combinen rigor estadístic amb comprensió profunda dels processos comunicatius. Les diferències entre metodologies s'exposen a la Taula 2 (8):

	Estudis qualitatius	Estudis quantitius
Realitat	Única i objectiva	Dinàmica i múltiple
Objectius	Provar i confirmar hipòtesis	Explorar i comprendre fenòmens
Mètodes	Estructurats (qüestionaris, escales estandarditzades)	Semiestructurats (entrevistes, observacions, grups focals)
Disseny	Predeterminat i rígid	Flexible i adaptable
Procés	Deductiu (de la teoria a la prova)	Inductiu (del cas concret a la teoria)
Interès	Resultats i relacions causals	Procés més que resultats
Mostreig	Aleatori i representatiu per a generalitzar	Intencional, no aleatori, amb participants clau
Mida de mostra	Gran, calculada a priori	Petita, fins a saturació de dades
Anàlisi	Estadística i matemàtica	Descriptiu, interpretatiu, amb codificació de temes
Resultats	Numèrics, generalitzables	Contextuals i profunds
Validesa	Interna i externa, assegurada per disseny i estadística	Mitjançant triangulació i verificació dels participants

Taula 2. Diferències entre estudis quantitius i qualitatius, adaptat de Bosch et al.

Importància de la bioètica

L'ètica és una disciplina que ensenya a raonar la correcció d'una determinada acció, norma o actitud (16).

La bioètica és l'estudi de la conducta humana en ciències de la vida i sanitat, avaluada segons valors morals (17), que ajuda des dels anys 60, a aplicar principis ètics com l'**autonomia**, la **beneficència**, la **no maleficència** i la **justícia** a la pràctica clínica (18). També s'hi desenvolupen estudis específics, la Figura 1 en mostra els seus àmbits.

- Drets i deures en la relació metge-pacient
- Confidencialitat i consentiment informat
- Decisions sobre l'inici i el final de la vida
- Justícia en l'assignació de recursos sanitaris
- Impacte ètic de la recerca biomèdica i genètica
- Presa de decisions compartida i autonomia del pacient

Figura 1. Àmbits d'estudi de la bioètica

En Atenció Primària (AP), destaca especialment la **justícia social**, ja que aquest nivell assistencial és el més accessible i proper a tota la població, independentment de raça, gènere o nivell socioeconòmic (18).

La comunicació clínica requereix una base bioètica sòlida, i la recerca en aquest àmbit ha de garantir el respecte als participants (8). En la pràctica clínica, cal promoure una ètica propera que integri valors humanístics en l'atenció sanitària (16).

La deliberació, clau en aquest context, és un procés reflexiu per triar l'opció més adequada. Tal com apunta D. Gracia, la deliberació pot donar lloc a decisions diferents igualment vàlides (19).

L'ètica en l'àmbit institucional – la ètica de les organitzacions sanitàries

La bioètica institucional amplia la mirada des dels casos individuals fins a **estructures i polítiques sanitàries**, així com la responsabilitat de les **institucions**.

Segons *E. Emanuel*, cal una bioètica orientada a les organitzacions per analitzar l'impacte social de les decisions sanitàries (20,21), abordant temes com la transparència, la distribució equitativa de recursos, la cultura institucional i els valors de pacients i professionals, i així contribuir a sistemes més justos, efectius i humanitzats (22).

1.2 Presa de decisions compartida

*Escoltar és anticipar el que et diran,
i sorprendre's quan no coincideix*

— Francesc Borrell

La Presa de Decisions Compartida (PDC) és un model clau dins de l'Atenció Centrada en el Pacient (ACP), que integra evidència científica i preferències del pacient per promoure decisions informades, compartides i personalitzades (23–26). Millora la qualitat assistencial, la satisfacció, l'adherència al tractament i pot reduir costos i conflictes, així com l'ansietat del pacient davant de decisions complexes (8).

L'interès per la PDC ha augmentat per l'accés a informació mèdica (internet i xarxes digitals), la diversificació de tractaments i el desig de participació activa del pacient en la seva pròpia salut (27–29). Aporta beneficis tant a pacients —especialment amb baixa alfabetització sanitària— com a professionals (disminuint l'estrès i el *burnout*) (25,26).

Una decisió compartida, basada en l'evidència i els valors del pacient, afavoreix una atenció més personalitzada, informada i eficient (23,30,31).

1.3 Educació mèdica i models d'ensenyament

*Ensenyar no és transferir coneixement,
sinó crear les condicions perquè es produeixi l'aprenentatge*

— Paulo Freire

Aprenentatge / Educació en adults

L'estudi de l'aprenentatge ha passat del **conductisme** de Skinner, centrat en estímuls i reforços (positius o negatius) (32), a les **teories cognitives** de Bruner (33), Ausubel (34) i Piaget (35) que valoren els processos mentals interns (memòria, atenció o resolució de problemes). Vygotsky hi afegeix la **dimensió social** (36). Més recentment, s'ha destacat **l'aprenentatge significatiu, metacognitiu i experimental**, especialment en adults i en contextos professionals, remarcant la importància de connectar l'aprenentatge amb l'experiència, les emocions i la reflexió crítica.

Illeris (37) defineix l'aprenentatge com un **procés actiu amb tres dimensions**: contingut, motivació i interacció. L'educació d'adults, segons Knowles i Brookfield, ha de ser activa, rellevant i aplicable (38–40), amb **reforç positiu** com a eina clau. La comunicació fomenta l'aprenentatge compartit mitjançant la relació formador-discent.

Segons Roger Ruiz, en el seu llibre de *Educación Médica* (41), el **coneixement** s'adquireix escoltant o llegint, les **habilitats** observant i practicant, i les **actituds** mitjançant models conductuals. El component emocional i reflexiu consolida l'aprenentatge.

El *feedback* (retroalimentació)

El *feedback* és una eina essencial per a l'aprenentatge i el desenvolupament professional, especialment en educació mèdica. Es defineix com una informació personalitzada i basada en l'observació, útil per millorar el rendiment (42), amb impacte directe en la qualitat de l'atenció sanitària.

Per ser efectiu, ha de ser **immediat, específic, positiu i no amenaçador**, i s'ha d'oferir en un **entorn segur** on es normalitzi l'error com a part del procés d'aprenentatge (39,43–45). Els pacients també poden ser fonts valuoses de *feedback* (46).

Moltes habilitats comunicatives no s'adquireixen només amb teoria, sinó mitjançant pràctica i retorn. En aquest sentit, l'estratègia **Audit and Feedback** (A&F) ha demostrat ser eficaç: la revisió Cochrane de 2025, amb 292 assaigs clínics, confirma la seva utilitat per millorar l'adherència dels professionals sanitaris a pràctiques recomanades (47), sent a més rendible, sobretot gràcies a l'ús de dades electròniques (48).

Tanmateix, la implementació de l'A&F ha de ser **curosa**, controlant possibles efectes adversos i assegurant que s'aplica sobre pràctiques clíniques rellevants (47).

Els **factors que milloren l'efectivitat de l'A&F** inclouen:

1. *Feedback* individualitzat.
2. Comparacions amb referents o companys destacats.
3. Presentació interactiva del *feedback*.
4. Facilitació per una persona de confiança.
5. Acompanyament amb **plans d'acció concrets**.
6. Implicació activa del professional en la interpretació i aplicació del *feedback*.

L'A&F és més efectiu quan hi ha **marge de millora inicial** i s'integra dins **d'estratègies multifacètiques**, com formació o sistemes d'ajuda a la decisió (47).

Educació mèdica continuada

Des de fa dècades, es reconeix la necessitat d'un consens global en educació mèdica. El 1972 es crea l'**AMEE** (Association for Medical Education in Europe), amb membres de 90 països dels cinc continents i la revista *Medical Teacher* com a referència internacional (49,50).

L'**Educació Mèdica Continuada (EMC)** engloba activitats educatives destinades a mantenir, desenvolupar i millorar els coneixements, habilitats, pràctica clínica i competències relacionals dels professionals sanitaris. Es basa en coneixements àmpliament reconeguts dins de la medicina bàsica, clínica i la salut pública, i té com a objectiu garantir una assistència sanitària de qualitat i actualitzada.

Segons *Mazmanian i Davis* (51) hi ha vuit tipus d'intervencions a valorar:

1. Materials educatius (recomanacions clíniques)
2. Conferències i tallers
3. Trobades amb formadors
4. Opinió de col·legues

5. *Feedback* dels pacients
6. *Self-audit* i *feedback* (aprenentatge autoregulat)
7. Recordatoris d'activitats
8. Intervencions multifacètiques (combinació de les anteriors).

Les troballes clau inclouen:

1. **Avaluar necessitats prèvies** d'aprenentatge (52,53).
2. Oportunitats de **pràctica i interacció** (51,52,54).
3. Intervencions educatives **seqüencials i multifacètiques** (52,54).

No hi ha una estratègia única: les **estratègies actives i contextualitzades** són més efectives que les passives.

Segons *Cervero i Gaines* (55) la EMC millora sobretot el comportament clínic, i en menor mesura els resultats en salut. És més eficaç quan és:

- **Interactiva**: tallers, simulacions, *feedback* i aprenentatge basat en casos (*Problem Based Interviewing*)
- **Multifacètica**: que combina diversos mètodes i estratègies.
- **Prolongada i repetida**: sessions distribuïdes al llarg del temps.
- **Orientada a objectius clínics rellevants** per als professionals.

A més, les sessions seqüenciades tenen un impacte superior perquè permeten transferir l'aprenentatge a la pràctica, reforçar-lo i revisar-lo en trobades posteriors, fet que n'explica el seu èxit.

Pacient estandarditzat i pacient simulat

L'any 1964, el neuròleg i professor *Dr. Howard S. Barrows* va introduir per primera vegada la figura del **pacient estandarditzat (PE)** com a recurs docent per a alumnes de tercer any de medicina (56,57). Va desenvolupar un cas clínic simulat basat en un pacient real amb esclerosi múltiple i paraplegia, que els estudiants havien d'explorar mitjançant una Avaluació Clínica Objectiva Estructurada (ACOE), en anglès *Objective Structured Clinical Examinations – OSCE*. Durant aquestes proves, el PE interpretava diferents escenaris clínics, mentre que les habilitats comunicatives i clíniques dels estudiants eren avaluades mitjançant llistes de comprovació estructurades.

El mateix *Barrows*, en un article del 1968, conclou el següent (56), recollit a la Taula 3:

Avantatges de fer servir un PE	Aplicacions docents descrites (*)
<u>Eviten el risc pel pacient real</u> (l'estudiant pot cometre errors sense conseqüències)	Anatomia viva (identificar en persones reals les estructures estudiades en cadàvers)
<u>Permeten repetició i pràctica</u> (fins que l'estudiant domini les habilitats)	Tallers clínics (fins i tot en zones remotes sense pacients reals disponibles)
<u>Faciliten l'avaluació estandarditzada</u> (tots els estudiants poden enfrontar-se al mateix cas clínic)	Avaluació d'habilitats clíniques (observació i valoració de l'exploració)
<u>Fomenten la retroacció</u> (el PE pot donar <i>feedback</i> sobre el comportament i comunicació de l'estudiant)	Ús en Mitjans audiovisuals
<u>Afavoreixen un aprenentatge actiu i orientat a la pràctica</u>	

Taula 3. Avantatges d'utilitzar pacients estandarditzats en l'educació mèdica

(*) A tenir en compte que a l'article al qual es fa referència, és de 1968 i l'ús de PE era recent, 3 anys.

A partir de la segona meitat del segle XX, la necessitat d'avaluar el **rendiment com a competència** impulsa l'ús de les ACOE en l'ensenyament sanitari (58). Aquesta metodologia permet valorar competències clíniques en **situacions simulades**, com ara: comunicació clínica, presa de decisions, procediments tècnics, empatia i relació amb el pacient, aplicació pràctica del coneixement teòric.

L'ACOE consisteix en un **circuit d'estacions curtes**, on els estudiants realitzen tasques concretes (entrevista clínica, exploració, diagnòstic) davant un PE o escenari clínic simulat. Cada estació és estructurada i avaluada objectivament mitjançant rúbriques o llistes de verificació (59).

Els PE són útils per avaluar habilitats comunicatives, la recollida d'històries mèdiques i per **millorar la capacitat diagnòstica dels estudiants** (60).

“Una comunicació subòptima pot tenir conseqüències clíniques importants” (61). El PE s'ha consolidat com una eina pedagògica fonamental, especialment en àrees d'alta càrrega emocional com l'oncologia. Programes com **Oncotalk** han demostrat que el PE és útil per

entrenar habilitats comunicatives crítiques, com comunicar males notícies, gestionar l'esperança i practicar la PDC en situacions de final de vida (61,62). Aquests entrenaments permeten als professionals **practicar, rebre *feedback* estructurat i millorar l'empatia, la claredat i l'orientació al pacient**. Tot i haver estat creat per oncòlegs, aquest tipus de formació és plenament aplicable en especialitats com la Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), on sovint es poden presentar situacions i dilemes similars en l'atenció a pacients terminals.

Una evolució dels PE es presenta a l'estudi **VOICE (Values and Options in Cancer Care)** (63), un assaig clínic aleatoritzat que utilitza **pacients estandarditzats instructors (PEIs)**. Aquests PEIs no només interpreten casos clínics, sinó que també avaluen habilitats comunicatives i ofereixen comentaris detallats als oncòlegs participants.

Tot i que sovint s'utilitzen com a sinònims, **pacient simulat (PS)** i **pacient estandarditzat (PE)** no són exactament iguals. Segons *Barrows* (57) el PE és un concepte més ampli, que inclou tant actors com pacients reals entrenats per representar un cas clínic amb uniformitat i baixa variabilitat, fet clau per garantir la comparabilitat entre estudiants en contextos formatius o d'avaluació. Així, el PE es distingeix del PS principalment pel grau d'estandardització i per l'objectiu educatiu específic amb què s'utilitza (56,57,60,64–67).

Diversos recursos i articles (68–70), aborden aquestes diferències, i els **criteris comparatius** es poden consultar resumits a la Taula 4:

Aspecte	Pacient simulat	Pacient estandarditzat
Flexibilitat	Alta	Baixa (seguiment estricte)
Ús habitual	Formació pràctica	Avaluació (OSCE, estacions)
Fidelitat a l'escenari	Adaptable	Idèntica per tots els alumnes
Objectiu principal	Entrenament	Comparabilitat i equitat

Taula 4. Comparació entre pacient simulat (PS) i pacient estandarditzat (PE)

L'ús dels PE també s'ha estès a **entorns virtuals**, com la plataforma **WebEncounter**, que facilita la formació flexible i accessible, tot i que es recomana seguir investigant el seu impacte formatiu (71). El format en línia ofereix **avantatges importants**:

- Escalabilitat i flexibilitat organitzativa

- Accés a més PE
- Programació individualitzada
- Reducció de costos logístics

Tanmateix, cal seguir investigant com afecta aquesta modalitat la **qualitat de la interacció educativa**, la **transferència de coneixement a la pràctica clínica real** i l'**experiència formativa dels estudiants** (24,63,71).

Un estudi recent estatal indica que la formació en línia en Entrevista Motivacional és tan efectiva com la presencial (72), obrint oportunitats per aplicar aquest model també en formació en PDC.

Piràmide de Miller

El 1990, **George Miller** va proposar un nou model per avaluar les competències clíniques, conegut com la **Piràmide de Miller**. Va criticar que l'avaluació tradicional posava massa èmfasi en el coneixement teòric i no valorava prou el comportament dels estudiants en contextos clínics reals (58,73). *Miller* afirma que **cap mètode d'avaluació per si sol** pot captar la complexitat de la pràctica clínica. Segons ell, la competència professional requereix una combinació de diferents proves i observacions per poder fer un **judici global** (73).

Aquest model va suposar un **canvi de paradigma** respecte al model tradicional de l'**Informe Flexner** (1910), que havia impulsat una formació centrada en el coneixement científic i estructurat (58). Tot i que la Piràmide de Miller s'allunya del model flexnerià, el seu llegat encara marca l'educació mèdica moderna (74).

Ja en el moment de presentar el seu model, *Miller* destaca l'augment de l'ús dels pacients estandarditzats (PE) i de la simulació com a eines fonamentals per avaluar les competències clíniques en situacions pràctiques i realistes (73). A la Figura 2 es veu la piràmide de *Miller*, que consta de 4 nivells:

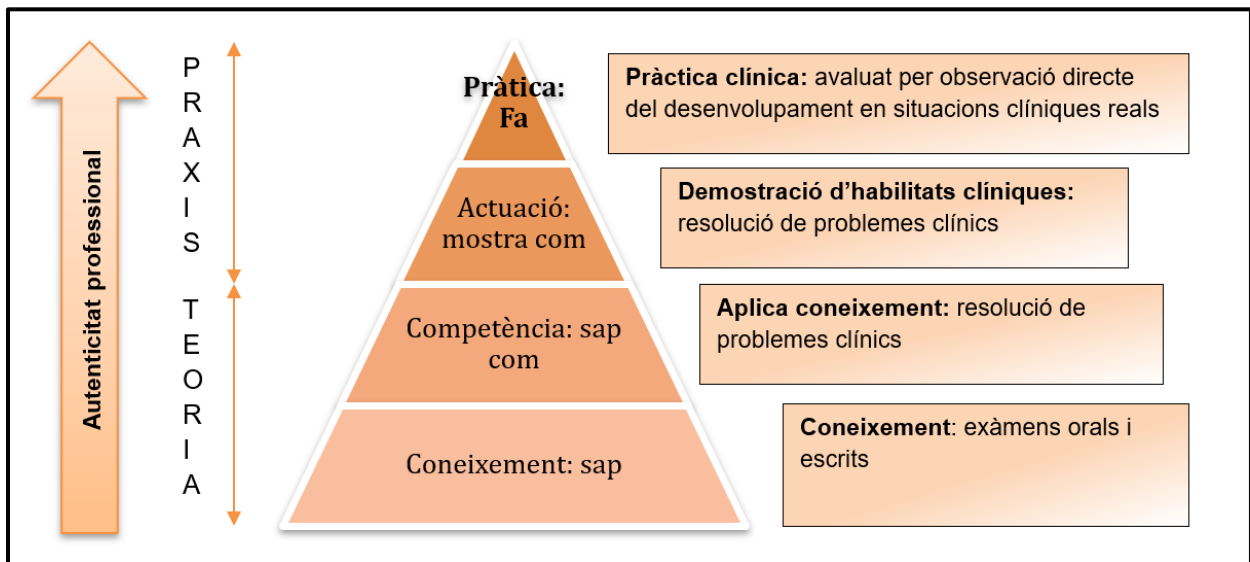


Figura 2. Piràmide de Miller

Els nivells inferiors de la Piràmide de Miller —“sap” (*knows*) i “sap com fer-ho” (*knows how*)— se centren en les **competències cognitives**, és a dir, el coneixement teòric i la seva aplicació a nivell conceptual.

En canvi, els nivells superiors —“mostra com ho fa” (*shows how*) i “ho fa” (*does*)— incorporen els **components conductuals del rendiment clínic**, ja que impliquen avaluar com l'estudiant actua realment, primer en entorns simulats (com amb PE) i finalment en la pràctica clínica real.

Aquest enfocament progressiu reflecteix la necessitat de passar del saber al fer a fer, integrant coneixement, habilitats i actituds en contextos cada cop més realistes i complexos (73).

Models de comunicació assistencial

La relació professional sanitari–pacient és una competència clínica essencial que integra habilitats comunicatives, actituds i valors, i facilita l'exercici d'altres competències com el diagnòstic i el tractament. Les habilitats relacionals són eines habituals en la pràctica mèdica, amb valor terapèutic i clau per a l'eficàcia professional (75).

Consell mèdic habitual

L'**aconsellament mèdic tradicional o directiu** és un estil de comunicació clínica en què el professional transmet instruccions de manera unilateral, assumint que el pacient seguirà les indicacions perquè confia en la competència i autoritat del professional, sense necessitat de diàleg o negociació (76). Característiques:

- L'enfocament és directiu i paternalista.
- El professional parla més que escolta.
- Es prioritza la informació per sobre de les preferències o barreres del pacient.
- El pacient assumeix un rol passiu i amb poca participació en les decisions.

Tot i que pot ser útil en situacions agudes o d'urgència, aquest model presenta limitacions importants en contextos de malalties cròniques, canvi d'hàbits de salut o decisions complexes, ja que no té en compte la motivació ni l'autonomia del pacient. L'evidència mostra que, sovint, el consell directiu no condueix a un canvi de conducta sostingut, i pot generar resistència o incompliment.

Comunicació centrada en el pacient

L'origen conceptual de la **comunicació centrada en el pacient (CCP)** es remunta a *Carl Rogers (1951)*, psicòleg humanista que va destacar l'empatia, l'acceptació incondicional i l'autenticitat com a bases d'una relació d'ajuda efectiva (77).

El metge *Michael Balint (78)* aplica aquests principis a la medicina general, afirmant que la relació clínica és una eina terapèutica i que cal tenir en compte la persona, no només la malaltia.

El model del *Dr Pendleton (1984–85) (79)* estructura la consulta en 7 principis, entre els quals destaquen:

- Comprendre la naturalesa del problema
- Considerar la perspectiva del pacient
- Capacitar-lo per escollir i gestionar accions apropiades

Aquests punts són fonamentals per a una bona PDC.

El model *Calgary-Cambridge* (80) aporta una guia estructurada per a la consulta clínica, mentre que el *CARE Measure* (81,82) avalua la percepció del pacient sobre l'empatia del professional. *Stewart et al.* (83) formalitzen el concepte de CCP, integrant les dimensions biològica, psicològica i social, i promovent la seva inclusió en els currículums mèdics (84). L'evidència mostra que la CCP millora l'adhesió al tractament, redueix conflictes i augmenta la satisfacció de pacients i professionals. El **model biopsicosocial** (85) representa la seva aplicació pràctica i humanista.

Finalment, el Dr. *Francesc Borrell* (86), recull al seu llibre sobre *Práctica Clínica Centrada en el Paciente* (PCCP), la teoria, avantatges i aplicació pràctica del model. La PCCP busca adaptar l'evidència científica a la realitat del pacient, per arribar a una comprensió i acció compartida sobre la malaltia i el seu tractament. En resum, la PCCP aconsegueix:

- Construcció d'una relació d'ajuda
- Intercanvi d'informació
- Ser conscients de la nostra resposta a les emocions
- Gestió de la incertesa
- La Presa de decisions compartida (PDC)
- Potenciar l'auto-cura del pacient

Més recentment, la PCCP s'ha consolidat com un estàndard docent i professional, adaptant-se als entorns digitals, integrant-se amb la PDC i posant un èmfasi creixent en la diversitat, l'equitat i el respecte per l'autonomia del pacient.

Valor de la docència en comunicació/entrevista clínica

Ja el 1989, el **Manual d'entrevista clínica** (EC) del Dr. Borrell, destacava que l'EC no es limita a recollir dades, sinó que busca establir una relació metge-pacient basada en la confiança i la cooperació, allunyada de l'autoritarisme (8,9). Segons aquest enfocament, l'EC:

- És una competència clínica clau.
- Facilita el desenvolupament d'altres competències.
- És l'eina més usada pel professional.
- Té poder terapèutic i es pot ensenyar i aprendre efectivament.
- Ajuda a prevenir errors clínics i pot tenir un efecte preventiu sobre el *burnout* del professional.

Segons Ruiz Moral et al. (2016) (87), la **comunicació clínica (CC)** és tant un mitjà instrumental com un fi en si mateixa, i està associada a millors resultats diagnòstics, menys proves innecessàries i més satisfacció i implicació del pacient. Això justifica que la CC sigui un **element central del currículum mèdic**, ensenyat amb simulació, *feedback*, pràctica repetida i reflexió guiada (després de trobades amb pacients reals o simulats, amb professors preparats i de manera continuada a llarg termini).

La comunicació es considera ja, al costat del coneixement, l'exploració física i la resolució de problemes, com una de les **competències horitzontals** de la medicina. No només perquè és l'eina més usada pel clínic al llarg de la seva carrera (entre 300.000 i 400.000 entrevistes), sinó perquè és en el context de la comunicació on s'apliquen la resta de les competències.

L'ensenyament de les habilitats comunicatives requereix mètodes didàctics específics, diferents del contingut clínic tradicional, i inclou tècniques com la **simulació clínica, jocs de rol i l'aprenentatge basat en problemes** (8,88). Aquest enfocament ha d'integrar aspectes cognitius, emocionals i ètics, assumint la comunicació com a eina transformadora en la relació humana dins l'atenció sanitària (88).

La Figura 3 mostra com hauria de ser una formació integral, representada per l'acrònim SMART. Tot i que inicialment aquest acrònim es va utilitzar com a eina per definir les característiques dels objectius d'un projecte de recerca (89), posteriorment s'ha adaptat i es recomana com a guia general en l'àmbit educatiu, inclosa l'educació mèdica (90–92). L'acrònim SMART estableix les bases per a la formulació d'objectius: **específics, mesurables, assolibles, realistes i amb un termini definit**.

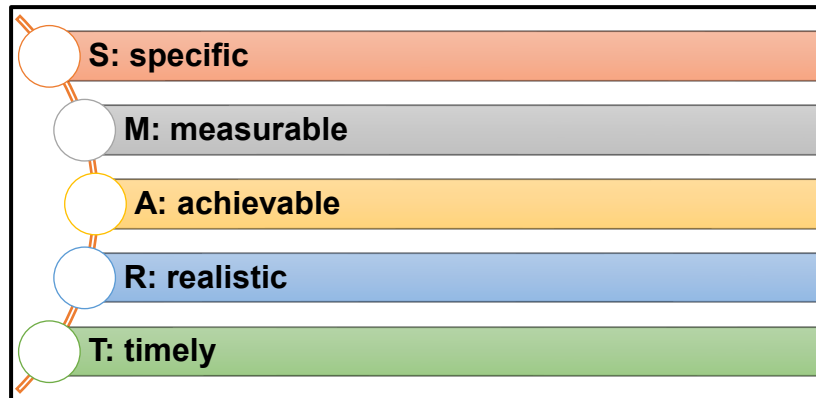


Figura 3. S.M.A.R.T. Formació integral en l'educació mèdica.
Elaboració pròpia

També és important que la formació en comunicació es pugui valorar de manera objectiva, amb escales com la CICAA (93,94) - nivell d'ACP, l'escala EVEM - grau d'Entrevista motivacional (EM) durant una consulta (13), i moltes d'altres.

El programa de l'especialitat de MFiC a Espanya exigeix l'ensenyament obligatori d'EC, habilitats comunicatives, *feedback*, EM, PDC i la integració del context biopsicosocial, tot des d'una pràctica deliberativa i reflexiva (88,95,96).

Entrevista clínica

El llibre **Entrevista Clínica: manual de estrategias prácticas**, del Dr. Francesc Borrell (9) és una guia fonamental per desenvolupar les habilitats comunicatives essencials en l'EC, des dels conceptes bàsics fins a aspectes més avançats. Inclou exemples pràctics per facilitar-ne l'aplicació en la pràctica sanitària diària.

Es destaca especialment la part resolutiva de l'entrevista, on es duu a terme la presa de decisions (prescripció, canvis d'hàbits, etc.). No obstant això, per una PDC eficaç, cal desplegar habilitats comunicatives durant tota l'entrevista. L'estructura resumida del manual i els elements clau són:

- **Capítol 1:** Iniciar una relació terapèutica (metge-pacient) basada en la confiança
- **Capítol 2:** Escoltar al pacient (part exploratòria – entrevista semiestructurada, la importància del primer minut (reconèixer el pacient simbòlicament), delimitar el motiu de consulta – mapa de demandes i queixes, escolta activa).
- **Capítol 3:** Dades de qualitat per a bons diagnòstics
- **Capítol 4:** Informar i motivar al pacient. Part resolutiva de l'entrevista: Informació clara i estructurada, motivació per a l'adherència, prescripció i explicació de l'evolució, comunicació de males notícies, aplicació de tècniques de motivació..
- **Capítol 5:** El pacient opina (clau per a decisions compartides i sostenibles).

Entrevista motivacional

Tot i que aquest estudi se centra en el model deliberatiu de la PDC —basat en el diàleg, la reflexió conjunta i el respecte als valors del pacient—, cal destacar que la seva aplicació es veu clarament reforçada per l'Entrevista Motivacional (EM). L'EM ofereix eines comunicatives essencials per:

- Crear un clima de confiança
- Explorar l'ambivalència davant del canvi
- Evocar la motivació intrínseca del pacient

Per això, tot i no ser el focus principal de la investigació, resulta pertinent incloure una pinzellada sobre l'EM, ja que en la pràctica clínica real, la PDC i l'EM són sovint indissociables, especialment en contextos de canvi de conducta o decisions complexes.

Eines d'aprenentatge

Diverses eines i metodologies han demostrat la seva eficàcia per fomentar l'aprenentatge en EM en l'àmbit mèdic (97) que podrien ser aplicables a la formació en PDC:

- **Classe magistral o conferència:** útil per la transmissió teòrica inicial
- **Formular preguntes:** estimula la reflexió crítica i el pensament actiu
- **Tallers:** Sessions participatives amb interacció pràctica (treball en grup, aplicació de conceptes). Combinen coneixement teòric amb experiència directa.
- **Role-play** (98–102): Aquest mètode fomenta l'aprenentatge experimental, afavoreix la reflexió crítica i potencia l'autoconeixement i l'autoeficàcia dels futurs professionals sanitaris. A més, és especialment útil per entrenar situacions complexes com la comunicació de males notícies, l'abordatge de pacients difícils o l'EM.
 - Simula situacions reals en un entorn segur.
 - Permet treballar habilitats comunicatives, empatia, presa de decisions, gestió de conflictes i emocions.
 - El *feedback* posterior és clau per consolidar aprenentatges
 - És una opció econòmica ja que són els mateixos alumnes qui assumeixen els rols, en comparació amb l'ús de PE (que acostumen a ser actors professionals externs) (103).
- **Estudi de casos:** reflexió de casos clínics i pensament crític (104).
- **Incident crític:** és una eina utilitzada en la formació de postgrau i en bioètica, especialment en la residència de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), mitjançant l'**Informe d'Incident Crític** (ICC). Permet als residents reflexionar sobre situacions significatives viscudes en la pràctica clínica o docent, afavorint l'autoconeixement, la consciència ètica i emocional, i la detecció d'àrees de millora. Aquesta reflexió estructurada esdevé una eina d'aprenentatge significatiu, autoregulació i *feedback* formatiu, i també contribueix a l'avaluació de competències professionals (105,106).
- **Recordatoris:** píndoles formatives. Unitats curtes i autònomes que es poden consumir ràpidament (vídeos, infografies o textos interactius). Fomenten l'aprenentatge continuat i accessible.
- **Feedback** docent (mencionat anteriorment). Pot ser individual, en grup, sincrònic o asincrònic.

- **Video-enregistrament (VE):**
 - Permet la revisió d'entrevistes reals o simulades (a posteriori, tant per part dels docents com dels mateixos estudiants) (107,108).
 - Afavoreix el *feedback* estructurat, la reflexió crítica i l'aprenentatge autoregulat.
 - Està integrat en programes formatius actuals i plataformes *d'e-learning* (71,84).
 - S'alinea amb el model del professional reflexiu de *Donald Schön* ("*the reflective practitioner*") (105).
- **PBI (Problem Based Interviewing):** (108).
 - Metodologia grupal que analitza VE per millorar la comunicació clínica.
 - Permet identificar i corregir hàbits disfuncionals, guiats per un expert.
- **Pacient Estandarditzat (PE):** Tractat anteriorment.

Aquest conjunt d'eines permet dissenyar **estratègies formatives riques i adaptables** per millorar la competència comunicativa i la presa de decisions clíniques, tant en l'àmbit presencial com virtual.

L'Entrevista Motivacional

L'Entrevista Motivacional (EM), desenvolupada per *Miller i Rollnick* (46), és una eina comunicativa centrada en el canvi personal, que reforça la motivació i compromís del pacient. És un complement molt útil a la PDC, especialment quan es necessita una implicació activa del pacient per assolir decisions sostenibles. La Taula 5 resumeix l'esperit de l'EM i les 4 tasques fonamentals per dur-la a terme:

L'ESPERIT DE L'EM	ELS 4 PASSOS DE L'EM
Col·laboració – Relació entre iguals, no jeràrquica.	1. Vinculació (<i>Engaging</i>): establir una relació de confiança i respecte mutu.
Acceptació – Respectar l'autonomia, valorar la persona.	2. Focalització (<i>Focusing</i>): acordar un objectiu comú o àrea de canvi.
Compassió – Posar-se al servei del benestar de l'altre.	3. Evocació (<i>Evoking</i>): fer emergir la motivació pròpia de la persona.
Empoderament – Confiar en els recursos i motivacions internes.	4. Planificació (<i>Planning</i>): definir un pla concret d'acció cap al canvi.

Taula 5. Esperit de l'entrevista motivacional i els seus quatre passos bàsics

L'Entrevista Motivacional (EM) es basa en **quatre processos principals** que, tot i presentar-se de forma seqüencial — (Figura 4) no segueixen una línia rígida en la pràctica clínica.



Figura 4. Passos bàsics de l'entrevista motivacional

Aquests passos poden superposar-se o alternar-se segons el ritme i estat motivacional del pacient, exigint flexibilitat i sensibilitat relacional per part del professional (46,109). A la Taula 6 es descriuen les habilitats comunicatives essencials per a una EM efectiva.

O (<i>open questions</i>)	Formular preguntes obertes - conviden a les persones a parlar
A (<i>affirming</i>)	Afirmació/validació (dels coneixements, de les emocions, de les reticències... del pacient)
R (<i>reflective listening</i>)	Escolta reflexiva. Comunicació empàtica.
S (<i>summarizing</i>)	Fer sumaris. Són conjunts de reflexions (que el professional recull durant l'entrevista)

Taula 6. Habilitats comunicatives essencials per a una entrevista motivacional efectiva

Dos principis fonamentals són:

- **Conscienciar sobre la discrepància** (entre valors personals i comportament actual del pacient). Aquesta tensió interna pot estimular la motivació per al canvi (46,109).
- **Mostrar empatia profunda**, no només simpatia, per connectar emocionalment amb la persona (109,110). Tal com apunta el *Dr. Borrell*, l'empatia requereix esforç i reconeixement actiu de l'altre com a persona amb emocions. Aquesta actitud afavoreix

tant el vincle terapèutic com l'eficàcia clínica, ja que permet adaptar les recomanacions als valors i circumstàncies del pacient (111).

Tal com es defineix sovint, ***l'empatia és la capacitat de veure el món a través dels ulls de la persona atesa, de posar-se en el seu lloc —figuradament parlant— i experimentar la realitat tal com ella la viu.***

La **EM** i la **PDC** comparteixen una base comuna: **situen la persona al centre** del procés clínic, reconeixent la seva capacitat per participar activament en les decisions. Quan es combinen, la conversa clínica deixa de ser merament informativa i es transforma en un espai de co-creació, on el pla d'acció s'elabora conjuntament, amb el compromís actiu del pacient. Com diuen *Miller i Rollnick* (46):

“No es pot considerar un pla com a tal fins que la persona no hi està compromesa (...), de manera que esdevingui el seu pla, no el del professional.”

Aquesta sinèrgia entre EM i PDC té un impacte positiu en l'adherència, la satisfacció i la qualitat de les decisions, especialment en contextos com la **prevenció, el maneig de malalties cròniques o el canvi d'hàbits de salut** (112–114). La Figura 5 mostra la interacció entre EM i PDC.

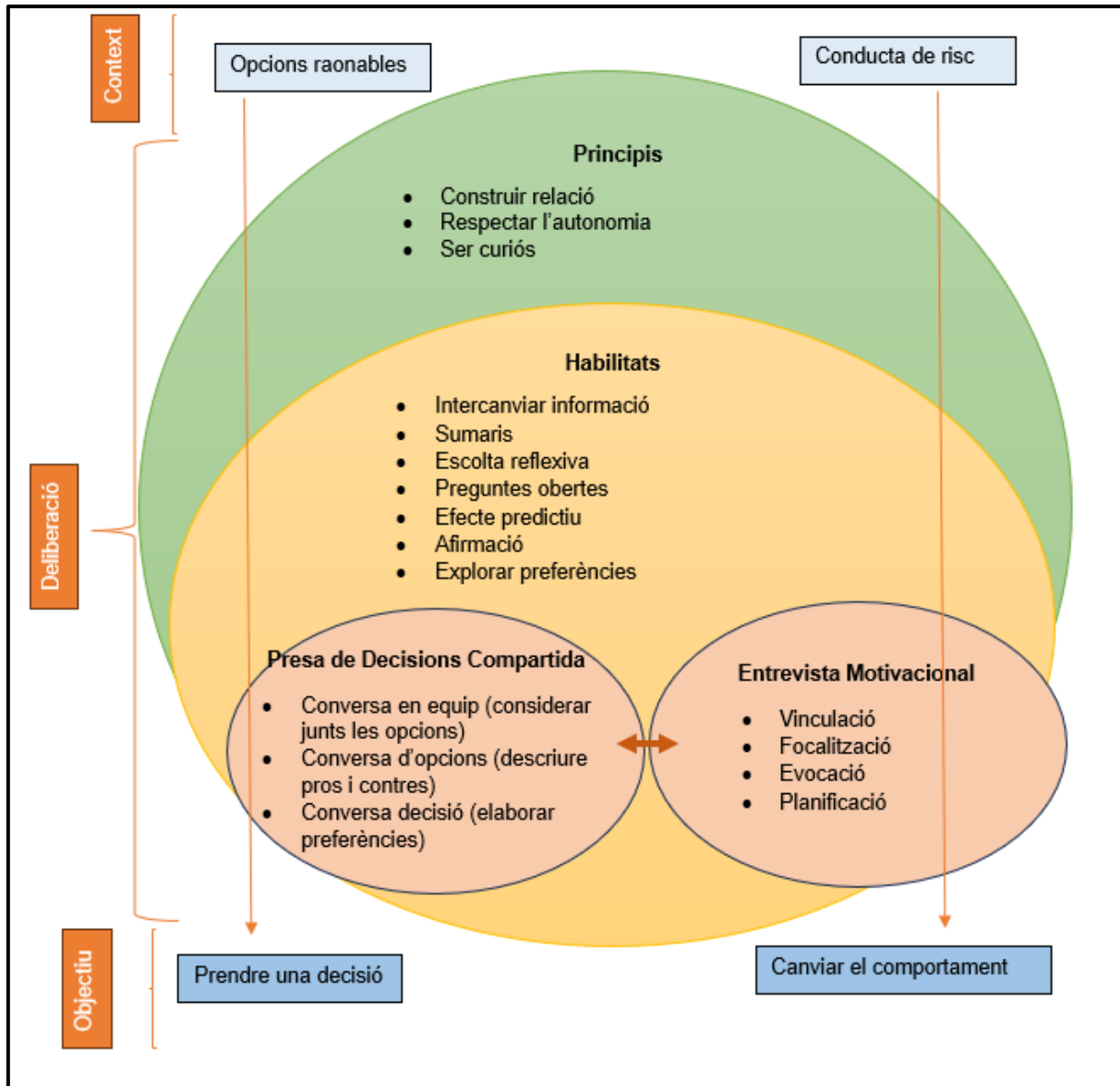


Figura 5. Sinèrgia entre EM i PDC. Adaptat del llibre d'Elwyn et al, *Shared decision making in Healthcare*

1.4 Què és la Presa de Decisions Compartida?

*La presa de decisions compartida és una expressió humana
de l'atenció solidària i curosa del pacient*

— Victor Montori

Cronologia

Per posar en context el model deliberatiu de la PDC, es fa un breu resum de la seva història des dels inicis fins l'actualitat.



La Presa de Decisions Compartida (PDC) ha passat de ser un concepte marginal a consolidar-se com una peça clau de l'atenció centrada en la persona (ACP).

- **Anys 1970–1980:** es comença a qüestionar el model mèdic paternalista. L'informe de la *President's Commission* (1982) promou una relació més col·laborativa entre metge i pacient, introduint les bases de la PDC (115).
- **Anys 1990:** es formalitza el model. *Charles, Gafni i Whelan* (1999) proposen una estructura basada en l'intercanvi d'informació, la deliberació conjunta i la decisió consensuada, amb èmfasi en la comunicació bidireccional i els valors del pacient (116).
- **Anys 2000-2010:** comença la implementació clínica activa de la PDC. *Glyn Elwyn* i col·laboradors desenvolupen models pràctics com el '**Three Talk Model**' per facilitar-ne l'aplicació (112,117).
- **2010 fins a l'actualitat:** la PDC s'ha consolidat internacionalment com una pràctica recomanada. Iniciatives com '**Share to Care**' a Alemanya (118,119), i nombroses guies clíniques n'impulsen la integració en diversos àmbits assistencials.

Concepte

La PDC ha estat definida de múltiples maneres, totes coincidint en la seva naturalesa col·laborativa. Segons *Elwyn et al.* (120,121), és un **procés de deliberació col·laborativa** entre pacient i professional, que combina informació accessible, valors i context personal per arribar a una decisió conjunta.

Altres autors descriuen la PDC com **una conversa profunda** entre clínic i pacient, on es **pensen, senten i exploren opcions** fins a trobar una solució intel·lectual, emocional i pràctica.

Hargraves i Montori aporten una visió encara més integrada, afirmant que la PDC no és un afegit, sinó el nucli del treball clínic, on es co-crea un pla que sigui sensat i adequat per a la realitat del pacient (122).

Segons l'Agència per a la Recerca i Qualitat Sanitària dels Estats Units (AHRQ) (121), la PDC és "*un procés col·laboratiu en què pacients i professionals sanitaris treballen junts per prendre decisions sobre l'atenció sanitària, informats per la millor evidència científica disponible, i que consideren les preferències i valors del pacient*".

El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del Regne Unit defineix la PDC com "*un procés conjunt en què un professional sanitari treballa amb una persona per arribar a una decisió sobre l'atenció. Implica escollir proves i tractaments basats tant en l'evidència com en les preferències, creences i valors individuals de la persona*" (123).

Aquest enfocament promou una **comunicació oberta i bidireccional**, millora la satisfacció, l'adherència i els resultats en salut, i es considera essencial per a l'Atenció Centrada en la Persona (ACP).

Recentment, s'ha incorporat la **família i/o cuidadors** a la PDC, donada la seva implicació en el procés. Per iniciar qualsevol tractament, cal que sigui **beneficiós** i que el pacient (o qui correspongui) el **comprengui i accepti mitjançant un consentiment informat** (124). Una vegada el pla de cures s'inicia, és necessari fer-ne una monitorització contínua, formant també una part integral de la PDC.

Històricament, la PDC es vincula a la protecció de l'autonomia del pacient i a la comprensió de les variacions en l'ús clínic (23). Actualment, es distingeix entre **autonomia obligatòria** (participació imposada) i **autonomia opcional**, on el pacient decideix el grau d'implicació i/o enfocament més recolzat per l'evidència (120).

Elwyn i col·laboradors han desenvolupat el model de **deliberació col·laborativa** com una evolució de la PDC, que té com a objectiu restaurar l'autonomia del pacient mitjançant una col·laboració activa i un procés que integra els components cognitius, emocionals i relacionals (26,120). Aquest enfocament reconeix que la PDC **no és només transmissió d'informació**, sinó un procés profund i reflexiu de decisió conjunta (24,120).

L'absència d'un **model clar** dificulta la implementació i l'avaluació de la PDC en la pràctica clínica. Per tant, és clau disposar d'eines que ajudin a gestionar la trobada entre el saber del pacient i el coneixement mèdic basat en l'evidència (MBE), amb l'objectiu de consensuar el millor pla terapèutic per a cada cas concret (24,120). Això inclou considerar factors psicosocials, valors i context personal, afavorint així la confiança mútua.

Les **habilitats comunicatives** del professional, moltes compartides amb l'EM, són essencials per aconseguir una PDC efectiva (9,125).

Es reforça així el vincle entre **PDC i MBE**, que han de ser vistes com a **aliades naturals**: la primera aporta humanització i adaptació al context, la segona aporta base científica. Com afirmen diversos autors: *“la MBE necessita la PDC i la PDC necessita la MBE”* (4,24,85,87,88,126).

Tot i l'evidència del seu valor, la PDC encara no s'adopta de manera generalitzada en la pràctica clínica (24,25,120). *Street* et al. destaquen set vies mitjançant les quals una **bona comunicació clínica** pot millorar els resultats en salut (30) que es detallen a continuació:

1. **Millora de l'accés al sistema sanitari** (ex. orientació, derivació)
2. **Facilita una comprensió compartida** entre pacient i professional (la qual pot ser difícil perquè metges i pacients sovint entenen la salut i la malaltia des de punts de vista diferents).
3. **Promou una aliança terapèutica sòlida** amb suport (interrelació entre el pacient, els professionals sanitaris, amics, família i cuidadors) i continuïtat (82).
4. Ajuda a **gestionar les emocions del pacient**, com l'ansietat o la por (127,128).
5. **Aprofita el suport social**, promovent la confiança del pacient.
6. Fomenta l'**“agència del pacient”** (*patient's agency*), empoderant-lo (46,129,130).
7. **Millora l'experiència clínica**, amb decisions més ajustades als valors del pacient, i mèdiques de més qualitat.

El model de *Charles et al.* (1999) (116) continua sent una base conceptual important. Reconeix que **la implicació del pacient pot variar**, i que el procés ha de ser flexible. Per exemple, un pacient pot desitjar participar activament en l'intercanvi d'informació sobre les opcions i compartir els seus valors i preferències, però preferir que sigui el professional qui prengui la decisió final. En canvi, d'altres poden adoptar un rol més passiu durant la fase informativa, però voler assumir la responsabilitat de la decisió.

A la Taula 7 es descriuen els models de relació clínica metge-pacient.

Etales analítiques	Models	Paternalista	Compartit	Informat
Intercanvi d'informació	Fluïdesa Direcció Tipu Quantitat	Unidireccional (majoritàriament) Metge → pacient Mèdica Mínim legalment requerit	Bidireccional Metge ↔ pacient Mèdica i personal Tota la rellevant per a la presa de decisions	Unidireccional Metge → pacient Mèdica Tota la rellevant per a la presa de decisions
Deliberació		Només el metge o amb altres metges	Metge i Pacient (família/acompanyant)	Pacient (família/acompanyant)
Decisió sobre el tractament a implementar		Metges	Metge i pacient	Pacient

Taula 7. Models de relació clínica metge-pacient

Per tenir un impacte real, caldria que les **avaluacions futures** de la PDC incorporin també les perspectives de **gestors, responsables polítics i organitzacions sanitàries**. Segons *Borrell* (85), cal integrar les **humanitats mèdiques** (escolta empàtica, confiança, capacitat reflexiva, de rectificació, coratge per acompanyar a un pacient i als col·lectius vulnerables en els seus moments més durs) amb el **lideratge i la innovació** per fer de la PDC una realitat sistèmica.

Beneficis d'aplicar la presa de decisions compartida

Una comunicació eficaç per part del professional sanitari no només facilita la PDC i la participació activa del pacient, sinó que també pot contribuir a reduir l'estrès professional, millorar l'adherència als tractaments i disminuir les reclamacions legals (88).

La Figura 6 i la Figura 7 mostren un resum dels beneficis que poden experimentar els pacients com a resultat d'unes bones habilitats comunicatives per part del professional sanitari, especialment en el context d'una PDC efectiva.

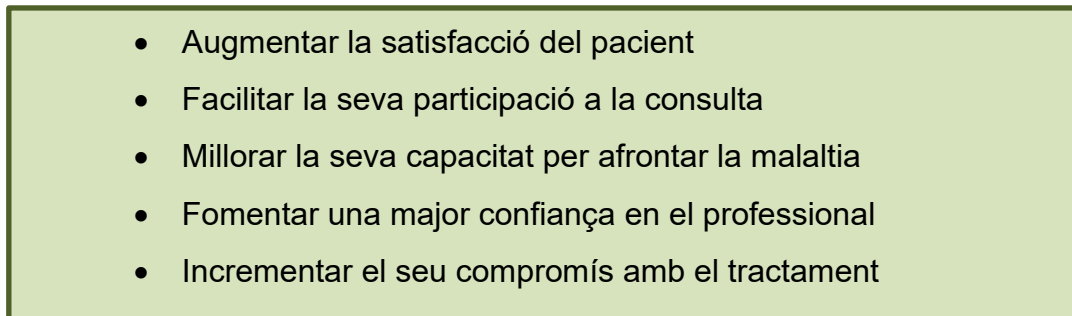


Figura 6. Beneficis d'una bona comunicació en el context d'una PDC efectiva

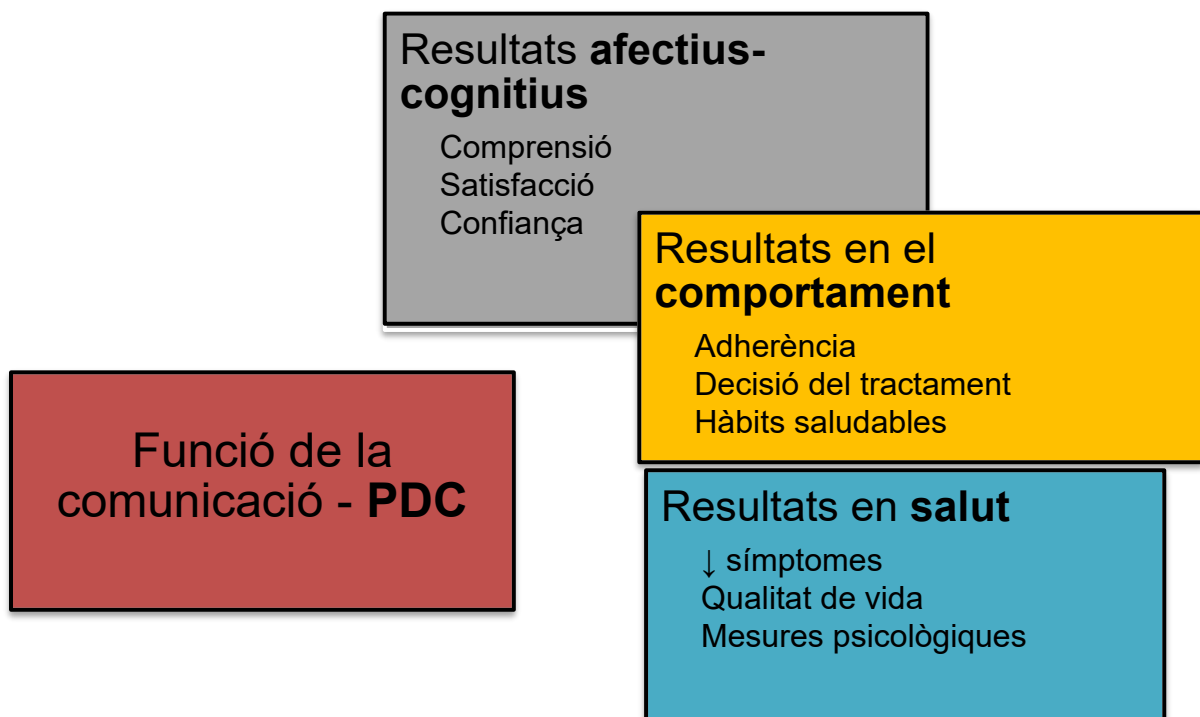


Figura 7. Resultats obtinguts d'una bona comunicació en el context d'una PDC efectiva

Els pacients que se senten ben cuidats, escoltats i compresos, especialment en situacions difícils com el final de vida, poden experimentar un millor **benestar emocional** (30,82,131). Aquesta **confiança**, del pacient envers als seu professional de salut, afavoreix un millor seguiment mèdic, més satisfacció amb les decisions i una adherència terapèutica més elevada.

Quan el pacient es veu **implicat activament**, les decisions són més ajustades a les seves necessitats i circumstàncies. Els professionals poden fomentar aquesta implicació oferint informació clara, ajudant a definir objectius terapèutics i donant espai per expressar preocupacions i emocions. Temes com l'autonomia, l'autoeficàcia, o l'autocura (ex. recursos comunitaris o digitals) poden formar part de la conversa clínica.

Aquesta major agència del pacient s'ha associat amb millors resultats clínics:

- En **càncer**, major sensació de control implica millor benestar emocional i capacitat d'afrontament (129).
- En **diabetis**, millora el control metabòlic i el funcionament general (132).
- En pacients amb trastorns lipídics en prevenció primària de la malaltia cardiovascular, es **redueixen els paràmetres de risc i augmenta l'exercici físic** (11,12,133).

Facilitadors i barreres, percebudes i existents, per implementar la presa de decisions compartida

Malgrat l'evidència dels beneficis de la Presa de Decisions Compartida (PDC), la seva implementació generalitzada als centres sanitaris (de primer, segon o tercer nivell) encara és limitada. Per aconseguir-ho, calen canvis estructurals al sistema sanitari i a la cultura de la clínica assistencial, així com una transformació actitudinal tant dels professionals com dels pacients (25).

Una barrera important és la **cultura mèdica tradicional**, que forma els clínics per actuar segons el model paternalista o informatiu, prioritzant recomanacions clares i ràpides. Això contrasta amb el procés reflexiu i comparatiu que requereix la PDC. Les **Guies de Pràctica Clínica** (GPC) sovint no reconeixen que poden existir diverses opcions vàlides i no integren estratègies ni eines d'ajuda a la decisió (EAD) (24,26,134,135). Possiblement el primer exemple d'una GPC que sí incorpora la PDC és la guia del 2010 de la *American Cancer Society* sobre el **cribratge del càncer de pròstata** (136).

Els estudis han abordat poc **l'impacte de la PDC sobre professionals sanitaris**, sigui positiu o negatiu (120), tot i que s'identifiquen múltiples barreres: manca de temps, escepticisme, perfils diversos de pacients i manca de suport institucional (137). Encara que els clínics valoren positivament la implicació del pacient, sovint no veuen les EAD com a útils (135).

Un estudi de *LéGaré et al.* (138), identifica com a principals **barreres**: el temps, la suposada inaplicabilitat i la situació clínica; i com a **facilitadors**: la motivació del professional, l'impacte positiu en la pràctica i els beneficis per al pacient.

Malgrat no haver-hi evidència clara que la PDC allargui les consultes, el **temps** continua sent una de les preocupacions principals (122,139–141). Un estudi (*Belkora et al.*, 2006) demostra que lliurar EADs abans de la consulta facilita la PDC sense allargar el temps de consulta (142).

Un altre repte és el **biaix en l'elecció de pacients** que participen en PDC, sovint basat en la percepció del professional i no en les preferències reals del pacient. La millor pràctica seria preguntar al pacient quin rol vol adoptar en la presa de decisions (139), com mostren també les conclusions del programa MAGIC (25).

Cal garantir l'**equitat** en l'accés a la PDC, especialment en col·lectius amb baix nivell educatiu, grups etnoculturals diversos o amb necessitats especials (143). Projectes com www.iniciadores.es (del qual se'n parla més endavant) han adaptat EADs a diversos idiomes i condicions.

S'han observat fracassos en la implementació quan es confia exclusivament en els professionals sanitaris per distribuir intervencions de suport a la decisió (DESI) (144–149). Factors com el lideratge clínic, la identificació sistemàtica de pacients elegibles i l'ús de DESI **abans de la consulta** són claus per a l'èxit.

Segons *Elwyn et al.* (150), la manca d'estratègies clares per **distribuir EADs** és una barrera recurrent. Altres autors assenyalen que molts clínics no reben entrenament adequat en PDC ni se senten còmodes aplicant-lo. També existeixen dubtes sobre el contingut de les DESI i el rol que haurien de jugar els professionals (145,146,151,152).

Finalment, la **manca de formació estructurada i models d'ensenyament** dificulta la integració de la PDC en la pràctica clínica (4,23,24). La Figura 8 mostra les barreres percebudes per a pacients i professionals per implementar la PDC (25).

Pacients	Professionals
- Por a sentir-se sol a la decisió i abandonat en l'atenció - Por a prendre una "decisió incorrecta" - Por / acceptació autoritat del professional sanitari - Falta d'informació sobre la malaltia i les opcions	- Els pacients no volen PDC - Com es pot mesurar? - Tenim altres demandes i prioritats - No tinc temps suficient - "Ja ho fem" - No tenim les eines necessàries

Figura 8. Barreres percebudes per a pacients i professionals per implementar la PDC

Una de les barreres per implementar la PDC és la **percepció errònia que tenen molts professionals** sobre la seva pràctica habitual. Alguns consideren que prendre decisions de manera unilateral és millor per al pacient, la qual cosa dificulta un canvi d'actitud (25). A més, la PDC no hauria de recaure únicament en el metge o metgessa principal, sinó que hauria de ser una responsabilitat compartida per tot l'equip assistencial.

Pel que fa als pacients, especialment les persones grans, algunes poden sentir-se incòmodes participant activament per no qüestionar l'autoritat del professional o perquè no se senten capacitades per fer-ho (25).

Per **facilitar** la implementació de la PDC, calen més estudis que n'evidenciïn l'impacte positiu en els resultats de salut, fet que podria motivar els professionals. El programa MAGIC demostra que els tallers interactius milloren la coherència, les habilitats i l'actitud dels professionals envers la PDC (25).

Les 3 preguntes / pacients

L'objectiu central de la Presa de Decisions Compartida (PDC) i altres estratègies comunicatives és **fer entendre al pacient** que hi ha decisions importants a prendre que no pot assumir només el professional sanitari. És essencial ajudar-lo a comprendre la informació, reconèixer la incertesa clínica i valorar les diferents opcions segons els possibles riscos i beneficis, perquè pugui influir —si ho desitja— en la decisió final (153,154).

Per mesurar l'aplicació real de la PDC a la pràctica clínica, alguns autors proposen dissenyar intervencions que recullin la **perspectiva del pacient**, mitjançant eines com *Are you sure?*, *Communication Assessment Tool* (CAT) o SDM-Q-9 (138,155–157). Estudis recents revelen que molts professionals no compleixen les expectatives dels pacients en aspectes clau de la PDC. Segons el CAT (155), pacients d'arreu del món puntuen baix quan es tracta de sentir-se implicats en les decisions i encoratjats a fer preguntes, una tendència observada en diversos àmbits clínics: en atenció primària i secundària, entre metges hospitalaris (220), residents (158–161) i equips d'urgències (162). Aquesta tendència es confirma també en estudis pilot amb el CAT traduït a més de 20 països. Així, més enllà de l'obligació ètica, els mateixos pacients reclamen una participació més activa en les trobades clíniques (24).

També es destaca la necessitat que els **pacients se sentin segurs** per expressar dubtes o preocupacions. Molts no pregunten per por de represàlies o per no "molestar", i per això cal fomentar el seu empoderament (158,163,164). Tot i disposar d'EAD i professionals formats, molts pacients encara tenen dificultats per participar activament en aquest procés.

Per facilitar converses més útils i simètriques, cal activar i preparar els pacients. Una iniciativa destacada en aquest sentit és **Ask Three Questions** (fes 3 preguntes, Figura 9), sorgida del programa MAGIC, basada en l'estudi de *Shepherd HL et al.* (165). Aquesta estratègia millora la qualitat de la informació que ofereix el professional, fomenta la participació del pacient i contribueix a una assistència més segura i basada en l'evidència (25,31,166). La Figura 9 descriu les 3 preguntes:

Les 3 preguntes

- Quines són les meves opcions?
- Quins són els possibles beneficis i perjudicis d'aquestes opcions?
- Quina és la probabilitat que em passin aquests beneficis i perjudicis? Incloent, "Què passarà si no faig res?"

Figura 9. Les 3 preguntes

Factors claus per a la implementació rutinària de la presa de decisions compartida

La implementació efectiva de la PDC és un repte complex que requereix un enfocament integrat i multicomponent. Cap intervenció de manera aïllada és suficient; cal un conjunt coordinat d'estratègies que actuïn conjuntament sobre organitzacions, professionals i pacients (25).

Els factors clau per afavorir aquesta implementació inclouen:

- **Lideratge i coordinació**
- **Formació i educació**
- **Redisseny dels circuits assistencials**
- **Participació activa dels pacients**
- **Suport polític**
- **Disponibilitat de recursos sostenibles d'EAD**
- **Guies clíniques pro-PDC**
- **Incentius**

Aplicabilitat de la presa de decisions compartida

La PDC està indicada quan hi ha **múltiples opcions** de tractament i les alternatives tenen **resultats diferents i incerts**, com és el cas de la majoria de malalties cròniques, o si el resultat del tractament es considera subjectivament important. La PDC pot ajudar als pacients i als professionals de la salut a arribar a un acord de tractament en decisions a llarg termini (11,167,168).

És important recordar que, fins i tot quan només es disposa d'una única opció terapèutica, cal tenir present que la **decisió de no seguir cap tractament** és sempre una alternativa legítima que el pacient pot considerar. Aquest principi adquireix especial rellevància en situacions complexes, com les **decisions al final de la vida**, en què la persona es troba —ja sigui per accident o malaltia— en un equilibri fràgil entre la vida i la mort. Un exemple d'aquest dilema ètic es planteja a l'article d'*Elwyn et al. Collaborative Deliberation* (120), on es debat la tensió entre l'ètica clínica i la PDC en contextos de vulnerabilitat extrema.

El metge així mateix pot no donar suport a una preferència del pacient si considera que no serà un tractament segur o raonable. També podria ser degut a que el pacient s'ha informat pel seu compte i sent que no necessita un altre consell del seu metge. A la pràctica aquests extrems són poc probables i la majoria de les decisions es poden compartir fins a un punt. El fet que el pacient esculli una opció, o simplement no fer res, no impedeix que l'equip sanitari pugui expressar la seva incomoditat moral o la recomanació de seguir un temps més amb el tractament inicial, si això no implica una pressió innecessària i no ètica sobre el dret a l'autonomia del pacient (124).

Perquè la persona pugui participar activament, cal que:

- Conegui que existeixen opcions
- Rebi informació clara i rellevant sobre riscos, beneficis i alternatives (inclòs no fer res)
- Pugui contrastar l'opinió del professional amb les seves pròpies preferències
- I, si ho vol, escoltar experiències d'altres pacients.

En els últims anys, s'han desenvolupat eines d'ajuda a la decisió (EAD) que integren aquests continguts i faciliten el procés de decisió compartida.

Intervencions de suport a la decisió per a pacients – eines d'ajuda a la decisió

Les habilitats superen les eines, i les actituds superen les habilitats

— Programa MAGIC NHS

Les **guies de pràctica clínica (GPC)** proporcionen recomanacions terapèutiques poblacionals, però sovint no expliquen com aplicar la presa de decisions compartida (PDC) ni inclouen EADs (169).

Les **Eines d'Ajuda a la Decisió (EAD)** són recursos de suport a la presa de decisions, basats en l'evidència, dissenyats per guiar els pacients en el procés de presa de decisions de qualitat. Aquestes eines tenen com a objectiu **reduir el desequilibri d'informació entre metges i pacients**, explicant de manera clara i comprensible les diferents opcions de tractament, els seus riscos i beneficis, inclosa —quan és raonable— l'opció de no actuar (o “vigilància expectant”) (146,169–172). Les EAD **ajuden les persones a deliberar**, de manera individual o conjunta amb professionals de la salut, facilitant la reflexió sobre les alternatives disponibles i la construcció de preferències alineades amb els seus valors i circumstàncies particulars. D'aquesta manera, es facilita la presa d'una decisió informada i adaptada a la situació

individual de cada pacient (170,173). L'efectivitat de les EAD com a eina de suport a la presa de decisions compartida (PDC) està àmpliament demostrada, i diversos estudis apunten que el seu ús durant la pròpia consulta és especialment efectiu (25,143).

Des de 1999, revisions sistemàtiques de **Cochrane** han conclòs que les EAD milloren el **coneixement dels pacients, la percepció dels riscos i beneficis, i la qualitat de les decisions** (113,170,174–177). Segons *Shay et al.* (23), la majoria d'estudis se centren en efectes individuals a curt termini, sovint proporcionant EAD abans de la consulta. Aquests estudis mostren que les EAD generen **expectatives més realistes, milloren la comprensió, redueixen el conflicte decisiu i augmenten la satisfacció**, **sense provocar** ansietat ni altres efectes adversos psicològics (178–180).

La col·laboració **International Patient Decision Aids Standards (IPDAS)**, establerta l'any 2003, ha liderat el camp en l'establiment de marcs conceptuals i criteris basats en l'evidència clínica per millorar la qualitat i l'eficàcia de les EAD per a pacients. A l'octubre de 2021, van publicar l'actualització d'evidència IPDAS 2.0 (181).

La Figura 10 resumeix els estàndards de l'IPDAS per les EAD:

- **Descripció del problema de salut**
- **Fer explícit que s'ha de prendre una decisió**
- **Descriure les possibles opcions disponibles**
- **Informació sobre els beneficis i danys de cada opció**
- **Ajudar als pacients a clarificar quins beneficis o danys són més importants**
- Probabilitats dels resultats de determinades opcions
- Experiències d'altres pacients *
- Què és el més important per vostè? Quines són les seves preferències?
Què més necessita per prendre la decisió?*

(*) Opcionals

Figura 10. Estàndards marcats per l'IPDAS per a les eines d'ajuda a la decisió

Es poden consultar amb diferents idiomes a: <https://decisionaid.ohri.ca/IPDAS/>. En castellà els podem trobar a *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones* (182).

Malgrat la seva eficàcia, les **Intervencions de suport a la decisió** (*decision support interventions - DESIs*) encara no s'han establert dins la pràctica rutinària; no hi ha una adopció generalitzada (150). En la mateixa línia, l'atenció centrada en el pacient (ACP) no és una pràctica habitual (120).

La **distinció entre DESI i EAD pot ser subtil**: EAD és l'eina, DESI implica també el marc d'implementació (Taula 8). En molts casos, però, els dos termes s'empren indistintament.

	Enfocament	Pot incloure
EAD	Estricta	Eina específica (vídeo, web, fulletó)
DESI	Ampli	Eina + intervenció (entrenament clínic, suport del sistema)

Taula 8. Comparació entre DESI i EAD

Per integrar les EAD a la pràctica, calen canvis d'actitud, coneixement i fluxos clínics (25,156). Les organitzacions poden resistir-se a invertir-hi, tot i que pacients informats podrien presentar menys queixes legals (25,120,183).

La **PDC està recollida legalment** a diversos països: EUA (*Affordable Care Act*) (23,135), Regne Unit (150,184), Canadà a Saskatchewan (185) i Alemanya (119). També forma part del **Pla Mundial de Seguretat del Pacient 2021–2030** de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que promou la implicació activa dels pacients per reduir riscos i millorar l'experiència assistencial (186). Defineix **set objectius estratègics** clau, entre els quals destaquen l'establiment de sistemes d'alta fiabilitat, la seguretat dels processos clínics, la formació del personal sanitari, la gestió eficaç de la informació i, molt especialment, la implicació activa dels pacients i les seves famílies. En aquest marc, **la PDC es presenta com una estratègia bàsica per garantir la seguretat del pacient**.

Encara que més de 100 assajos clínics aleatoritzats (ACA) avalen les EAD, cal estudiar el seu impacte real en la pràctica clínica diària (150,170). Tot i això, cal remarcar que les **EAD no són imprescindibles per a la PDC**; són un suport opcional (25).

La **intel·ligència artificial** pot facilitar que les EAD es mantinguin actualitzades i siguin personalitzades, integrades amb guies clíniques, així com automatitzar la mesura de la PDC durant les consultes (187).

Situacions comunes en l'atenció primària apropiades per aplicar la presa de decisions compartida

Tot i que no totes les situacions en Atenció Primària (AP) requereixen PDC, moltes se'n poden beneficiar, com ara: **tractaments** per hipertensió, hipercolesterolèmia, diabetis, anticoagulació, depressió, osteoporosi...; **cribratges** de càncer (mama, pròstata, còlon); **decisions sobre cirurgia** (genoll, maluc, esquena, cataractes); i **discussions de final de vida** (30,188,189).

Ja el 1989, *Kaplan et al.*(168), va evidenciar que la relació metge-pacient influeix en els resultats en salut i hauria de ser protegida pel sistema sanitari. Des de llavors, diversos estudis han confirmat que una comunicació **efectiva i empàtica** millora els resultats, especialment en malalties cròniques (14,15,30,46,87,133,190).

Exemples d'ús de les eines d'ajuda a la decisió en diferents patologies

Com s'ha esmentat, en Atenció Primària (AP) i en especialitats com cardiologia, endocrinologia, reumatologia o situacions de final de vida —on les preferències del pacient són essencials—, les EAD poden afavorir la presa de decisions compartida (PDC). L'Institut d'Ottawa proporciona una guia pràctica per implementar-les a la pràctica clínica: <https://decisionaid.ohri.ca/implement.html>. Exemples destacats:

- **Cardiologia:** les EAD milloren el coneixement del pacient en cardiopatia isquèmica, coronariopatia estable i fibril·lació auricular, tot i que no sempre augmenten l'autonomia del pacient per prendre la decisió (191–199).
 - Existeix una EAD interactiva i individualitzada desenvolupada per la Knowledge and Evaluation Research (KER) Unit. Aquesta eina està dissenyada per ser utilitzada durant la consulta i després poder imprimir la decisió personalitzada: <https://anticoagulationdecisionaid.mayoclinic.org/index.php/site/anticoagulation>
 - El NHS disposa d'una EAD en línia, pensada per a pacients amb fibril·lació auricular no valvular (FANV), per ajudar en la decisió sobre l'ús de tractament anticoagulant. <https://www.hey.nhs.uk/patient-leaflet/patient-decision-aid-for-direct-oral-anticoagulants-doacs-and-warfarin/>
- **Hipercolesterolèmia/ prevenció primària cardiovascular** (200–204). Les guies de pràctica clínica (GPC) recomanen la PDC en risc cardiovascular baix/moderat, sense proporcionar les EAD específiques per ajudar a dur-la a terme (135).

- **Diabetis:** iniciatives com les de l'AQuAS i iniciadores.es proporcionen EAD multilingües, que es poden consultar online des de casa i són revisables durant la consulta (203,205).
- **Urologia:** EAD útils per a la cistitis, la HBP i el cribratge del càncer de pròstata (206–210).
- **Asma:** una EAD del NICE vincula l'elecció d'inhaladors amb el seu impacte en el canvi climàtic (211).
- **Osteoporosi:** EAD per iniciar tractament farmacològic amb bisfosfonats (212). *Montori et al.* conclouen que una EAD millora la qualitat de les decisions entorn al tractament amb bisfosfonats en aquelles dones menopàusiques amb risc de fer fractures osteoporòtiques, i sembla que també milloraria l'adherència al tractament (213).

Tot i els beneficis generals de les EAD, alguns estudis mostren que la seva implementació **no sempre té un impacte clínic significatiu**. Per exemple, en un estudi sobre educació per a pacients amb asma, la inclusió d'una EAD no va generar diferències rellevants respecte a l'educació convencional. Malgrat això, l'eina podria ser útil per a educadors amb menys experiència, ajudant-los a estructurar millor la informació i assegurar-ne la comprensibilitat (214).

Així, les EAD no són imprescindibles en tots els contextos, però sí valuoses per promoure decisions informades i adaptades als valors dels pacients.

1.5 Importància d'ensenyar el model de la presa de decisions compartida

Cal coneixement i cal habilitat.

El coneixement el pots obtenir fins i tot llegint un llibre.

L'habilitat, en canvi, no la pots treure d'un llibre

— cal practicar una vegada i una altra.”

— Paul Ekman

La PDC promou decisions clíniques compartides entre professional i pacient, integrant evidència científica i valors personals, especialment útil quan hi ha diverses opcions disponibles sense clara superioritat. Això afavoreix decisions èticament ajustades, millora la comprensió, la satisfacció i l'adherència (24,143,169,173,215,216).

Una formació adequada en PDC facilita la seva integració en la pràctica clínica (75,217–219). Müller *et.al.* (220), en un article recent, dissenyen un estudi d'intervenció abans-després sense grup control, per avaluar l'impacte d'una formació en comunicació orientada a la PDC en professionals que atenen pacients amb asma. L'avaluació —des del punt de vista d'observadors, metges i pacients— va mostrar una millora en les **habilitats relacionals**, base essencial per a la PDC, tot i que es va concloure que aquesta requereix pràctica amb pacients reals per consolidar-se. Les dades mixtes (quantitatives i qualitatives) van evidenciar un canvi d'actitud i comportament en els professionals, tot i que encara sense una implementació completa de la PDC (221).

És possible que els metges/esses necessitin més oportunitats per reflexionar sobre la seva pràctica diària i aprendre habilitats bàsiques de comunicació centrada en el pacient abans de plantejar-se implementar plenament la PDC (112). La **formació continuada** amb *feedback* i *role-playing* pot ajudar a **transferir aquestes habilitats a la pràctica** (47).

Les intervencions complexes que involucren tant professionals com pacients són les que han mostrat més potencial en la seva efectivitat (178).

A continuació es presenten diversos models educatius en comunicació clínica, alguns amb un enfocament general i d'altres centrats específicament en la PDC:

Consens de Kalamazoo

El consens de Kalamazoo (2001) defineix set habilitats essencials per a una comunicació clínica efectiva, com establir una bona relació, gestionar emocions o compartir decisions. Tot i que no se centra específicament en la PDC, destaca la importància **d'encoratjar el pacient a participar** en la presa de decisions, respectant sempre el nivell d'implicació que desitgi. El document es basa en cinc models consolidats d'ensenyament en comunicació i avaluació clínica (*Calgary-Cambridge Guide*, *E4 Model*, *Patient-Centered Clinical Method*, *SEGUE Framework* i *Three-Function Model*) (222).

Marc de SEGUE

Aquest model de comunicació clínica, basat en evidència empírica (enquestes i anàlisi de vídeos), organitza la trobada metge-pacient en **cinc tasques clau**: introduir la necessitat de prendre una decisió, obtenir i oferir informació, comprendre la perspectiva del pacient i concloure la consulta. El seu valor afegit rau en incorporar de manera explícita les **expectatives del pacient** i definir clarament el pla de tractament acordat (223).

Guia de Calgary-Cambridge

Aquest model educatiu es basa en una revisió exhaustiva de la literatura publicada prèviament (80) i proposa cinc passos detallats per explicar i definir problemes clínics, útils en entorns formatius. *Elwyn et al.* (24) recomanen aprofitar eines existents centrades en tasques essencials, en lloc de crear-ne de noves.

La guia de Calgary i altres estudis remarquen que la formació en PDC ha de ser **interactiva, adaptada a necessitats reals i amb pràctica mitjançant simulacions** (38,51). Els tallers amb **jocs de rol i debats** són més efectius que les classes magistrals, especialment per millorar la comunicació del risc i explorar els valors del pacient. Ajuden els professionals a entendre què diferencia la PDC de la seva pràctica habitual (25).

En conjunt, tots els models existents ofereixen marcs útils, basats en evidència, per ensenyar i aplicar la PDC (143).

El model Integratiu de la presa de decisions compartida

Makoul i Clayman 2006 (224) fan una revisió sistemàtica de definicions i ensenyaments sobre la PDC, conclouent que no hi ha un consens clar. Davant d'això, proposen un model integratiu que diferencia entre **elements essencials** (necessaris per a una PDC autèntica) i **elements ideals** (que milloren la PDC però no són imprescindibles).

Models com el *Three Talk Model* o altres enfocaments comunicatius presenten maneres diverses d'abordar la **definició del problema clínic**. Tot i aquestes variacions, aquest pas es considera clau en el model integratiu, ja que és el punt de partida indispensable per a una decisió compartida clara i entenedora per al pacient.

Three talk model (Model de les tres converses)

El Model de les Tres Converses (*Elwyn et al.*, 2012; revisat el 2017) és una eina pràctica per clínics amb poc temps, que promou la **deliberació col·laborativa** entre professional i pacient per prendre decisions conjuntes (117,120).

És poc probable que es desenvolupin habilitats per a la PDC, i encara menys que es posin en pràctica, si el metge no comparteix els principis ètics que la sustenten. En el seu nucli fonamental, la PDC parteix del reconeixement que **l'autonomia individual és un objectiu desitjable**, i que el paper del professional sanitari és recolzar el pacient per assolir-lo, sempre que sigui possible. Ara bé, l'autonomia dins el context de la PDC no implica abandonar el pacient a la seva sort, sinó tot el contrari: requereix la construcció de relacions sòlides, on es respectin tant la competència individual com la interdependència amb els altres (117).

Aquests principis són centrals tant per a la **teoria de l'autodeterminació** com per a la noció **d'autonomia relacional**. La primera es basa en la tendència natural dels professionals a protegir i preservar el benestar propi, mentre que l'autonomia relacional parteix de la idea que les decisions pròpies no són completament lliures o independents, sinó que es construeixen dins d'un context de relacions interpersonals i dependències mútues (117,224,225).

Tal com han assenyalat *King i Moulton*, aquests principis amplien el concepte de consentiment informat, portant-lo més enllà d'una simple transmissió d'informació, per centrar-se en honorar i incorporar les preferències informades pel pacient en el procés de presa de decisions. Es reconeix que una bona pràctica clínica ha **d'equilibrar els principis de respecte per l'autonomia** i la participació del pacient amb altres principis ètics

fonamentals com la **beneficència i la justícia**, per garantir una atenció segura, equitativa i centrada en la persona (226,227).

Com s'ha dit, el primer pas per implementar la PDC és garantir que els professionals sanitaris en compreguin i en recolzin els fonaments ètics i conceptuals. Tanmateix, abans de portar-la a la pràctica, cal considerar els reptes reals que poden trobar-se, com la baixa alfabetització sanitària o competència numèrica d'alguns pacients, que dificulta entendre les opcions, i contextos culturals que no afavoreixen la presa de decisions autònoma, fet que pot complicar una implementació efectiva i respectuosa de la PDC (24).

El primer model de les tres converses és publicat per *Elwyn et al.* l'any 2012 (Figura 11) (112), revisat i modificat posteriorment (24,117). Descriu el procés d'acompanyament del pacient des de preferències inicials —sovint desinformades— fins a preferències informades, aptes per prendre decisions de qualitat. Aquest procés deliberatiu es veu influït per factors **psicològics, socials i emocionals**, que cal gestionar mitjançant un diàleg clínic eficaç. El model planteja tres converses interrelacionades, amb transicions fluides, orientades a **construir conjuntament una comprensió compartida** —el que *Epstein* anomena “ment compartida” (188,189).

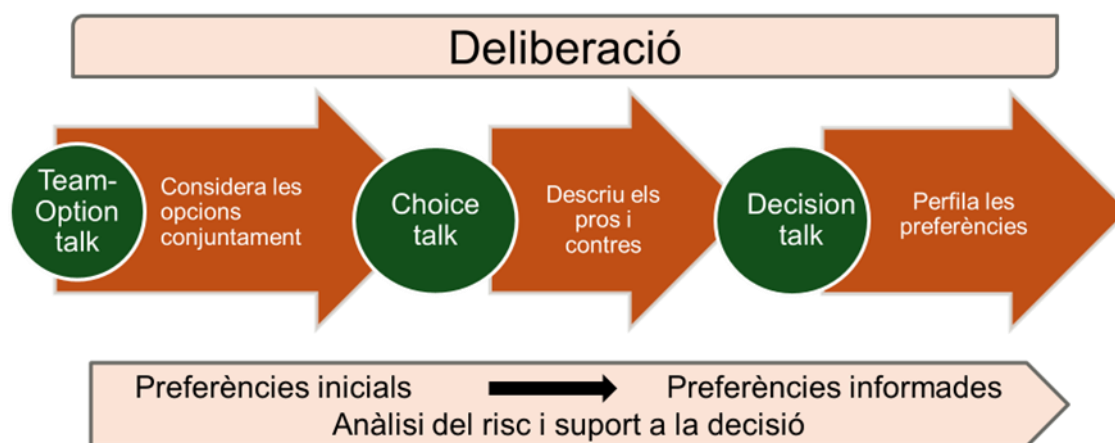


Figura 11. Model de les tres converses d'Elwyn et al 2012

El model proporciona un marc útil per a la formació eficient en PDC. La millor manera d'adquirir aquestes habilitats és mitjançant **simulacions formatives**. Reforça la importància de construir una **relació autèntica i de confiança**. La col·laboració es fonamenta en el **suport continu i en el respecte mutu** entre clínic i pacient (117,120). Les tasques del model de les 3 converses es troben resumides a la Taula 9 (117):

Conversa d'Equip (<i>Team Talk</i>)	Establir col·laboració Descriure les alternatives Justificar la deliberació Comprovar la reacció del pacient Ajornar el tancament (de la decisió)
Conversa sobre opcions (<i>Option Talk</i>)	Comprovar el coneixement Fer una llista de les opcions Descriure les opcions Explorar els danys i beneficis Proveir al pacient d'EAD Resumir
Conversa sobre la decisió (<i>Decision Talk</i>)	Centrar-se en les preferències Obtenir i integrar les preferències Passar a una decisió o diferir-la (pot requerir més d'una trobada) Oferir revisió
Transició fluïda entre les fases. Sempre present: escolta activa i deliberació	

Taula 9. Resum del model de les tres converses, *Elwyn et al.* 2017

El model de deliberació col·laborativa

La majoria de models de PDC posen el focus en l'individu, però *Elwyn et al.* defensen un model de **deliberació col·laborativa** que consideri l'entorn clínic com un espai amb múltiples actors, no només el binomi pacient-professional. L'absència d'un marc col·lectiu dificulta la implementació real i la mesura del seu impacte (120).

Aquest model inclou quatre components essencials:

- **Relació de confiança** entre pacient i professional.
- **Intercanvi d'informació rellevant** de manera clara i entenedora.
- **Exploració de valors i preferències** del pacient.
- **Suport a la deliberació**, per facilitar una decisió informada.

L'objectiu és **empoderar** el pacient, reconeixent-lo com a protagonista actiu del procés, amb experiència i criteri per prendre decisions alineades amb els seus valors i prioritats (120).

El model SHARE

El *SHARE Approach*, desenvolupat per l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) dels EUA, és un model estructurat que guia els professionals en la implementació de la PDC, especialment indicat en entorns d'Atenció Primària (AP) i altres contextos amb múltiples opcions vàlides (228,229).

El nom prové de l'acrònim **S-H-A-R-E**, que sintetitza els cinc passos clau del model (Taula 10):

	Significat	Objectiu principal
S	Seek your patient's participation	Convidar el pacient a participar en la PDC
H	Help your patient explore and compare options	Comparar opcions de manera clara i equilibrada
A	Assess your patient's values and preferences	Explorar valors, objectius i preferències del pacient
R	Reach a decision with your patient	Prendre una decisió conjunta i informada
E	Evaluate your patient's decision	Revisar i fer seguiment del pla decidit

Taula 10. Passos del model SHARE

Ments Compartides (*Shared Mind*)

Aquest model, proposat per *Ronald Epstein*, té en compte la importància de considerar tant el pensament analític com intuïtiu (anomenat "**whole mind**") i els processos cognitius compartits entre diverses persones ("**shared mind**") en la presa de decisions clíniques, especialment en situacions complexes com malalties cròniques o greus (Figura 12). *Epstein* contraposa la teoria clàssica de decisió (lògica i individualista) amb un enfocament més naturalista, que reconeix la influència d'emocions, intuïcions, context i relacions (188). Destaca que els pacients sovint decideixen sota pressió, amb incertesa, i amb suport de familiars o professionals, construint així preferències conjuntes —una expressió de **l'autonomia relacional** (225).

El concepte de "**shared mind**" inclou:

- Intercanvi d'informació.
- Deliberació conjunta.
- Construcció col·lectiva de preferències.

Aquest enfocament pot millorar la qualitat de les decisions, la comunicació i la implicació del pacient, sempre que es tinguin en compte les possibles desigualtats de poder que podrien ofegar la seva veu. *Epstein* també recomana integrar aquest model en l'ensenyament i la recerca mèdica, per fomentar pràctiques més reflexives i empàtiques (189).

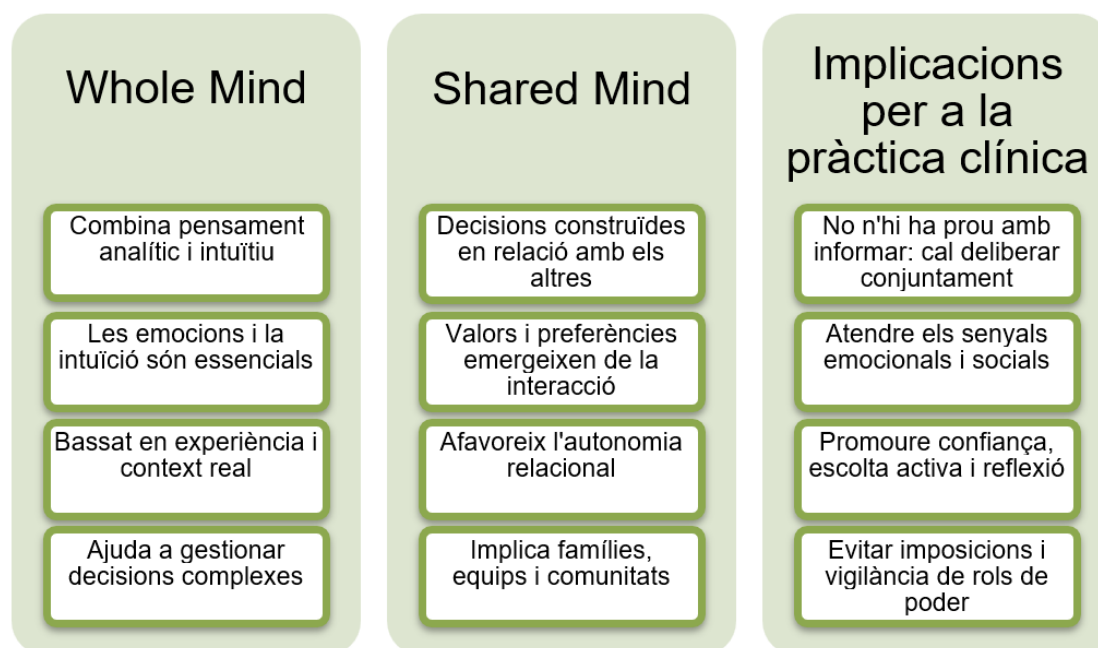


Figura 12. Model Ment Compartida de *Epstein* i les seves implicacions per a la pràctica clínica

La Presa de decisions compartida com a manera de cuidar

Montori et al. (2022) defensen que la PDC no és un afegit opcional, sinó un **mètode essencial de cura clínica**, tan fonamental com la història clínica o l'exploració física (122). Situar la relació amb el pacient al centre implica reconèixer la deliberació conjunta com a part del procés terapèutic. La Taula 11 descriu els passos recomanats per aplicar la PDC a la pràctica clínica segons aquest model.

Fomentar la conversa	Elements clau: definició del problema, iteració, co-creació (col·laboració metge-pacient)
Curosament seleccionar i adaptar el procés de la PDC	Alinear-se amb les preferències del pacient Resolució de discrepàncies Resolució de problemes Donar significat
Donar suport a la PDC	Protegir l'espai Treure el màxim profit de la participació Expressar eines útils Defensar la cura
Avaluar i aprendre PDC	Avaluar més enllà dels resultats Compartir l'avaluació Buscar una millora conjunta

Taula 11. Passos recomanats per aplicar la PDC a la pràctica clínica segons *Montori et al*

Alineació de valors i resolució col·laborativa. No cal aplicar totes les tècniques, sinó les més adequades segons el cas:

- Alinear-se amb les preferències del pacient: assegurar que la decisió reflecteixi els valors i circumstàncies del pacient (120,122).
- Resolució de discrepàncies: abordar discrepàncies de forma col·laborativa, entenent els motius de cada part implicada en el p
- Resolució de problemes: experimentar solucions conjuntament.
- Donar significat: explorar junts el significat profund de situacions difícils (diagnòstics greus, límits clínics...), incloent creences, acceptació i reorientació d'expectatives.

Una de les tasques del tercer pas és:

- Defensar la cura: El professional defensa activament l'atenció que millor s'ajusta a les necessitats i valors del pacient, promovent una cura personalitzada i justa.

Avaluació ètica i relacional: Més enllà dels resultats clínics, l'avaluació de l'efectivitat de la PDC, hauria d'incloure:

- Qualitat del procés de decisió (col·laboració, respecte, informació).
- Coherència amb els valors del pacient.
- Qualitat de la relació i comprensió mútua.
- Satisfacció i tranquil·litat amb la decisió presa.

Aquest enfocament connecta amb la visió d'*Epstein* sobre l'autonomia relacional i la ment compartida, promovent una **pràctica clínica ètica, empàtica i centrada en la persona**.

1.6 Mesures/qüestionaris per determinar l'aplicació de la presa de decisions compartida a les consultes

“En absència de dades, proliferen les opinions”

Anònim

Mesurar la PDC és fonamental si es vol promoure i implementar de manera efectiva, però continua sent un **repte metodològic** important (143). Tot i l'existència de **diversos instruments validats** —com el *CollaboRATE* (230,231), el *SDM-Q-9* (157) o el *PICS* (232)— no hi ha cap eina universalment acceptada ni aplicable a tots els contextos.

L'avaluació pot fer-se des de **quatre perspectives**: pacient, professional, família i observador extern (24), mitjançant eines **auto-informades**, **observacionals** (231) o **combinades**. No obstant això, aquestes mesures presenten **limitacions**: biaix d'agraïment en els informes dels pacients, sobreestimació dels efectes, i enfocament més centrat en la informació que en el procés de deliberació (232).

A més, la **complexitat real de molts contextos clínics** —comorbiditats, múltiples professionals, decisions difuses i llargues— dificulta aplicar mesures estàndard i evidencia la necessitat de metodologies més contextualitzades i flexibles (143).

Per això, es recomana:

- Triar instruments en funció del **context, perspectiva i finalitat** (233).
- Implicar **pacients i professionals en el seu desenvolupament**.
- Utilitzar **múltiples eines** per captar la multidimensionalitat del procés (234–236).
- Seguir les directrius **COSMIN** per garantir la qualitat de les avaluacions (233,237).

Mesurar l'aplicació d'habilitats comunicatives és clau per avaluar el seu impacte en els resultats en salut. No obstant això, hi pot haver discrepàncies entre el que registra un observador (per exemple, que el professional ha informat sobre un tractament) i la percepció del pacient, que pot no sentir-se informat. Igualment, un pacient pot dir que ha participat en la presa de decisions sense que aquesta participació compleixi els estàndards d'una PDC efectiva segons criteris externs (30).

Les mesures **informades pel pacient** són eines que col·leccionen el *feedback* d'usuaris d'un servei sobre fins a quin punt se'ls ha implicat en les decisions sobre la seva salut (154,238,239). No obstant això, malgrat els nombrosos esforços realitzats durant l'última dècada per desenvolupar mesures auto-informades vàlides i fiables, encara resulta difícil tenir la certesa que aquestes mesures reflecteixin de manera precisa la PDC (240).

Les **mesures breus informades pel pacient** són actualment el mitjà més escalable per avaluar el nivell de PDC en les trobades clíniques (241). De totes maneres, aquests informes poden estar subjectes a biaixos d'agraïment, fet que pot traduir-se en puntuacions elevades de manera sistemàtica, dificultant així la diferenciació entre un assoliment baix o alt de la PDC en la pràctica real.

Les mesures d'**observador**, basades en l'anàlisi de trobades clíniques enregistrades per avaluadors entrenats, teòricament són menys susceptibles a biaixos que els informes de pacients. Aquestes permeten detectar comportaments específics relacionats amb la PDC i, **combinades** amb les percepcions de pacients i professionals, ofereixen una visió més completa i precisa del procés (234,235,240).

Finalment, revisions recents identifiquen el **SDM-Q-9 i l'escala OPTION** com les eines amb millor rendiment psicomètric per mesurar la PDC (242).

A continuació es descriuen alguns exemples de mesura:

Decision suport analysis tool (DSAT)

El DSAT-cdm (*Decision Support Analysis Tool for Chronic Disease Management*) és un instrument observacional que avalua la qualitat del suport a la presa de decisions i les habilitats comunicatives en l'atenció a pacients amb malalties cròniques. Desenvolupat per *Guimond* i adaptat per *Stacey*, deriva del DSAT-10 i s'aplica mitjançant l'anàlisi d'entrevistes enregistrades (243).

Es basa en l'experiència del **BC NurseLine** (Canadà) i està disponible a: https://decisionaid.ohri.ca/eval_dsat.html

CollaboRATE

El CollaboRATE és un instrument breu, validat i informat pel **pacient** per mesurar el grau de PDC durant una trobada clínica. És fàcil d'usar, apte per a ús rutinari i aplicable a qualsevol context clínic (230,231,244).

Consta de 3 preguntes puntuades de 0 a 9, que valoren: la comprensió del problema de salut, la consideració dels valors del pacient, i el treball conjunt en la decisió a seguir.

PICS (Percieved Involvement in Care Scale)

És un instrument informat pel **pacient**, traduït i validat a diversos idiomes, i consta de tres subescales amb 4 o 5 ítems cadascuna (245). Les subescales són:

1. Activació del pacient per part dels metges (5 ítems),
2. Comportament actiu de recerca d'informació (4 ítems), i
3. Participació percebuda del pacient en la presa de decisions (5 ítems).

Cada ítem es puntua de 1 ("gens d'acord") a 4 ("totalment d'acord").

MAPPIN'SD (multifocal approach to sharing in shared decision making) – O (observer) – dyad

El MAPPIN'SDM-O-dyad avalua el grau de PDC aconseguit pel **tàndem metge-pacient**, a través d'observadors independents (245).

Inclou nou ítems que mesuren tant el procés com la qualitat de la decisió compartida.

Cada ítem es puntua de 0 (absent) a 4 (excel·lent).

CICCA-D (conectar, identificar, comprender, acordar, ayudar – Decisión)

La Escala CICA-Decision, creada per *Roger Ruiz et al.*, avalua fins a quin punt un professional facilita la participació del pacient en la presa de decisions clíniques (125,238). Avaluació feta a partir d'un **observador** extern.

Estructura: Consta de 17 ítems, agrupats en tres components. A l'Annex 2 es troba l'escala traduïda al català.

És útil tant en formació com en pràctica clínica per promoure una atenció centrada en el pacient.

SDM-Q-9 i SDM-QDOC (Shared Decision Making questionnaire)

Els *SDM-Q-9* (anglès) – *TDC-C-9* (castellà) (**pacients**) i *QDOC* (**professionals**) són qüestionaris d'autoavaluació de 9 ítems, validats psicomètricament i traduïts al castellà (246–249). A l'Annex 3 i Annex 4 s'adjunten els qüestionaris. A la Taula 12 es descriuen les seves característiques i diferències.

Utilitzen una **escala de Likert de 6 punts** (de 0 = totalment en desacord a 5 = totalment d'acord), i es **responen en 2 minuts** aproximadament.

Aspecte	SDM-Q-9	SDM-Q-Doc
Objectiu	Mesura la percepció del pacient sobre la PDC durant la trobada clínica.	Mesura la auto-percepció del professional sanitari sobre la PDC durant la mateixa trobada.
Nombre d'ítems	9	9
Format de resposta	Escala de Likert de 0 (no s'ha fet en absolut) a 5 (s'ha fet completament).	Mateixa escala de Likert de 0 a 5.
Punt de vista	Pacient	Professional sanitari
Ús principal	Avaluació de la qualitat percebuda de la presa de decisions compartida.	Autoavaluació del grau d'implicació del pacient per part del professional.
Aplicacions	Recerca, millora de qualitat, pràctica clínica.	Comparació amb SDM-Q-9, recerca, formació professional.
Validació	Validat en múltiples idiomes, inclòs l'espanyol.	Menys utilitzat, però derivat directament de l'SDM-Q-9, traduït i validat al espanyol.

Taula 12. Comparació entre els qüestionaris SDM-Q-9 i SDM-QDOC

El QDOC és especialment útil per analitzar coherències o discrepàncies entre el punt de vista del pacient i el del professional. Una revisió sistemàtica de 2017 (29), confirma el seu ús en diversos entorns clínics i destaca la **necessitat de més estudis** sobre la seva **sensibilitat al canvi**, per detectar millores després d'intervencions.

SDM = Shared decision making = TDC = Toma de decisiones compartida

Escala observador OPTION

L'escala OPTION⁵ (*Observing Patient Involvement in Decision Making*) és un instrument validat psicomètricament de cinc ítems, basat en l'observació, que mesura els **esforços del professional sanitari per implicar el pacient en el procés de PDC**. Utilitza una escala de Likert de cinc punts per a cada ítem (0 = no observat; 4 = executat amb excel·lència) (241). Avaluat des del punt de vista d'un **observador** extern.

L'escala OPTION és l'instrument més rellevant per mesurar fins a quin punt els professionals sanitaris involucren activament els pacients en la presa de decisions (241,250,251). Existeixen dues versions principals:

- OPTION¹²: versió original, més extensa i detallada.
- OPTION⁵: versió reduïda i més eficient, dissenyada per facilitar l'ús en contextos pràctics.

Aplicacions principals de l'escala OPTION⁵:

- *Feedback* formatiu per a professionals clínics sobre com involucren els pacients en les decisions.
- Eina docent i de recerca per fomentar la PDC en la formació sanitària.
- Avaluació de trobades clíniques en temps real, gràcies a la seva simplicitat.
- Complementar les mesures informades pels pacients (com qüestionaris d'experiència), per fer un cribratge de la qualitat de la PDC en la pràctica clínica habitual.

Una revisió sistemàtica de Coüet et al (2015) (252) avalua fins a quin punt els professionals sanitaris involucren els pacients en la presa de decisions clíniques utilitzant l'instrument OPTION. Els resultats mostren que, malgrat l'interès creixent en la PDC, la seva implementació pràctica és limitada. La mesura amb l'instrument OPTION indica que els pacients sovint no són activament implicats en les decisions clíniques, i calen més esforços per formar i donar suport als professionals en aquest aspecte.

També es poden trobar altres versions de l'escala OPTION a la pàgina web de G. Elwyn (<https://www.glynelwyn.com/>), dissenyades per ser aplicades en contextos clínics específics. Per exemple, la versió **OPTION_{MCC}** ha estat desenvolupada per a situacions amb múltiples condicions cròniques. Tot i això, es tracta d'una eina recent (any 2024) i encara no hi ha suficient informació publicada sobre el seu ús, implementació o validació.

Tot i que la PDC es conceptualitza com un **procés bidireccional**, que involucra tant el professional sanitari com el pacient, existeixen **poques escales que avaluïn simultàniament la PDC des de totes dues perspectives**. Entre aquestes, destaquen l'escala OPTION diàdica (253,254), la mesura MAPPIN'SDM (255) i el qüestionari de 9 ítems sobre PDC (SDM-Q-9 i SDM-QDOC) (157).

1.7 Projectes d'implementació de la presa de decisions compartida

Saber no és prou; cal aplicar. Voler no és prou; cal fer.

— Johann Wolfgang von Goethe

Programa MAGIC Regne Unit

El programa MAGIC (Regne Unit, 2010–2013) explora com integrar la PDC a l'atenció primària i secundària de manera rutinària, mitjançant estratègies de millora de qualitat (25,166,256).

Barreres per a la implementació de la PDC

1. Percepció errònia de la pràctica actual
2. Limitacions de temps i recursos
3. Desconeixement i manca d'habilitats específiques
4. Resistència cultural i estructural

Resultats clau del programa MAGIC

1. Eines com *Option Grids*, que proporcionen resums breus i comparatius de les opcions de tractament, facilitant la discussió entre professionals i pacients (184).
2. Formació en comunicació: (tallers i role-play).
3. Activació dels pacients: (ex. campanya *Ask 3 Questions*).
4. Lideratge clínic i suport institucional
5. Mesura i avaluació de la qualitat de les decisions: Es van utilitzar instruments com el "*Decision Quality Measure*" per avaluar la qualitat de les decisions preses.

Aquestes troballes subratllen la importància d'abordar tant les barreres individuals com les organitzatives per integrar efectivament la PDC en la pràctica clínica rutinària. El programa MAGIC demostra que, amb les **eines adequades, formació i lideratge**, és factible implementar la PDC de manera efectiva i millorar l'atenció centrada en el pacient.

Exemple hospital d'Alemanya on s'ha implantat la presa de decisions compartida

La **Llei de Drets dels Pacients d'Alemanya** (2013) estableix que tota intervenció mèdica requereix consentiment informat, garantint el dret dels pacients a informació clara i decisions autònomes (257).

Dins aquest marc, es desenvolupa el projecte **SHARE TO CARE (S2C)** a l'Hospital Universitari de Schleswig-Holstein (Kiel, 2017–2021), com a intervenció multicomponent per implementar la PDC en tots els departaments clínics (245). El disseny de l'estudi inclou una avaluació pre i postintervenció per mesurar l'impacte de la implementació. El programa S2C combina diversos models d'intervenció:

1. Formació multimodal adreçada als clínics (amb crèdits de CME).
2. Activació dels pacients - *Ask 3 Questions*
3. EAD basades en evidència en format digital
4. *Decision coaching* per part d'infermeria o altres professionals.

Posteriorment, s'avaluen els efectes d'aquesta intervenció a partir dels resultats reportats pels pacients (258). Resultats:

- **Implementació reeixida** al Centre Neuromèdic (neurologia/neurocirurgia) (119).
- **Millora en la percepció de participació** dels pacients (escales PICS_{PDM} i CollaboRATE).
- Es crea una **escala docent de 6 passos** per facilitar l'ensenyament i aplicació de la PDC (259).
- **Sostenibilitat demostrada**: el manteniment del programa requereix menys recursos i queda integrat als departaments, amb suport financer addicional d'una asseguradora (118).

Projecte Decisions Compartides AQuAS - GENCAT

Decisions Compartides es crea amb l'objectiu d'informar a les persones per poder decidir conjuntament amb els i les professionals de la salut.

La iniciativa de Decisions compartides va començar l'any 2016 per elaborar EADs: <https://decisioncompartides.gencat.cat/ca/inici>

És un projecte que també dona recursos per a professionals, explica l'elaboració d'una EAD, com utilitzar-les, i iniciatives relacionades. Actualment disposa de EAD per:

Anticoncepció, artritis reumatoide, artrosi de genoll, atenció al final de la vida, càncer de pròstata, diabetis Mellitus tipus 2, endometriosis, esclerosi lateral amiotròfica, esclerosi múltiple, malaltia de Huntington, malaltia renal crònica, ostomia digestiva, ostomia urològica, reconstrucció mamària, síndrome canal carpià, vaginoplàstia.

Projecte Iniciadors (Catalunya)

Objectiu inicial (2014): estudiar la **no iniciació de nous tractaments**, una forma de no-adherència quan el pacient no comença la medicació prescrita. Més informació: www.iniciadores.es

El projecte s'emmarca en les intervencions complexes segons el Consell de Recerca Mèdica del Regne Unit, que promou dissenys aplicables a la pràctica clínica.

El projecte IMA-cRCT és la Fase 3 del projecte iniciadors. Es tracta d'un assaig clínic controlat aleatoritzat per conglomerats (cRCT) on s'avaluarà l'efectivitat i el cost-efectivitat de la intervenció d'Adherència Inicial a la Medicació o IMA (*Initial Medication Adherence*) (260). La intervenció IMA pretén millorar la informació i participació del pacient quan se li prescriu un nou medicament (167).

Àmbit i participants: Desenvolupat a diversos centres d'Atenció Primària de Catalunya. Participació de medicina, infermeria i farmacèutics comunitaris. Els professionals reben formació i eines per potenciar la PDC en el moment de la prescripció.

Avaluació: S'analitza si la intervenció és efectiva i viable econòmicament en comparació amb el tractament habitual. Es recull l'opinió de pacients i professionals sobre la possible implementació generalitzada en AP.

Recursos desenvolupats: Cinc Eines d'Ajuda a la Decisió (EAD), accessibles a <https://iniciadores.es>, en diversos idiomes (català, castellà, anglès, francès, xinès, urdú i àrab). Que cobreixen tractaments amb: **Antiagregants plaquetaris, antidiabètics injectables i orals, antihipertensius i hipolipemiants.**

2. JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI

El model comunicacional sobre la presa de decisions compartides (PDC) ha demostrat molts beneficis, i cada vegada hi ha més interès sobre el tema. La recerca sobre el model de PDC i les eines d'ajuda a la decisió (EAD) continua avançant. Entre 2009 i 2018, l'augment d'estudis sobre la PDC ha estat considerable (de 229 a 1199), amb els Estats Units liderant aquest camp. La major part de les publicacions sobre el tema es concentren a la revista *Patient Education and Counselling*, on la Dra. France Légaré destaca com una de les autores més prolífiques (278 articles) (261).

Tot i l'augment d'estudis i l'interès creixent, encara no hi ha una docència adequada ni transversal sobre la PDC, i tampoc existeix un model estàndard per a la seva ensenyança. L'evidència bàsica que dona suport a l'efectivitat dels programes docents sobre la PDC és escassa i de baixa qualitat (240). Per aquest motiu, considerem essencial incorporar un programa educatiu sobre la PDC durant la formació dels metges i metgesses de Medicina de Família. Un cop demostrada la seva eficàcia, el programa podria generalitzar-se a altres especialitats.

Donada l'escassa bibliografia sobre la formació en PDC i la importància que els professionals integrin aquests principis en la seva pràctica clínica, el present estudi pretén fer un pas endavant per evidenciar que els residents poden incorporar els principis de la PDC durant la seva formació. Tot i que la literatura prèvia recull alguns programes formatius en PDC, la gran majoria estan dirigits a metges i metgesses amb anys d'experiència clínica (220,221,262–271).

Aquest projecte vol avaluar si es produeixen canvis actitudinals i d'habilitats clíniques envers el model de PDC, mitjançant un programa formatiu dissenyat per l'estudi a partir de la literatura existent i l'experiència dels investigadors. L'avaluació es durà a terme en entorns de simulació clínica, utilitzant escales específiques per mesurar la PDC.

Considerem que un projecte de recerca d'aquestes característiques és una necessitat social, tant per oferir una formació més adequada als futurs professionals de la Medicina de Família com, encara més important, per la seva repercussió social futura.

3. HIPÒTESI

“La pràctica mèdica com a “art”?

Potser ocasionalment, però sens dubte com a “artesanía”

— Francesc Borrell

L'aplicació d'un curs de formació en PDC incorporat des de la residència d'especialització en medicina familiar i comunitària (MFIC), implicarà un canvi d'actituds i millora en habilitats comunicatives dels residents, que facilitarà que aquests posteriorment apliquin el model a la pràctica clínica diària de l'Atenció Primària (AP). Es demostrarà alhora un increment significatiu en la incorporació d'habilitats comunicatives del model deliberatiu de la PDC.

4. OBJECTIUS

4.1 Objectiu Principal

Avaluar l'efectivitat d'una formació específica en PDC dirigida a metges residents de MFIC per adquirir i/o aconseguir millores en habilitats comunicatives entorn a la PDC, en l'atenció clínica de pacients.

4.2 Objectius Secundaris

1. Demostrar la factibilitat en el desenvolupament d'un curs de formació basat en habilitats comunicacionals del model deliberatiu de la PDC per a metges residents de MFIC.
2. Descriure el procés de traducció i adaptació transcultural de l'escala Observador OPTION⁵ de l'anglès al castellà.
3. Analitzar la validesa i la fiabilitat de l'escala Observador OPTION⁵ en castellà per al seu ús en docència en residents de MFIC.
4. Avaluar les diferències en la implementació del model de PDC en entrevistes amb pacients simulats, entre un grup control i un grup intervenció.

5. MATERIAL I MÈTODES

Un objectiu sense un pla és només un desig

— Antoine de Saint-Exupéry

5.1 1^a fase

5.2 Disseny

Estudi metodològic de traducció i validació preliminar de l'escala Observer OPTION⁵.

5.3 Traducció i adaptació transcultural de l'escala Observer OPTION⁵

Es va seguir la metodologia proposada pels mateixos autors de l'escala original (Figura 13) (272). La qual difereix lleugerament de les metodologies habituals proposades per *Beaton et al* (273), les recomanacions de *ISPOR Task Force*, o altres (274–276).

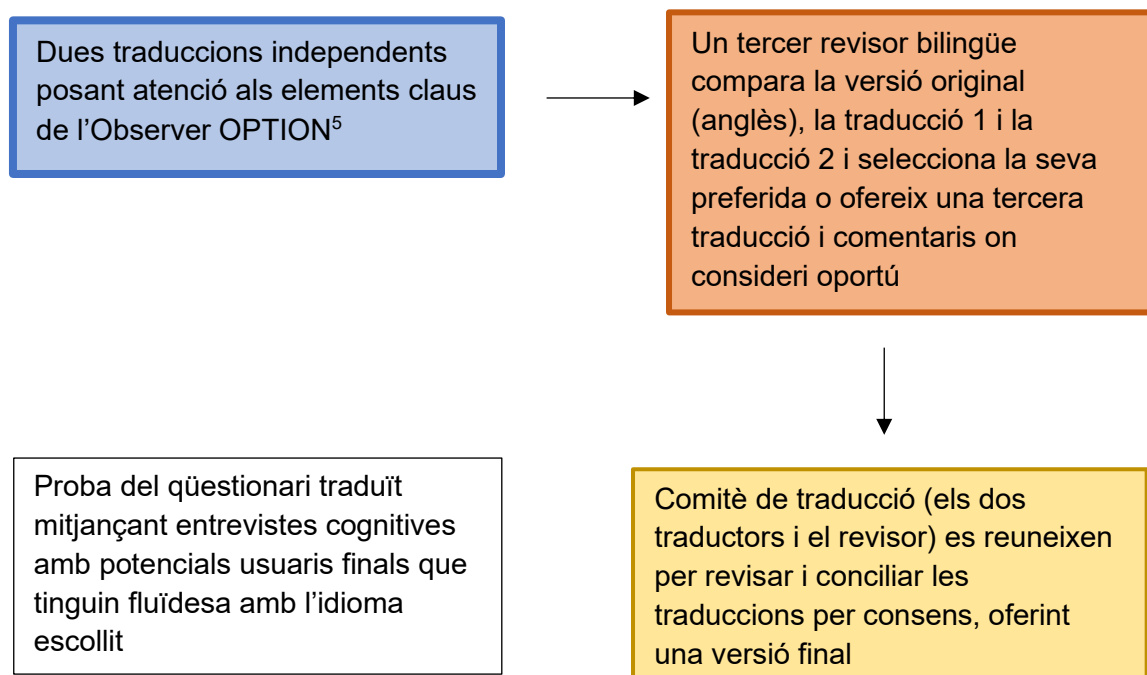


Figura 13. Procediment de traducció de l'escala OPTION⁵ recomanat pels autors originals

- a) Traducció directa de l'escala original (anglès) al castellà: Va ser traduïda per dues traductores independents (amb l'encàrrec específic de parar atenció a elements clau de l'escala Observer OPTION⁵ i assegurar-ne la comprensió conceptual, terminològica i contextual). Tot i que habitualment és preferible que tinguin perfils diferents (un més mèdic, i l'altre més lingüístic), els autors de l'escala original remarquen que no importa el perfil i/o els antecedents dels traductors.
 - a. La primera traducció va ser realitzada per la doctoranda (Sara Anna Davies Daunas), bilingüe.
 - b. La segona traducció la va dur a terme la Dra. Valeria Pacheco Huergo, metgessa de família d'origen sud-americà establerta a Barcelona, amb àmplia experiència clínica i docent en presa de decisions compartida (PDC).
- b) Un revisor amb domini de l'anglès i el castellà compara la versió original (anglesa) amb les dues traduccions generades (traducció 1 i traducció 2), i selecciona la versió més adequada per a cada ítem o, si escau, proposa una tercera formulació més fidel al significat original i adequada al context clínic i cultural, acompanyada dels comentaris justificatius pertinents.
 - a. En aquest estudi, aquesta tasca la va dur a terme la Dra. Lilibeth Perestelo-Pérez, doctora en psicologia clínica i de la salut, cofundadora de la Xarxa Iberoamericana de Presa de Decisions Compartida (REDES) i coautora de la traducció i validació al castellà del qüestionari TDC-C-9 (246), també utilitzat en aquest treball. La seva aportació va ser fonamental per assegurar la consistència terminològica entre instruments i la validesa transcultural del qüestionari OPTION⁵ en el nostre context.
- c) Reunió del comitè de traducció per a la versió final consensuada
 - a. El comitè de traducció, format per les dues traductores independents i la revisora, es va reunir virtualment amb l'objectiu de revisar conjuntament totes les propostes i acordar per consens la versió final de la traducció del qüestionari.

- d) Retrotraducció (*back translation*): tot i que la majoria de guies per la traducció d'una escala en salut ho recomanen, els autors de l'escala de mesura Observer OPTION⁵ no requereixen una contra-traducció. De totes maneres, en el present estudi es va demanar a un ex-professor i ex-traductor d'anglès-castellà i castellà-anglès que la fes, per comprovar que no hi haguessin diferències importants que poguessin comprometre el significat de les preguntes del qüestionari. Als resultats es presenta la traducció final i la contra-traducció s'adjunta a l'Annex 6.
- e) Valoració de la versió traduïda per un comitè d'experts format per consumidors finals de l'escala.
- Finalment i amb l'objectiu de garantir la qualitat lingüística i la validesa de contingut (277) de la traducció al castellà de l'escala OPTION⁵, els autors suggereixen que es compti amb l'opinió d'experts en habilitats comunicatives i PDC, amb fluïdesa en la llengua de destinació. Per aquest motiu, es va sol·licitar la col·laboració de 10 experts de reconegut prestigi a nivell estatal, amb experiència tant en l'àmbit de la PDC com en la docència en comunicació i salut, especialment en el context de la medicina de família. Tots ells formen part del grup de treball Comunicación y Salud de la SEMFyC.
 - Aquests experts van rebre el qüestionari de valoració, elaborat mitjançant la plataforma *Google Forms*, juntament amb l'escala OPTION⁵ traduïda i el corresponent manual d'ús traduït. En els resultats s'inclou l'escala traduïda, així com els comentaris i suggeriments aportats pels participants. Tot i que es considerava imprescindible recollir la seva opinió, no es van introduir modificacions en la versió final traduïda de l'escala. El manual d'ús i el formulari emprat s'adjunten a l'Annex 7 i Annex 9 respectivament.

5.4 Validació preliminar de la traducció del Observer OPTION⁵

Dos observadors independents van avaluar els primers vídeo-enregistraments (VE) de manera reiterada fins a assolir un coeficient de **correlació intraclasse** (CCI) —en anglès *intraclass correlation coefficient (ICC)*— **superior a 0,6**, valor suggerit pels autors de l'escala com a indicador de fiabilitat interobservador acceptable. Aquest llinar va permetre continuar l'avaluació de la resta de VE de manera individual per part de cada observador.

Per tal d'obtenir una bona concordança interobservador en l'àmbit de les proves diagnòstiques en salut, habitualment s'estableix com a criteri un CCI > 0,75 (278). No obstant això, per a l'escala de mesura Observer OPTION⁵, els seus autors consideren acceptable un CCI > 0,6, obtingut a partir de la comparació de cinc enregistraments d'àudio o vídeo (272). En el present estudi, ens vam centrar en analitzar els resultats obtinguts mitjançant el model de mesures úniques, atès que la resta de VE serien avaluats individualment per cada observador.

1^a ronda: L'avaluació es va dur a terme mitjançant una comparació inicial interobservador dels primers 20 vídeo-enregistraments (VE), realitzada per dos avaluadors independents, que van ser els mateixos al llarg de tot el procés. Ambdós observadors es trobaven cecs respecte al grup assignat als residents (GC o GI), així com també desconeixien si l'entrevista corresponia al moment previ o posterior al curs.

Els VE van ser numerats de manera aleatòria, sense seguir cap ordre seqüencial, de manera que no proporcionaven cap indici sobre el grup assignat ni sobre el moment temporal en què s'havia realitzat l'entrevista simulada.

2^a ronda: Es va dur a terme una segona ronda d'avaluació dels 20 primers vídeo-enregistraments (VE) aproximadament un mes i mig després de la primera ronda, amb l'objectiu de calcular la correlació interobservador i intraobservador.

Amb l'objectiu d'unificar els criteris de puntuació i garantir una aplicació consistent de l'escala, es van dur a terme dues sessions de treball entre els dos observadors i la doctoranda. Com a resultat d'aquestes trobades, es van elaborar unes notes complementàries (NOTAS) incorporades al manual d'ús traduït de l'escala OPTION⁵. Aquestes NOTAS especifiquen criteris detallats per a la puntuació dels ítems i tenen una doble funció: facilitar la coherència en l'avaluació i adaptar l'escala al context cultural estatal, amb l'objectiu d'incrementar-ne la validesa transcultural.

Els VE corresponen a les gravacions en vídeo de consultes simulades realitzades durant la 2^a fase de l'estudi pels residents amb una pacient simulada (PS), tant abans com després de la intervenció. Aquest material audiovisual permet avaluar el grau de PDC des de la perspectiva de l'observador i en diferit.

5.5 2ª fase

5.6 Disseny i període de realització

Estudi pilot d'intervenció, abans-després, amb un disseny experimental, longitudinal i amb grup control.

La recollida de dades es va dur a terme al llarg de tres anys consecutius (2022, 2023 i 2024).

Tot el projecte es troba entre octubre de 2019 i juny de 2025, tal com s'il·lustra a la Figura 14.

Període de desenvolupament del present projecte.

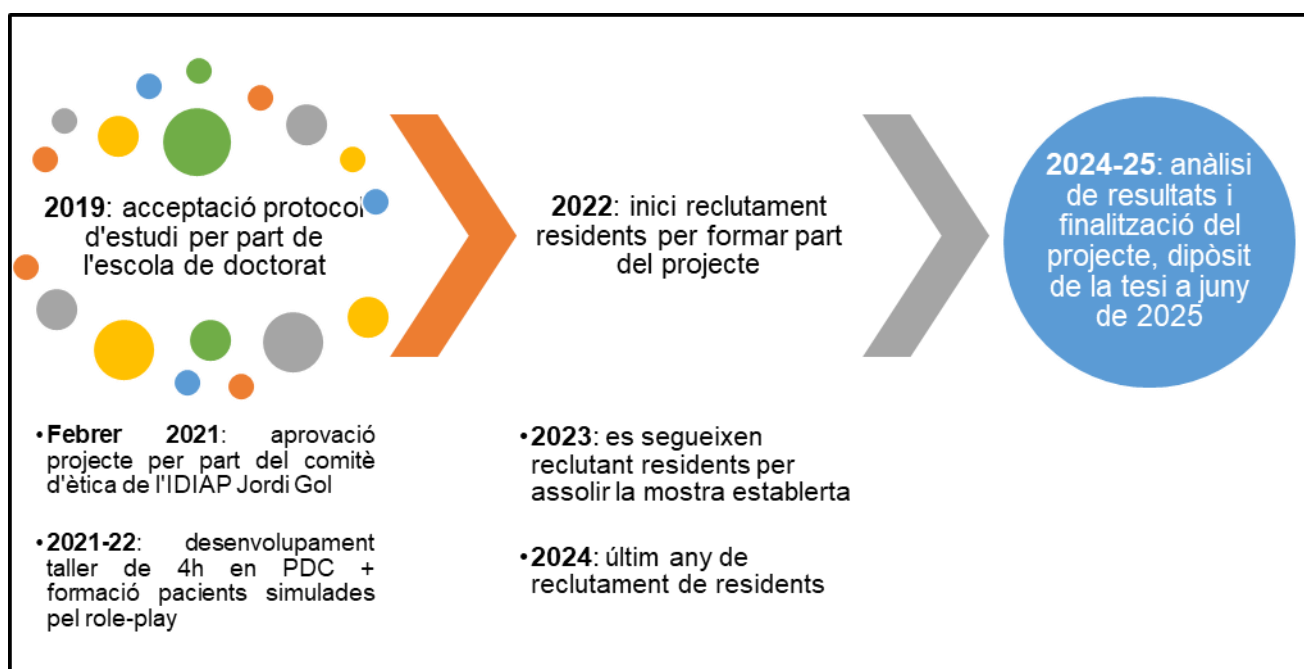


Figura 14. Període de desenvolupament del present projecte

5.7 Població d'estudi

Metges/esses Residents de segon any de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC) de la Unitat Docent Multiprofessional AFiC (atenció familiar i comunitària) de Barcelona de l'Institut Català de la Salut (ICS), que assistien al curs obligatori d'Entrevista Clínica (EC).

Criteris d'inclusió

Residents que assistissin al curs d'EC i que volguessin participar en l'estudi. Es va explicitar en tots els casos que la participació a l'estudi era voluntària, i que en cap cas la seva decisió afectaria el desenvolupament i l'avaluació de la seva assistència al curs.

Criteris d'exclusió

Residents que no firmessin el consentiment informat de participar en l'estudi, i/o que no accedissin a ser video-enregistrats abans i posteriorment al curs formatiu i/o alumnes que no completessin les hores formatives del curs.

Mida de la mostra i procediment de mostratge

La mida de la mostra a priori es va establir a partir de l'experiència prèvia dels investigadors i dels professionals tècnics de salut implicats en el desenvolupament del projecte, així com basant-se en criteris extrets d'estudis previs sobre càlcul mostral (5). Es va optar per definir una mida de mostra orientativa prèviament fixada, però amb un cert marge de flexibilitat, atesa la naturalesa voluntària de la participació i les possibles variacions en la disponibilitat dels residents.

A més, es van considerar les mides mostrals d'un estudi previ en què es van emprar els mateixos qüestionaris que els utilitzats en aquest treball per avaluar competències en habilitats comunicatives vinculades a la PDC, tot i que en un context molt diferent (220). També es van revisar altres estudis similars que han avaluat programes formatius d'entrevista motivacional (EM) en professionals sanitaris (15) o en residents, malgrat la limitada bibliografia disponible per establir una mida mostral ideal en aquest àmbit concret.

Tanmateix, tenint en compte que es tracta d'un estudi pilot orientat a avaluar la factibilitat de la implementació d'un programa docent en PDC dins la formació de residents de MFIC, es va considerar recomanable una mostra mínima de 30 a 50 participants (1,5–7).

Finalment, es va establir que una mida de mostra acceptable seria la de 30 participants mínim per grup, amb una mostra total mínima de 60 participants entre GC i GI (5).

Assignació de grups

El Grup control (GC) i grup intervenció (GI), es van plantejar de la següent manera:

La recollida de dades es va dur a terme al llarg de tres anys consecutius (2022, 2023 i 2024). Donat que cada edició anual del curs comptava amb tres o quatre grups de residents (edicions), es va optar per assignar al **GC** els participants de les primeres dues edicions dels anys 2022 i 2023, i només la primera edició del 2024. Les tres darreres edicions del 2024 van ser assignades al **GI**, amb l'objectiu d'equilibrar la mida mostral entre els dos grups. El motiu d'assignar al GC les edicions primeres i al GI les finals de cada any va ser per evitar la contaminació entre participants respecte al contingut de la intervenció.

Es va realitzar una recollida de dades a tots els participants en dues fases: una prèvia a l'inici del curs i una altra entre 6 i 8 setmanes després de la seva finalització (es va establir aquest temps per l'experiència prèvia dels investigadors i la corba de l'oblit (279)). Les dades es van obtenir mitjançant qüestionaris i vídeo-enregistraments (VE) de la consulta simulada. El primer VE va ser registrat durant el primer dia de curs.

Per a la selecció de la mostra, a l'inici de cada edició del curs es van reclutar els residents que van acceptar **voluntàriament** participar en l'estudi. Prèviament, se'ls havia fet arribar un document informatiu amb una explicació detallada del projecte (Annex 9). A més, abans d'iniciar la primera sessió del curs, la doctoranda va explicar novament el projecte presencialment per resoldre dubtes i reforçar la informació. Un cop confirmada la seva participació, els residents signaven un consentiment informat tant per a la participació en l'estudi com per al vídeo-enregistrament (Annex 10). El període de reclutament es va mantenir flexible fins a assolir la mida mínima de la mostra establerta a priori.

Atès que el projecte s'integra dins d'un programa formatiu ja existent i obligatori (el curs d'EC) durant la residència), no s'esperaven pèrdues significatives un cop obtingut el consentiment informat dels participants. No obstant això, es van adaptar al màxim les condicions de participació, especialment pel que fa a la recollida dels VE posteriors al curs, per facilitar-ne la realització.

La recollida de dades va incloure les següents variables:

- **Dades demogràfiques:** sexe i edat;
- **Duració de la consulta** (calculada a partir dels VE);
- **Resultats dels qüestionaris:** TDC-C-9, QDOC i OPTION⁵ (aquest últim avaluat en diferit per observadors independents mitjançant l'anàlisi dels VE).

Durant el procediment de reclutament dels participants, la secretària de la Unitat Docent va tenir un paper fonamental en el desenvolupament logístic de l'estudi. Va facilitar les llistes dels residents que assistien a cada edició del curs, i va col·laborar en el contacte amb alguns d'ells quan va ser necessari per realitzar el seguiment posterior a la intervenció.

5.8 Variables

Es presenten a la Taula 13. Variables de l'estudi:

Variable	Tipus de variable	Font de dades
Edat	Independent	Recollida de dades
Sexe - Home - Dona	Independent	Recollida de dades
Any de participació	Independent	Any de participació segons curs en què eren residents de 2n any de MFiC
Programa formatiu en PDC	Independent	Creat en col·laboració entre el docent principal del curs d'EC i la IP
Nombre de participants	Dependent	Recollida de dades
Puntuació total TDC9 previ	Dependent	Enquesta prèvia formació
Puntuació total TDC9 posterior	Dependent	Enquesta posterior formació
Puntuació total QDOC	Dependent	Enquesta prèvia formació
Puntuació total QDOC posterior	Dependent	Enquesta posterior formació
Valoració traducció escala OPTION5 experts	Dependent	Es fa una enquesta amb <i>google forms</i> per a valorar les seves opinions
Puntuació total OPTION ⁵ previ	Dependent	Vídeo-enregistrament
Puntuació total OPTION ⁵ posterior	Dependent	Vídeo-enregistrament
Duració en minuts de la consulta prèvia	Dependent	Vídeo-enregistrament
Duració en minuts de la consulta posterior	Dependent	Vídeo-enregistrament

Taula 13. Variables de l'estudi

Variables d'exposició/independents

Característiques sociodemogràfiques

L'edat, el sexe i any de participació dels participants.

Cas simulat per la consulta simulada

El cas pel *role-play* va ser el mateix per a tots els participants, fossin del GC o GI, abans i després del curs d'EC. És el següent:

La Maria és una dona de 64 anys

- Fumadora
- Hipertensió arterial (diagnosticada fa uns 6 mesos, tractada amb enalapril 10mg i controls de xifres tensionals entorn a 140/90mmHg),
- Sedentària.
- Fa 6 mesos se li va detectar en una analítica una xifra de colesterol total de 300mg/dL (HDL 40mg/dL), amb el càlcul de REGICOR, fa que aquest sigui del 13% (recomanació de tractament farmacològic).
 - Llavors es va decidir derivar a infermeria per recomanacions higiènicodietètiques per dur a terme durant uns 6 mesos i fer un control analític de control. En el control analític, surten les mateixes xifres de colesterol.

El resident fa de metge i una actriu (no professional) fa de pacient simulada (PS). Plantejar l'inici o no d'un tractament farmacològic, acordar un pla de tractament i seguiment posterior.

5.8.1.1.1 Elecció i formació de les pacients simulades (PS)

La pacient simulada va ser interpretada per tres metgesses expertes en comunicació i salut, amb experiència prèvia en la realització de *role-plays* clínics orientats a la pràctica d'habilitats comunicatives.

El cas clínic que representaven corresponia a la Maria, una pacient amb un antecedent familiar destacat: el seu pare havia patit un infart de miocardi als 80 anys i, posteriorment, una miopatia induïda per estatines (atorvastatina 40 mg), que el va deixar en cadira de rodes a causa d'un retard en el diagnòstic. Aquesta informació, però, només es compartia si el professional sanitari la sol·licitava explícitament o d'alguna manera rellevant durant l'entrevista clínica, amb l'objectiu de valorar l'exploració espontània del pacient i la capacitat d'indagació per part del professional.

Es va optar per utilitzar una pacient simulada (PS) (i no estandarditzada), ja que aquest model es basa en una estructura flexible però coherent amb el perfil clínic establert. A diferència del pacient estandarditzat (PE) —que segueix un guió rígid i idèntic en cada interacció—, la pacient simulada respon activament a les preguntes dels participants i modula la informació proporcionada segons el desenvolupament de la consulta (68,69).

Aquest enfocament permet avaluar de manera més realista les habilitats comunicatives i l'aplicació de la PDC, mantenint alhora un nivell suficient de control i coherència per garantir la comparabilitat dels casos entre participants.

Creació d'un programa formatiu en presa de decisions compartida

Es va dissenyar un programa formatiu del model deliberatiu de la presa de decisions compartida (PDC), elaborat a partir de la revisió de la literatura existent —amb especial atenció al model de les Tres Converses de *Glyn Elwyn* (117) i l'experiència docent prèvia de l'equip investigador.

Aquest programa es va integrar dins el curs d'Entrevista Clínica (EC), amb una durada total de 16 hores. A la Taula 14. Diferències entre el contingut habitual del curs d'EC i la versió amb el programa de PDC incorporat es presenten les principals diferències entre el contingut habitual del curs d'EC i la versió modificada amb el mòdul de PDC incorporat. L'Annex 11 i l'Annex 12 recullen, respectivament, els continguts detallats del programa del curs d'EC i del programa incorporat sobre PDC.

Curs entrevista clínica (EC) – 16h	Curs EC amb la incorporació del programa formatiu en PDC – 16h
<u>Sessió 1. Model general de la comunicació</u> • Característiques de l'entrevistador • Elements de la Comunicació No Verbal en la relació metge-pacient • Interferències en la comunicació	<u>Sessió 1. Model general de la comunicació</u> • Fase exploratòria de l'entrevista • Elements de la Comunicació No Verbal • Entrevista Semiestructurada en la Fase exploratòria • L'entrevista centrada en el pacient.
<u>Sessió 2. Fase exploratòria de l'entrevista</u> • Entrevista semiològica i de integració psicosocial • Entrevista Semiestructurada en la Fase Exploratòria • L'entrevista centrada en el pacient. L'escolta activa a la consulta	<u>Sessió 2. Fase resolutiva de l'entrevista</u> • Entrevista Semiestructurada en la Fase Resolutiva • Informar-Persuadir-Negociar
<u>Sessió 3. Fase resolutiva de l'entrevista</u> • Entrevista Semiestructurada en la Fase Resolutiva • Informar-Persuadir-Negociar-Motivar	<u>Sessió 3. Afavorir canvis i facilitar acords mutus</u> • Elements de l'entrevista Motivacional • Elaborant un pla d'actuació conjunt.
<u>Sessió 4. Situacions específiques</u> • Entrevistes telefòniques • Donar males notícies en medicina. Entrevista Familiar. • Prevenció i abordatge de l'agressivitat	<u>Sessió 4. Model deliberatiu de la presa de decisions compartides – 4h</u> • Introducció teòrica del model • Pràctica de casos en la presa de decisions compartides a través de role-play en grups petit i en grup gran

Taula 14. Diferències entre el contingut habitual del curs d'EC i la versió amb el programa de PDC incorporat

Variables de resposta/dependents

Variables per mesurar l'aprenentatge

L'aprenentatge dels residents de MFIC sobre diverses habilitats comunicatives pròpies del model deliberatiu de la PDC es va avaluar mitjançant tres qüestionaris complementaris, cadascun des d'una perspectiva diferent:

1. TDC-QDOC: autoadministrat pel resident.
2. TDC-C-9: omplert per la pacient simulada (PS).
3. OPTION⁵: aplicat per dos observadors externs en diferit, a partir de l'anàlisi de les consultes simulades enregistrades en vídeo (VE).

Els qüestionaris TDC-C-9 i QDOC tenen un temps de resposta aproximat de 2 minuts i es poden consultar a l'Annex 3 i Annex 4.

5.8.1.1.2 Instruments utilitzats

- **TDC-C-9** (*Shared Decision Making Questionnaire* - 9 ítems) (157).
 - Enfocat des de la perspectiva del **pacient** (en el present estudi per PS).
 - Versió traduïda i validada al castellà (157,246,247).
- **QDOC** (*Shared Decision Making Questionnaire, physician version*) (280).
 - Enfocat des de la perspectiva del **professional**.
 - Versió traduïda i validada al castellà (248,249).

El recompte total dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC no és vàlid si hi ha més de dues preguntes sense respondre. Els autors recomanen normalitzar els valors de les puntuacions obtingudes, per tenir resultats sobre 100 i facilitar-ne la interpretació. Es considera que una puntuació entre 50 i 60 correspon a un aprovat, entre 60 i 70 a un bé, 70–90 a un notable, i 90–100 a un excel·lent.

Els qüestionaris autoadministrats tant pel pacient com pel professional inclouen dues preguntes obertes inicials, que, per a finalitats d'anàlisi estadística, poden ser excloses de la presentació dels resultats quantitatius. Tanmateix, es va decidir analitzar-les des del punt de vista qualitatiu (duent a terme un anàlisi de contingut i temàtic).

Es va dur a terme una anàlisi ítem per ítem dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC per tal de comprovar si, més enllà dels resultats globals, també existia comparabilitat basal entre els dos grups (GC i GI) a nivell individual per ítem.

- **Observer OPTION⁵ (240)**

- Instrument que avalua la PDC des de la perspectiva d'un **observador** extern.
- En aquest estudi, dos observadors externs i cecs respecte al grup d'assignació dels residents i el moment de l'entrevista, van fer l'avaluació dels VE utilitzant la versió traduïda de l'escala.
- Tot i l'existència d'una versió prèvia, l'OPTION¹², traduïda i validada al castellà, es va optar per utilitzar l'OPTION⁵, versió més actual que els autors recomanen com a substituta. Es va dur a terme una traducció i validació preliminar de contingut de l'instrument, seguint les indicacions metodològiques establertes (1^a fase).
- El temps estimat per a cada avaluació era d'uns 5 a 10 minuts, més la durada del VE, resultant en un total d'aproximadament 15-20 minuts per vídeo.
- Prèviament a les avaluacions, els dos observadors i la doctoranda van realitzar una formació específica sobre l'ús de l'OPTION⁵ a través d'un curs oficial en línia, facilitat pels mateixos autors (281).
- Amb l'objectiu d'obtenir una anàlisi detallada, es va decidir desglossar l'evolució de la puntuació de cada ítem de l'escala, independentment del grup (GC o GI) al qual pertanyien els residents.
- Per tal de valorar la consistència entre observadors, els 10 primers vídeos d'entrevista (VE) van ser analitzats per tots dos observadors. Posteriorment, cadascun en va avaluar 67 de manera independent. Aquests VE corresponen tant al grup control (GC) com al grup intervenció (GI), i inclouen tant la fase preintervenció com postintervenció. Per aquest motiu, es va optar per comparar les puntuacions generals entre observadors, amb l'objectiu de detectar possibles diferències en el criteri de puntuació aplicat per cadascun.

Finalment, es va optar per realitzar un estudi de correlació entre els resultats dels tres qüestionaris, amb l'objectiu de determinar el grau de relació existent entre ells.

La secretària de la Unitat Docent va facilitar la impressió dels qüestionaris en paper, amb l'objectiu de tenir-los preparats per ser emplenats immediatament després dels vídeo-enregistraments (VE).

Material necessari

La Figura 15. Material necessari per al curs formatiu en PDC i per als vídeo-enregistraments resumeix el material necessari que es va emprar.

Recursos per a la implementació del programa formatiu:

- Es va dur a terme una revisió de la literatura per part dels docents responsables del curs amb l'objectiu de dissenyar i estructurar el programa formatiu en PDC.
- Va ser necessari que els residents que formaven part de les edicions on s'incorporava el programa formatiu en PDC, accedissin voluntàriament a participar a l'estudi.
- El programa es va incorporar dins del curs d'Entrevista Clínica (EC) ja existent, el qual ja presenta una metodologia alineada amb els objectius formatius del projecte.
- La distribució de l'aula en format U, pensada per afavorir la interacció docent-discents, ja estava implementada. Així mateix, es va fer ús de l'aula habitual de la Unitat Docent AFiC Barcelona ICS, equipada amb projector i pantalla.

Recursos per la realització dels vídeo-enregistraments (VE):

- Es va utilitzar una càmera de mida petita, propietat de la doctoranda, juntament amb un trípode compacte, per enregistrar les consultes simulades amb una qualitat i estabilitat suficients.
- Els VE es van dur a terme principalment a aules proporcionades per la Unitat Docent MFiC Barcelona ICS. La reserva i gestió de la disponibilitat d'aquestes aules també es va coordinar a través de la secretària de la UD, qui va col·laborar activament en la planificació logística de l'estudi. Alguns enregistraments es van realitzar també en altres espais assistencials:
 - CAP El Clot, on es va cedir una consulta.
 - CAP Raval Sud – Drassanes, on es va enregistrar un dels casos.
- Per a la representació dels casos clínics, es va contar amb la participació de pacients simulades, que van dur a terme el seu paper dins dels *role-plays* enregistrats en vídeo segons el cas establert.
- Impressió en paper dels qüestionaris i dels documents de consentiment informat per disposar-ne abans dels VE.

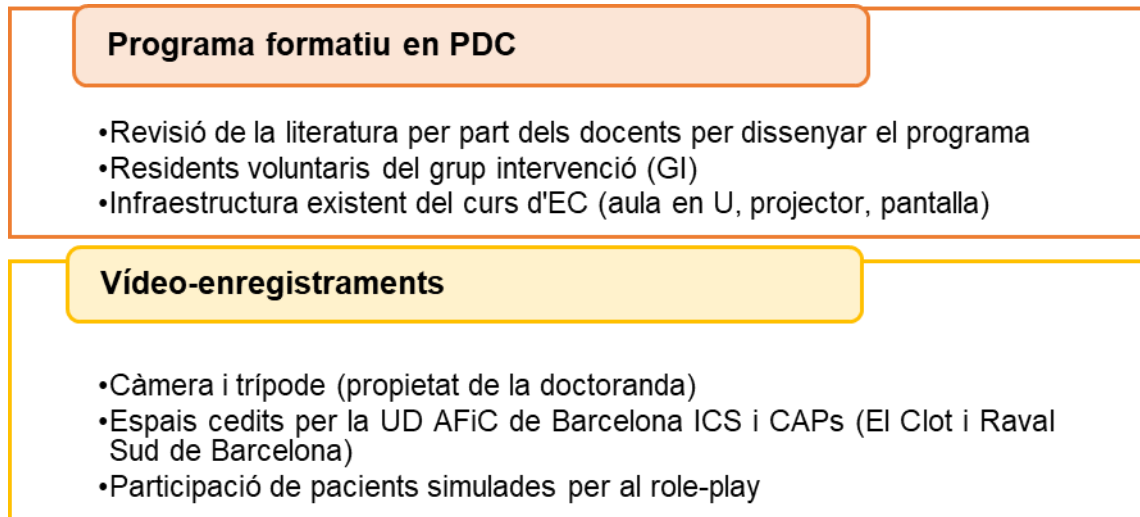


Figura 15. Material necessari per al curs formatiu en PDC i per als vídeo-enregistraments

5.9 Anàlisi estadística

Les variables qualitatives (categòriques) es resumeixen mitjançant la seva freqüència absoluta i relativa (percentatge), mentre que les variables quantitatives es descriuen amb la seva **mitjana i desviació estàndard**.

Per a la comparació de proporcions (com el sexe), s'aplica la prova de **Khi quadrat**. En el cas de la comparació de mitjanes (com l'edat, els resultats dels qüestionaris i la duració de la consulta), s'utilitza el **test t de Student** per a dades independents.

Per a l'estudi de la concordança intraobservador i interobservador durant la validació preliminar de la versió traduïda de l'escala OPTION⁵, s'utilitza el **coeficient de correlació intraclass (CCI)**, aplicant el model de mesures úniques amb dos observadors fixos. Seguint els criteris establerts per Elwyn et al. (272) es considera acceptable un valor de CCI superior a 0,60.

La comparabilitat basal entre els grups es comprova amb la **prova de Levene**, per verificar la igualtat de variàncies.

Per avaluar l'evolució de les puntuacions dels qüestionaris i del temps de resposta al llarg del temps, es realitza una **anàlisi de la variància per a mesures repetides (ANOVA)**, amb dos factors: moment temporal (basal i postintervenció) i grup d'assignació (intervenció i control), analitzant la significació de la interacció "moment × grup".

Per examinar la correlació entre els resultats dels diferents qüestionaris, així com entre les puntuacions de l'escala OPTION⁵ i la duració de la consulta, s'utilitza el **coeficient de correlació de Pearson**.

El nivell de significació estadística es fixa en $p < 0,05$ (bilateral). Les anàlisis es duen a terme amb el programari SPSS per a Windows, versió 27.0 (282).

5.10 Consideracions ètiques

Es va informar als participants de l'estudi sobre els objectius del mateix i sobre les intervencions vinculades a la participació.

Se'ls va entregar un full informatiu detallant per escrit aquesta informació, i se'ls va sol·licitar que signessin un consentiment escrit per participar en l'estudi. A l'Annex 7 es troba el full d'informació pel resident sobre el projecte; i a l'Annex 8 els consentiments informats, tant per participar a l'estudi com per els video-enregistraments.

Es va informar de l'ús confidencial i únicament per part dels investigadors principals dels videoenregistraments, que estaran custodiats fins al final de l'estudi per la investigadora principal, moment en el qual seran destruïts. Els VE només van ser utilitzats per a assolir els objectius de l'estudi, sense fer-ne cap altre ús.

Les dades recollides a les enquestes han estat gravades en una base de dades on no constarà cap informació personal que pugui identificar al participant. El codi assignat a cada participant estarà vinculat amb les dades personals en un fitxer apart de la base de dades, i únicament hi pot accedir la investigadora principal.

S'assegurarà la confidencialitat i anonimat de les dades segons les lleis estatals vigents (Segons el reglament 2016/679 del Parlament europeu i del Consell del 27 d'abril de 2016 de Protecció de dades i llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals) tant a la fase d'execució com en les presentacions o publicacions que en deriven de l'estudi.

El projecte està sota tutela del Comitè Ètic de la Investigació (CEI) de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol):

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 24/02/2021, ha avaluat el projecte *Estudi pilot sobre l'aplicació d'un taller docent sobre el model comunicacional de presa de decisions compartides a la consulta per a metges/ses residents/es de medicina familiar i comunitària* amb el **codi 21/011-P** presentat per l'investigador/a Josep Maria Bosch Fontcuberta.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Signat a Barcelona 1/3/2021.

6. RESULTATS

*Els fets són sempre aliats:
qualsevol prova que es pugui obtenir en qualsevol
àmbit ens acostarà una mica més a la veritat*
— Carl R. Rogers

6.1 1a fase

6.2 Traducció qüestionari de l'observador OPTION⁵

Es van obtenir dues traduccions directes, i se'n va consensuar una versió definitiva amb la revisió d'una tercera persona. La versió final traduïda de l'escala OPTION⁵ es presenta a Taula 15. Traducció final de l'escala OPTION⁵ al castellà. Es va realitzar també una retrotraducció, que es pot consultar a l'Annex 6.

A l'Annex 5 s'adjunta la versió original en anglès (283) i a l'Annex 7 la traducció del manual d'ús de l'escala.

En el procés de traducció de l'escala no suggereixen la traducció del manual, però a la mateixa plantilla de puntuació, suggereixen llegir el manual per a més detalls, així que es va pensar que era indispensable traduir també el manual, per a poder puntuar de manera més precisa els seus ítems, així com a guia perquè els dos avaluadors externs que avaluaven els VE amb aquesta mesura, tinguessin una referència sòlida. És un manual treballat i amb comentaris afegits respecte l'original, per adaptar-ho a la nostra cultura i al nostre llenguatge.

Plantilla de Puntuación de la Escala del Observador OPTION⁵

Fecha

Número / Nombre

Ítem 1: Para el problema de salud que se está tratando, el clínico señala o confirma que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, o que es necesario tomar una decisión. Si es el paciente, en lugar del clínico, quien llama la atención sobre la disponibilidad de otras opciones, el clínico responde acordando que las opciones necesitan ser deliberadas. 0 = Sin esfuerzo 1= Esfuerzo mínimo 2 = Esfuerzo moderado 3 = Esfuerzo competente 4 = Esfuerzo ejemplar
Ítem 2: El clínico tranquiliza al paciente o reafirma que lo apoyará para que se informe o delibere sobre las opciones. Si el paciente indica que ha buscado u obtenido información antes del encuentro, el clínico apoya el proceso de deliberación. 0 = Sin esfuerzo 1= Esfuerzo mínimo 2 = Esfuerzo moderado 3 = Esfuerzo competente 4 = Esfuerzo ejemplar
Ítem 3: El clínico proporciona información o verifica la comprensión de las opciones que se consideran razonables (lo cual puede incluir no realizar ninguna acción), para apoyar al paciente en la comparación de alternativas. Si el paciente solicita una aclaración, el clínico apoya el proceso. 0 = Sin esfuerzo 1= Esfuerzo mínimo 2 = Esfuerzo moderado 3 = Esfuerzo competente 4 = Esfuerzo ejemplar
Ítem 4: El clínico hace un esfuerzo por conocer las preferencias del paciente en relación con las opciones que se han descrito. Si el paciente expresa su(s) preferencia(s), el clínico lo apoya. 0 = Sin esfuerzo 1= Esfuerzo mínimo 2 = Esfuerzo moderado 3 = Esfuerzo competente 4 = Esfuerzo ejemplar
Ítem 5: El clínico hace un esfuerzo por integrar las preferencias del paciente a medida que se toman las decisiones. Si el paciente indica cuál es la mejor forma de integrar sus preferencias en el proceso de toma de decisiones, el clínico se esfuerza por hacerlo. 0 = Sin esfuerzo 1= Esfuerzo mínimo 2 = Esfuerzo moderado 3 = Esfuerzo competente 4 = Esfuerzo ejemplar

Resumen de puntuación (ver Manual para más detalles).

Puntuación	Descripción
0 = Sin esfuerzo	No se observa ningún esfuerzo.
1 = Esfuerzo mínimo	El esfuerzo por comunicar puede ser deducido o interpretado.
2 = Esfuerzo moderado	Se utilizan frases u oraciones básicas.
3 = Esfuerzo competente	Se utilizan frases u oraciones significativas.
4 = Esfuerzo ejemplar	Se utilizan métodos de comunicación claros y precisos.

Taula 15. Traducció final de l'escala OPTION⁵ al castellà

6.3 Validació preliminar de la traducció del qüestionari Observador OPTION⁵

Valoració per part dels experts sobre la traducció de la escala OPTION⁵

Un cop completada la traducció de l'escala OPTION⁵, es va fer arribar als experts seleccionats —usuaris finals de l'instrument— tant l'escala com el manual d'ús traduït, amb l'objectiu de recollir la seva opinió sobre la comprensió i la claredat de la versió traduïda de l'escala Observer OPTION⁵.

Es va dissenyar un qüestionari específic que incloïa, per a cadascun dels cinc ítems d'avaluació, una doble pregunta:

1. Si l'ítem es comprenia adequadament,
2. I si proposarien alguna modificació.

Així mateix, es va plantejar la mateixa estructura de preguntes per valorar la claredat i comprensió del sistema de puntuació de cada ítem.

Es va rebre una resposta unànime indicant que tots els ítems eren entenedors, excepte en el cas de l'ítem 4, en què un expert va marcar que no s'entenia clarament, tot aportant una justificació raonada.

Tot i que la majoria d'experts van indicar que els ítems eren comprensibles, molts van suggerir modificacions o millores, que es reproduïen a continuació. S'ha optat per presentar les respostes textualment en l'idioma original rebut, sense edició prèvia, i es comentaran i analitzaran més endavant a l'apartat de Discussió:

Ítems

- **Ítem 1:** Para el problema de salud que se está tratando, el clínico señala o confirma que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, o que es necesario tomar una decisión. Si es el paciente, en lugar del clínico, quien llama la atención sobre la disponibilidad de otras opciones, el clínico responde acordando que las opciones necesitan ser deliberadas.

"Aceptando que también deben tratarse". Aceptando en vez de acordando, porque yo creo que lo que se le pide al clínico inicialmente es que considere las opciones que presenta el paciente (familia) al mismo nivel que las que pueda presentar el profesional, para que puedan discutirse y valorarse (para incluirlas en el proceso deliberativo). Acordar hablaría ya de un producto al final de la deliberación. "Tratarse" porque imagino que, en general, es difícil observar que un clínico le diga a un paciente "tus opciones también necesitan ser deliberadas".

La formularía más sencilla: "Si es el paciente el que llama la atención sobre la disponibilidad de opciones, el clínico responde acordando que las opciones necesitan deliberación"

Ítem 1 señala o confirma. Confirma corresponde a cuando el paciente toma la iniciativa.

"En relación al problema de salud que se está tratando, el clínico señala o confirma que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, o que es necesario tomar una decisión. Cuando es el paciente quien llama la atención sobre la disponibilidad de otras opciones, el clínico responde facilitando la deliberación de las mismas."

- **Ítem 2:** El clínico tranquiliza al paciente o reafirma que lo apoyará para que se informe o delibere sobre las opciones. Si el paciente indica que ha buscado u obtenido información antes del encuentro, el clínico apoya el proceso de deliberación.

"a) Reafirma" suena raro en castellano (?). Sugiero considerar "confirma", "asegura"... b) En vez de deliberar sobre las opciones, considerar "sopesar", "valorar"... Por ejemplo: "El clínico tranquiliza al paciente o confirma que lo apoyará/ayudará para que se informe bien o para valorar las opciones (existentes)". c) En vez de "apoya": "facilita", "promueve"

“El término "tranquiliza" al principio de la frase no me parece el más apropiado, creo que sería más adecuado y con significado más amplio "asegura": "El médico asegura al paciente o reafirma que apoyará..."

“Cambiaría tranquiliza por asesora”

“El clínico explicita que apoyará al paciente para que se informe o delibere sobre las opciones. Si el paciente indica que ya ha buscado u obtenido información antes del encuentro, el clínico apoya el proceso de deliberación.”

- **Ítem 3:** El clínico proporciona información o verifica la comprensión de las opciones que se consideran razonables (lo cual puede incluir no realizar ninguna acción), para apoyar al paciente en la comparación de alternativas. Si el paciente solicita una aclaración, el clínico apoya el proceso.

“proporciona información o verifica > proporciona información Y verifica”

- **Ítem 4:** El clínico hace un esfuerzo por conocer las preferencias del paciente en relación con las opciones que se han descrito. Si el paciente expresa su(s) preferencia(s), el clínico lo apoya.

“No queda claro "Si el paciente expresa sus preferencias" tras el esfuerzo del médico por preguntar o si es de forma espontánea: ("si es el paciente el que expresa sus preferencias"). A lo mejor la expresión "el paciente manifiesta sus preferencias" se podría adaptar mejor.”
(Comentari de la persona que ha volgut emfatitzar que l'ítem 4 no queda del tot clar).

“Hace un esfuerzo por conocer las preferencias > averigua o busca conocer las preferencias.”

“El clínico hace un esfuerzo por conocer las preferencias del paciente en relación con las opciones que se han descrito. Si el paciente expresa su(s) preferencia(s), el clínico le facilita el discurso.”

- **Ítem 5:** El clínico hace un esfuerzo por integrar las preferencias del paciente a medida que se toman las decisiones. Si el paciente indica cuál es la mejor forma de integrar sus preferencias en el proceso de toma de decisiones, el clínico se esfuerza por hacerlo.

“La palabra esfuerzo tiene significado de gran empleo de fuerza o medios”

“Tanto las palabras "deliberar" como "manejar" me parecen que no son utilizadas adecuadamente, especialmente la primera "deliberar", ya que esto es un proceso que debe reunir una serie de pasos muy claros (ver Diego Gracia: el proceso deliberativo). Yo creo que en este contexto es más apropiado y natural usar términos como "discutir" o "comentar", ya que podría decir que casi nunca se produce un proceso "deliberativo" en su estricto. Respecto al segundo término "manejar" es ya un anglicismo muy asumido y aunque no me gusta, creo que es preferible a otras palabras.”

“Entiendo que la pregunta que nos haces es si el cuestionario es suficientemente comprensible. En cuanto a la comprensión del cuestionario creo que es suficiente, aunque hay expresiones que con mayor libertad expresiva se podrían ajustar a un lenguaje más habitual. Si el deseo es ajustarse mucho al original, lógicamente este punto de liberalidad quedaría restringido.... En todo caso creo que se entiende de manera suficiente.”

Puntuació

Un dels experts suggereix: “0 No se aprecia la conducta, 1 mínima presencia de la conducta, 2 presencia de elementos básicos, 3 conducta competente, 4 conducta excelente/ejemplar”

Manual

“Con respecto al manual, creo que el término "elicit" es un anglicismo que se podría sustituir por "obtener" (aunque yo también pienso que suena muy bien y no hay un sinónimo tan preciso en español...).”

“En relación a la explicación del ítem 2 cuando en los ejemplos se dice "opción relevante" propongo decir "opción que te/le pueda ir bien a ti/usted", los ejemplos tratan de exponer un diálogo con el paciente en el que el clínico trata de hacerse entender, por esto pienso que la palabra "relevante" no es la más adecuada En relación al ítem 4 y su explicación, se repite la palabra "elicit", (traducción directa del inglés "elicit") creo que su significado no es conocido por todo el mundo y por ello creo que es más adecuada y apropiada usar otras palabras como "obtener" o "conocer".”

En relación al ítem 5 y su explicación, se repite la palabra "integrar", pero no creo que sea la adecuada para lo que se quiere expresar aquí. Las 2 primeras acepciones de "integrar" en el diccionario de la RAE son: "Constituir un todo. El equipo lo integran once jugadores"; y "Completar un todo con las partes que faltaban". Claramente no encajan aquí. Quizás sea más adecuado "concluir" o "analizar y concluir sobre...", también "refundir" y "comprender" (junto con "incluir") son significados que figuran como acepciones de "integrar" y que se adaptarían mejor a lo que se quiere aquí transmitir. Es posible que este ítem precise de más de una palabra para clarificar mejor su significado "refundir/comprender y concluir", y si se quiere incluso "integrar y concluir", etc

En el manual se habla de "elicitat" que es una palabra muy poco utilizada. Yo he tenido que buscarla para asegurarme del significado "suscitar opinión"... me quedaría con eso, no sé si se puede aclarar en el manual.

El Manual tiene expresiones forzadas que se podrían pulir a castellano más cotidiano. Se visualiza que es un cuestionario traducido del inglés. Pero en general resulta comprensible.

Ús a la pràctica clínica

Entiendo que no preguntáis sobre la posible validez del cuestionario en nuestro medio cultural. Personalmente lo veo muy teórico, muy pensado desde despachos de académicos que no pisan un Centro de Salud con 40 personas en la Sala de Espera.

Càlcul del Coeficient de Correlació intraclasse (CCI)

A continuació es mostren els resultats obtinguts de les 3 rondes de calcular el coeficient de correlació intraclasse (CCI) que es van necessitar per assolir l'objectiu de CCI > 0,6.

1a ronda

Comparació inicial interobservador dels primers 20 vídeo-enregistraments (VE), realitzada per dos avaluadors independents.

		95% IC		
	CCI	Límit inferior	Límit superior	Significació estadística (p)
Mesures úniques	0,69	0,33	0,88	0.001

Taula 16. Fiabilitat interobservador (CCI) en la primera ronda d'avaluació

En aquesta primera anàlisi, es va obtenir un **CCI de 0,69** [0,33-0,88], valor que es va considerar acceptable segons els criteris dels autors de l'instrument (Taula 16. Fiabilitat interobservador (CCI) en la primera ronda d'avaluació).

Tanmateix, es va decidir dur a terme una segona ronda d'avaluació amb l'objectiu de verificar la concordança interobservador i intraobservador i consolidar la fiabilitat de les puntuacions.

A partir d'aquest punt, tots els resultats dels CCI es presenten segons el model de mesures úniques, ja que l'avaluació posterior dels VE amb l'escala OPTION⁵ es va realitzar de manera individual per un sol observador, i no com a puntuació consensuada entre dos o més avaluadors.

2a ronda

A partir d'aquesta anàlisi, es fa referència als dos avaluadors com a Observador 1 i Observador 2, a fi de facilitar la presentació i comparació dels resultats.

La Taula 17. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 1a i la 2a ronda d'avaluació mostra que el CCI intraobservador entre la primera i la segona ronda d'avaluació és baix ($< 0,6$), amb un valor de p estadísticament significatiu, cosa que indica consistència limitada en les puntuacions d'un mateix observador al llarg del temps.

Observador	CCI	IC 95%	Valor p
1	0.4	-0,007 – 0,7	0.03
2	0.39	-0,047 – 0,72	0.04

Taula 17. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 1a i la 2a ronda d'avaluació

A continuació, els resultats de la Taula 18. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 2a ronda d'avaluació corresponen a la concordança interobservador, obtinguda en la segona ronda d'avaluació dels VE, que mostra el grau d'acord entre les puntuacions atorgades pels dos observadors independents.

	CCI	IC 95%	Valor p
Resultat	0.575	0.317 – 0.755	<0.005

Taula 18. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 2a ronda d'avaluació

Tal com es pot observar, el resultat del CCI interobservador és de 0,575 [0,317-0,755], un valor estadísticament significatiu, però inferior al llindar de 0,6 establert pels autors de l'escala com a criteri mínim per considerar que existeix una fiabilitat acceptable entre avaluadors.

D'acord amb aquesta consideració, es va continuar amb noves rondes d'avaluació fins a assolir un CCI interobservador superior a 0,6.

3^a ronda

Observador	CCI	IC 95%	Valor p
1	0.25	-0,09 – 0,69	0.02
2	0.13	-0,128 – 0,544	0.195

Taula 19. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 2a i la 3a ronda

Com es pot veure a la Taula 19. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 2a i la 3a ronda, el coeficient de CCI intraobservador és baix, fet que posa de manifest una fiabilitat limitada entre les puntuacions d'un mateix observador en dues rondes d'avaluació separades en el temps.

A més, els intervals de confiança (IC) del 95% inclouen el valor 0, la qual cosa indica que el resultat no és estadísticament significatiu, i que, per tant, no es pot assumir una concordança estable intraobservador en aquesta fase del procés.

	CCI	IC 95%	Valor p
Resultat	0.74	0.266 – 0.972	0.005

Taula 20. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 3a ronda d'avaluació

Tal com es mostra a la Taula 20. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 3a ronda d'avaluació, després de dur a terme una tercera ronda d'avaluació de 10 VE —concretament, els 10 primers VE que ja s'havien avaluat en rondes anteriors—, es va aconseguir un CCI > 0,6. Aquest valor compleix el llindar recomanat pels autors de l'escala per considerar que hi ha una bona fiabilitat interobservador, i valida la continuació de l'avaluació individual de la resta de VE amb criteris, *a priori*, consistents entre els avaluadors.

6.4 2a fase

6.5 Característiques basals dels participants

En aquest apartat es presenta la distribució dels residents segons el sexe, l'edat i l'any de participació, diferenciant entre els dos grups d'estudi (GC i GI). Aquests resultats corresponen a les variables independents recollides durant la fase inicial del projecte i permeten descriure les característiques sociodemogràfiques de la mostra.

Edat i sexe: La Figura 16. Distribució de participants segons el sexe i l'any de participació i la Taula 21. Distribució per edat i sexe segons grup (control, intervenció i total) mostren, respectivament, la distribució dels participants segons el sexe i l'any de participació, i la distribució per edat i sexe segons el grup d'estudi (control, intervenció i total). Van participar a l'estudi un total de 72 residents, dels quals 52 eren dones (72%) i 20 homes (28%). La mitjana d'edat dels participants va ser de 28,6 anys, amb una desviació estàndard (DE) de 3,3 anys.

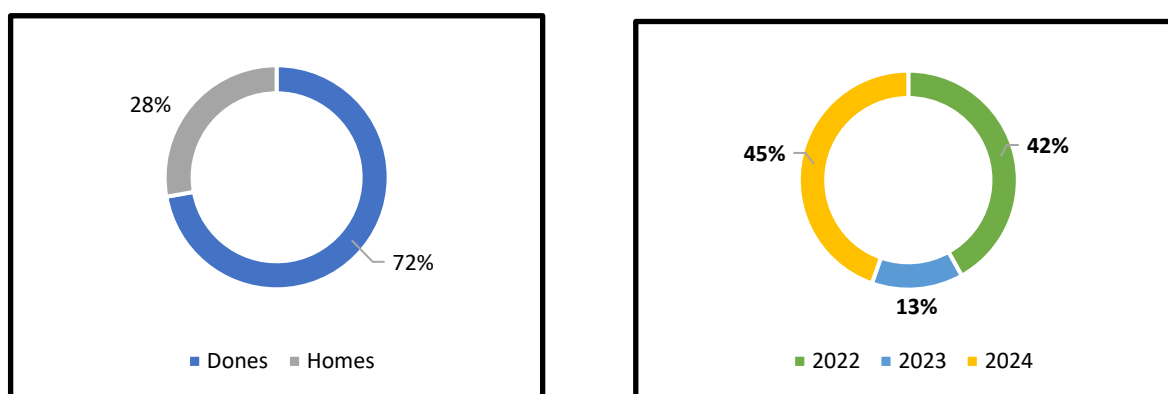


Figura 16. Distribució de participants segons el sexe i l'any de participació

	GC (total 32)	GI (total 40)	Total
Edat	28,9 (DE 3,7)	28,3 (DE 3,1)	28,6 (DE 3,3)
Sexe	D 24 (75%)	D 28 (70%)	D 52 (72%)
	H 8 (25%)	H 12 (30%)	H 20 (28%)

Taula 21. Distribució per edat i sexe segons grup (control, intervenció i total)

6.6 Diagrama de flux

A la Figura 17. Diagrama de flux de participació es presenta un diagrama de flux que mostra el nombre de residents inscrits a les diferents edicions del curs d'Entrevista Clínica (EC), així com el nombre de participants que van acceptar voluntàriament formar part de l'estudi i les pèrdues registrades durant el seguiment.

Les pèrdues es van produir perquè alguns participants no van completar el seguiment posterior al curs (per falta de resposta o per incompatibilitat d'horaris), requisit necessari per completar l'avaluació prevista en l'estudi.

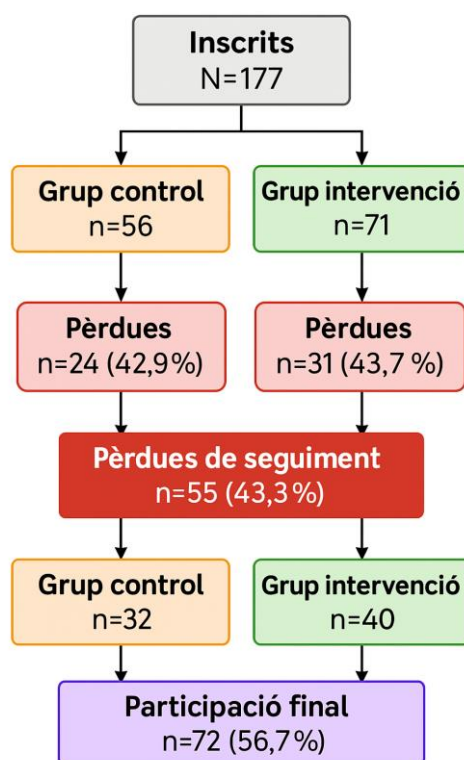


Figura 17. Diagrama de flux de participació

6.7 Video-enregistraments realitzats

Es van obtenir un total de 144 VE: 56 al GC i 71 al GI abans de la intervenció, i 32 al GC i 40 al GI després d'aquesta.

La Taula 22. Nombre total de VE realitzats en cada moment temporal i per a cada grup d'estudi mostra el nombre total de VE realitzats en cada moment temporal i per a cada grup d'estudi.

	Any de participació	Previs al curs d'EC	Posteriors al curs d'EC
Grup Control	2022	23	15
	2023	22	7
	2024	11	10
Grup Intervenció	2022	29	15
	2023	13	2
	2024	29	23

Taula 22. Nombre total de VE realitzats en cada moment temporal i per a cada grup d'estudi

6.8 Respostes inicials dels qüestionaris autoadministrats (TDC-C-9 i QDOC) i qüestionari de l'observador (OPTION⁵)

Es van obtenir 72 respostes als qüestionaris TDC-C-9 i OPTION⁵, i 70 respostes al QDOC en el període previ a la intervenció.

A la Taula 23. es mostren els resultats basals obtinguts dels tres instruments d'avaluació utilitzats en l'estudi: els qüestionaris TDC-C-9 i QDOC, i l'escala OPTION⁵ (de color verd i en negreta, es mostren els resultats sobre 100, com suggereixen els autors originals per facilitar-ne la interpretació).

Cal destacar que el qüestionari QDOC previ es va analitzar amb un total de $n = 38$ participants dins del grup d'intervenció (GI), ja que, segons indiquen els autors de l'instrument, el recompte total del qüestionari no és vàlid si hi ha més de dues preguntes sense respondre. En dos casos es va constatar que el qüestionari no estava completament respost, i per aquest motiu es van excloure aquestes respostes de l'anàlisi. Tot i així, de 72 qüestionaris previstos, només dues respostes no van poder ser analitzades, cosa que representa una pèrdua mínima de dades.

	GC	GI	Total
TDC-C-9	25.5 (DE 6,7) 56.7 (DE 4,8)	23.6 (DE 6,8) 52.4 (DE 15,1)	24.5 (DE 6,7) 54.4 (DE 15)
QDOC	32.6 (DE 5,6) 72.4 (DE 12,5)	30.4 (DE 5,2) 67.5 (DE 11,5)	32.4 (DE 5,5) 69.7 (DE 12,2)
OPTION⁵	14.8 (DE 3,0) 73,9 (DE 15,2)	14.2 (DE 3,6) 70,8 (DE 17,9)	14.4 (DE 3,3) 72,11 (DE 16,7)

Taula 23. Mitjanes i desviacions estàndard (DE) de les puntuacions obtingudes en cada qüestionari en el moment basal, abans de la realització del curs.

De color verd i en negreta, es mostren els valors normalitzats sobre 100, com suggereixen els autors originals per facilitar-ne la interpretació.

Els qüestionaris TDC-C-9 i QDOC tenen una puntuació màxima de 45 punts. Per tal de millorar la interpretabilitat dels resultats, els autors suggereixen normalitzar la puntuació multiplicant-la per 20 i dividint-la entre 9, obtenint així un valor comprès entre 0 i 100 (157). Els valors ressaltats amb negreta són els valors normalitzats (VN), es considera que una puntuació entre 50 i 60 correspon a un aprovat, entre 60 i 70 a un bé, 70–90 a un notable, i 90–100 a un excel·lent.

Aquest mateix criteri d'ajust de la puntuació sobre una escala de 0 a 100 s'aplica també als resultats de l'escala OPTION⁵, l'estructura original de la qual presenta un màxim de 20 punts. Aquesta conversió es realitza amb l'objectiu de facilitar la interpretació clínica i la comparació dels resultats amb altres instruments o estudis (240,272,283).

6.9 Estudi de comparabilitat basal

Es va dur a terme un estudi de comparabilitat basal amb l'objectiu de determinar si els grups control (GC) i intervenció (GI) eren equivalents abans de la intervenció. Tal com es recull a la Taula 24. Estudi de comparabilitat basal, no es van observar diferències estadísticament significatives ($p > 0,05$) entre ambdós grups pel que fa a l'edat, el sexe, la duració de la consulta, ni als resultats inicials dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC (autoadministrats després del *role-play* previ al curs d'Entrevista Clínica), ni tampoc en les puntuacions de l'escala OPTION⁵ corresponents al primer vídeo-enregistrament.

Per a aquestes comparacions es va aplicar la prova *t* de Student per a mostres independents, assumint la igualtat de variàncies. L'única variable qualitativa, el sexe, es va analitzar amb la prova de *chi-quadrat*, i tampoc s'hi van detectar diferències significatives. Aquests resultats indiquen que els grups eren comparables en la situació basal.

	GC = 32	GI = 40	p
Edat	28.9 (3.7)	28.3 (3.1)	0.49
Sexe femení	24 (75%)	28 (70%)	0.638
TDC-C-9 basal	25.5 (6.7)	23.6 (6.8)	0.23
VN (sobre 100)	56.7 (14,8)	52.4 (15.1)	
QDOC basal	32.6 (5.6)	30.4 (5.2)	0.095
VN (sobre 100)	72.4 (12.5)	67.5 (11.5)	
OPTION⁵ basal	14.8 (3.0)	14.2 (3.6)	0.44
VN (sobre 100)	73.9 (15.2)	70.8 (17.9)	
Duració de la consulta basal en minuts	7.6 (1.8)	7.7 (1.7)	0.86

Taula 24. Estudi de comparabilitat basal

6.10 Evolució resultats qüestionaris i la duració del temps de consulta

A la Taula 25. Resultats dels qüestionaris i de la duració de la consulta: mitjana, desviació estàndard i IC del 95%. Comparació per grups i per moment es presenten els resultats dels qüestionaris en els dos moments temporals de l'estudi (abans i després del curs d'EC), diferenciats per GC i GI. S'hi inclouen les mitjanes de les puntuacions (expressades en valors normalitzats sobre 100, amb l'objectiu de facilitar-ne la interpretació), les seves desviacions estàndard i els intervals de confiança (IC) del 95%. També s'hi recullen els resultats corresponents a la duració de la consulta, mesurada en minuts.

	GC	IC 95%	GI	IC 95%	Valor p
TDC9 previ	56,7 (DE 14,8)	51,5 - 62	52,4 (DE 15,1)	47,7 - 57,15	0,052
TDC9 post	59,6 (DE 10)	54,1- 65,1	63,7 (DE 18,9)	58,8 - 68,6	
QDOC previ	72,4 (DE 12,5)	68,1 - 76,6	72,4 (12,5)	63,6 - 71,4	0,229
QDOC post	77,4 (DE 8,8)	74,1- 80,6	75,8 (DE 9,5)	72,7 - 78,7	
OPTION⁵ previ	73,9 (DE 15,2)	67,8 - 79,9	70,8 (DE 17,9)	65,5 - 76	0,125
OPTION⁵ post	79,4 (DE 2,4)	74,6 - 84,1	83,1 (DE 2,1)	78,9 - 87,3	
Duració prèvia	7,6 (1,8)	7 - 8,2	7,7 (1,7)	7,1 - 8,5	0,6
Duració post	8,1 (1,9)	7,5 - 8,7	7,8 (1,7)	7,3 - 8,5	

Taula 25. Resultats dels qüestionaris i de la duració de la consulta: mitjana, desviació estàndard i IC del 95%. Comparació per grups i per moment

Finalment, s'indica el valor de p associat a cada comparació, la qual reflecteix si s'ha produït una millora significativa en algun dels grups respecte a l'altre en el període analitzat.

Es va obtenir una **p marginalment significativa** de 0,052 en l'evolució del qüestionari TDC-C-9 de millora en el GI respecte el GC.

La inclusió dels IC del 95% permet valorar el grau de dispersió dels resultats, així com obtenir una estimació més precisa i fiable de la magnitud plausible de l'efecte observat.

Es va observar una millora en els resultats de tots els qüestionaris en ambdós grups (control i intervenció) entre el moment previ i posterior al curs; tanmateix, aquestes diferències comparades entre grups, no assoleixen la significació estadística.

Pel que fa a la duració de la consulta entre el moment previ i posterior al curs d'EC, no es van detectar diferències estadísticament significatives entre el GC i GI.

La Figura 18 i la Taula 26 mostren l'evolució (abans-després intervenció) i per grup dels resultats del **qüestionari TDC-C-9**.

G0 = Grup control; G1= Grup Intervenció; Moment 1 = abans intervenció; Moment 2 = després.

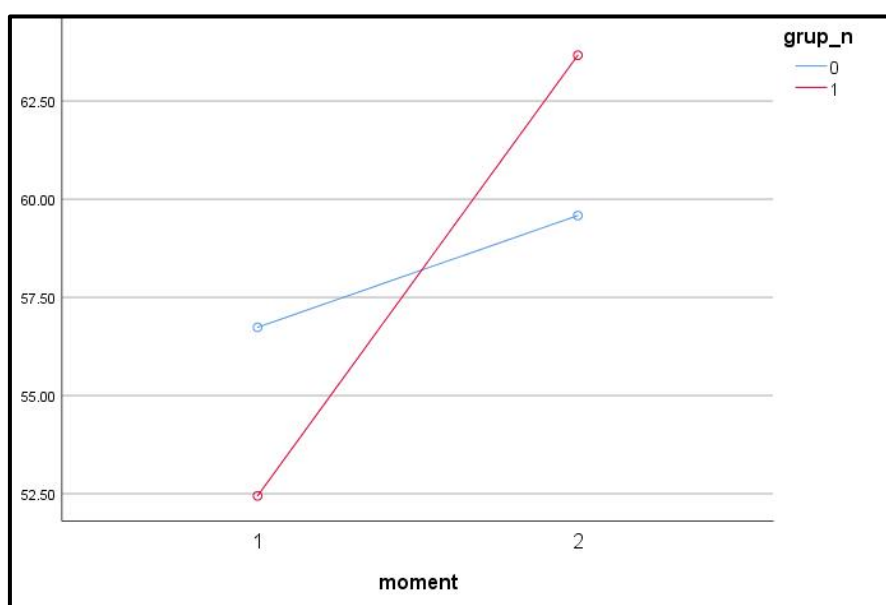


Figura 18. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari TDC-C-9 abans i després de la intervenció, segons grup

El factor moment que s'observa a la Taula 26. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari TDC-C-9 i comparació de l'evolució entre grups fa referència a la diferència entre la situació prèvia i posterior a la intervenció dels participants sense tenir en compte el grup al qual estaven assignats. En aquest cas resulta estadísticament significativa amb una p de 0,001, fet que indica que ambdós grups presenten una millora significativa en els resultats del qüestionari TDC-C-9 al llarg del temps.

TDC9	Moment	(p)
moment	linear	0.001
Moment * <u>grup_n</u>	linear	0.052

Taula 26. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari TDC-C-9 i comparació de l'evolució entre grups

D'altra banda, la interacció moment $\times$ grup indica si hi ha diferències significatives entre les millores observades en els dos grups. En aquest cas, el valor de p és de 0,052, la qual cosa pot considerar-se marginalment significativa. Aquest resultat suggereix que la millora podria ser més pronunciada en el grup intervenció (GI) respecte al grup control (GC), tot i que no es pot afirmar amb certesa estadística plena.

La Figura 19 i la Taula 26 mostren l'evolució (abans-després intervenció) i per grup dels resultats del **qüestionari QDOC**.

G0 = Grup control; G1= Grup Intervenció; Moment 1 = abans intervenció; Moment 2 = després.

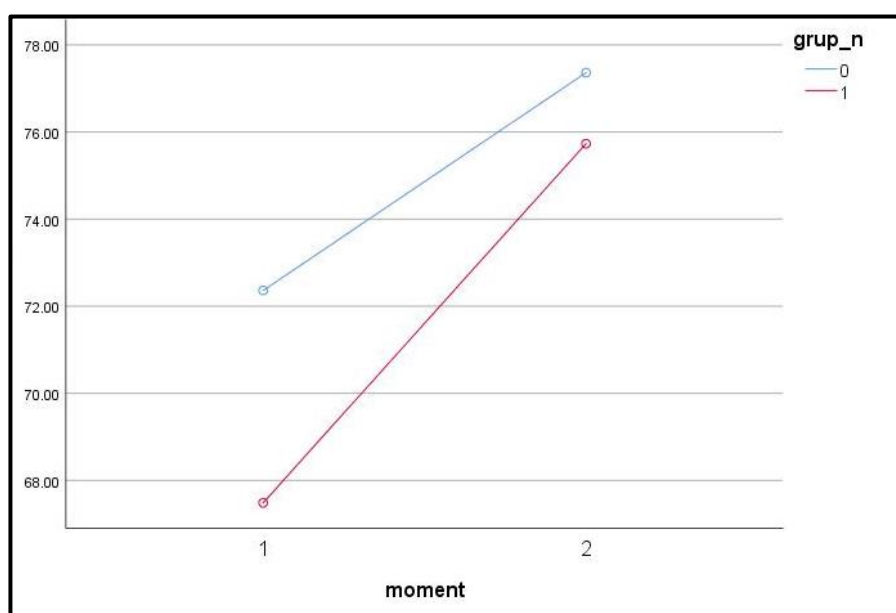


Figura 19. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari QDOC abans i després de la intervenció, segons grup

La millora en els resultats del qüestionari QDOC entre el moment previ i posterior a la intervenció és estadísticament significativa en ambdós grups ($p > 0,001$). Tanmateix, la interacció moment $\times$ grup no és significativa, la qual cosa indica que l'evolució positiva observada no difereix de manera significativa entre els dos grups.

QDOC	Moment	(p)
Moment	Linear	0.000
Moment * <u>grup_n</u>	Linear	0.229

Taula 27. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari QDOC i comparació de l'evolució entre grups

La Figura 20 i la Taula 28 mostren l'evolució (abans-després intervenció) i per grup dels resultats del qüestionari **OPTION⁵**.

G0 = Grup control; G1= Grup Intervenció; Moment 1 = abans intervenció; Moment 2 = després

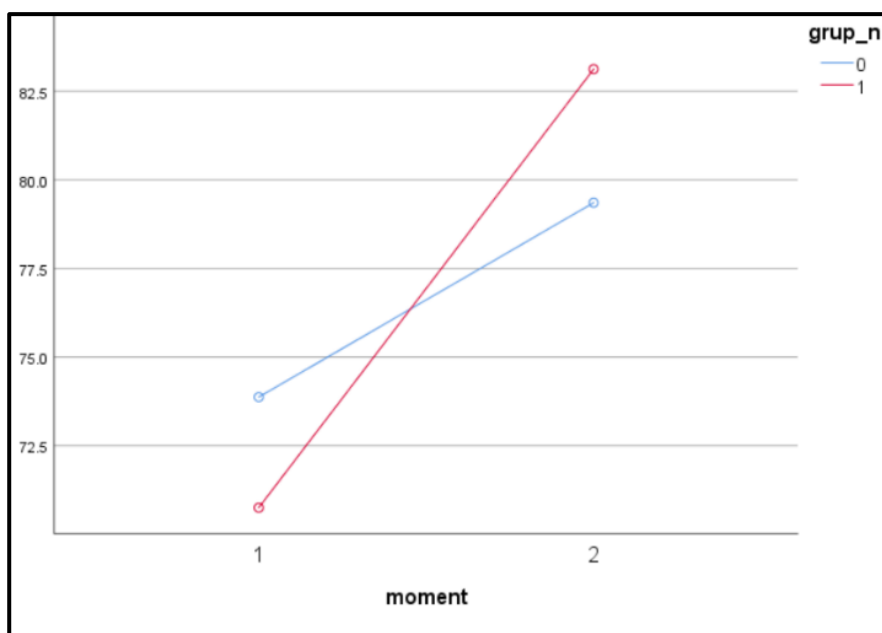


Figura 20. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari OPTION⁵ abans i després de la intervenció, segons grup

La millora en els resultats l'escala OPTION⁵ entre el moment previ i posterior a la intervenció és estadísticament significativa en ambdós grups ($p < 0,001$). Tanmateix, la interacció moment $\times$ grup no és significativa, la qual cosa indica que l'evolució positiva observada no difereix de manera significativa entre els dos grups.

OPTION ⁵	Moment	(p)
Moment	Linear	0.000
Moment * grup_n	Linear	0.125

Taula 28. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari OPTION⁵ i comparació de l'evolució entre grups

A la Figura 21 i a la Taula 29 es mostra l'evolució de la **duració** dels VE fets en el GC i GI abans i després de la intervenció. En ambdós grups va haver un augment de segons de la duració de la consulta sense significació estadística ni en el conjunt de participants ni entre grups.

G0 = Grup control; G1= Grup Intervenció; Moment 1 = abans intervenció; Moment 2 = després.

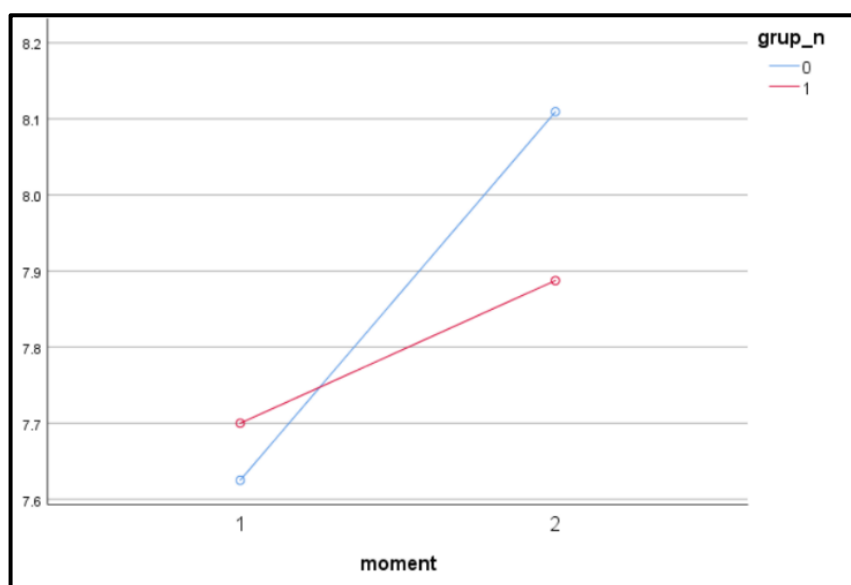


Figura 21. Comparació de la duració dels VE abans i després de la intervenció, segons grup

TEMPS CONSULTA	Moment	(p)
Moment	Linear	0.134
Moment * <u>grup_n</u>	Linear	0.505

Taula 29. Evolució abans-després de la duració dels VE i comparació de l'evolució de la duració entre grups

La Figura 22 és un gràfic de caixes que mostra els resultats normalitzats (0–100) dels tres instruments d'avaluació (TDC-C-9, QDOC i OPTION⁵) abans i després de la intervenció, diferenciats per grup control i grup intervenció.

- Els tres instruments mostren millores després de la intervenció en ambdós grups.
- La millora és especialment visible en el grup intervenció, tot i que estadísticament només hi ha una tendència marginalment significativa en el TDC-C-9.

La dispersió general (alçada de les caixes i bigotis) es redueix lleugerament en els valors posteriors, fet que pot indicar més consistència en les respostes després del curs.

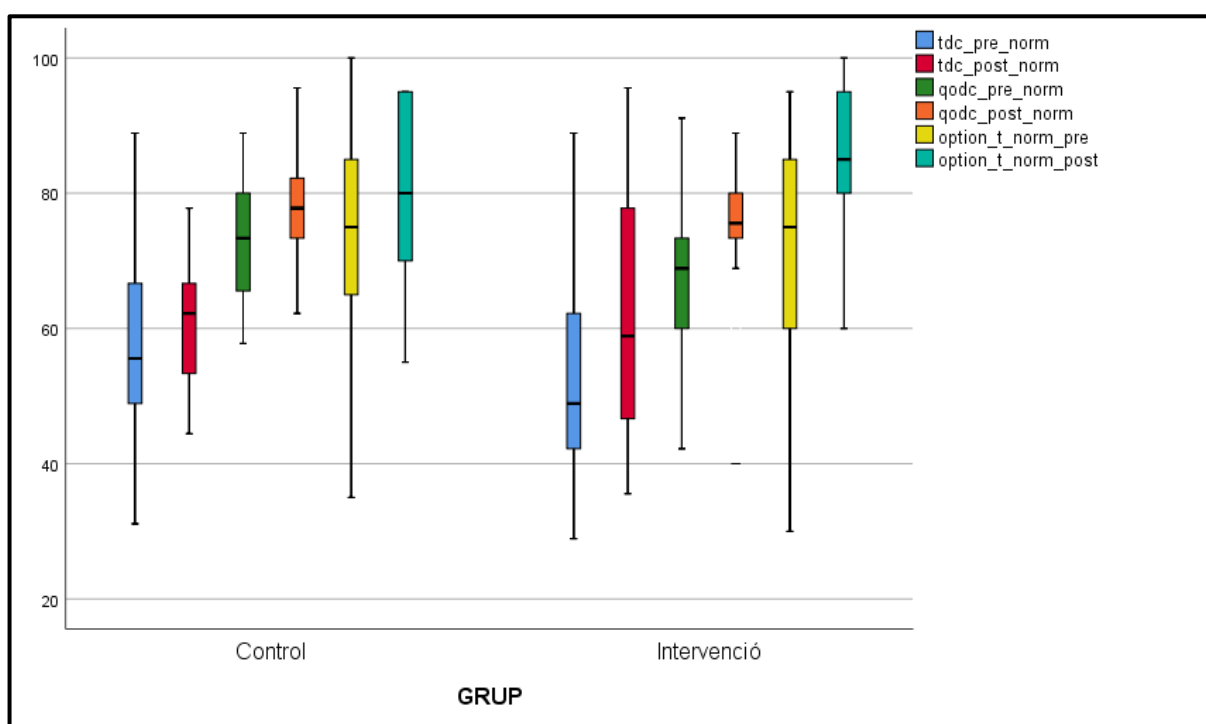


Figura 22. Gràfic de caixes que compara resultats dels 3 qüestionaris, abans i després de la intervenció i segons grup

6.11 Desglossament per ítems dels resultats dels qüestionaris

En aquesta anàlisi detallada, es va observar que la puntuació de l'ítem 5 del qüestionari TDC-C-9 presentava una diferència de 0,58 punts, més elevada en el GC respecte del GI, estadísticament significativa segons la prova de Levene ($p = 0,019$). Aquest resultat va motivar una revisió específica dels valors d'aquest ítem, per determinar si la diferència observada podria tenir també significació clínica.

De manera similar, es va detectar que la puntuació de l'ítem 6 del qüestionari QDOC presentava una diferència de 0,7 punts, més elevada en el GC respecte del GI, estadísticament significativa amb una $p = 0,012$, fet que indica una possible desigualtat basal entre els grups en aquest ítem concret.

Qüestionari	GC - GI	Error estàndard	IC 95%		p
			Inferior	Superior	
TDC-C-9 ítem 5 previ	0.58	0.24	0.1	1.05	0.019
QDOC ítem 6 previ	0.7	0.27	0.15	1.25	0.012

Taula 30. Desglossament per ítems dels qüestionaris que a l'estudi de comparabilitat basal resultaven estadísticament significatius

Ítem 5 (TDC-C-9): Mi médico/a me ayudó a entender toda la información.

A la Taula 30 es veu que la diferència mitjana entre els dos grups és de 0,58 punts amb un IC del 95% entre 0,1 i 1,05 (d'un total sobre 45 punts).

Ítem 6 (QDOC): Le pregunté a mi paciente qué opción de tratamiento prefiere. Diferència estadísticament significativa entre GC i GI en el moment basal.

A la Taula 30. Desglossament per ítems dels qüestionaris que a l'estudi de comparabilitat basal resultaven estadísticament significatius es veu que la diferència mitjana entre els dos grups és de 0,7 amb un IC del 95% entre 0,15 i 1,25 (d'un total sobre 45 punts).

A continuació, a la Taula 31 es presenta la comparació de les mitjanes (abans i després de la intervenció) i per ítem dels resultats obtinguts amb l'escala OPTION⁵, així com la significació estadística de les diferències observades. Tal com es pot apreciar, les puntuacions posteriors a la intervenció van ser superiors a les prèvies en tots els ítems, amb diferències estadísticament significatives, excepte en l'ítem 5.

Ítems OPTION⁵	Moment	Mitjana	p
Ítem 1: Para el problema de salud que se está tratando, el clínico señala o confirma que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, o que es necesario tomar una decisión. Si es el paciente, en lugar del clínico, quien llama la atención sobre la disponibilidad de otras opciones, el clínico responde acordando que las opciones necesitan ser deliberadas	PRE	2.69	0.012
	POST	3.17	
Ítem 2: El clínico tranquiliza al paciente o reafirma que lo apoyará para que se informe o delibere sobre las opciones. Si el paciente indica que ha buscado u obtenido información antes del encuentro, el clínico apoya el proceso de deliberación.	PRE	2.56	0.001
	POST	3.04	
Ítem 3: El clínico proporciona información o verifica la comprensión de las opciones que se consideran razonables (lo cual puede incluir no realizar ninguna acción), para apoyar al paciente en la comparación de alternativas. Si el paciente solicita una aclaración, el clínico apoya el proceso.	PRE	3.11	0.006
	POST	3.51	
Ítem 4: El clínico hace un esfuerzo por conocer las preferencias del paciente en relación con las opciones que se han descrito. Si el paciente expresa su(s) preferencia(s), el clínico lo apoya.	PRE	3.14	0.003
	POST	3.48	
Ítem 5: El clínico hace un esfuerzo por integrar las preferencias del paciente a medida que se toman las decisiones. Si el paciente indica cuál es la mejor forma de integrar sus preferencias en el proceso de toma de decisiones, el clínico se esfuerza por hacerlo.	PRE	2.92	0.08
	POST	3.1	

Taula 31. Comparació de les mitjanes per ítems (independentment del grup) , abans i després de la intervenció del qüestionari OPTION⁵ i la significació estadística de l'evolució

6.12 Correlació entre qüestionaris i duració de les consultes

La correlació és una mesura estadística que indica la força i la direcció de la relació entre dues variables quantitatives. El valor de correlació s'expressa amb el coeficient de correlació (r) i pot anar de -1 a $+1$ (308). Les correlacions mostrades a continuació, es van obtenir mitjançant el coeficient de correlació de Pearson (vegeu la Taula 32).

	DURACIÓ PRE	DURACIÓ POST	
OPTION ⁵ PRE	0.487	0.321	OPTION ⁵ POST

Taula 32. Correlació entre la duració de la consulta i els resultats del qüestionari OPTION⁵

La correlació prèvia és de força moderada ($r = 0,49$), mentre que la posterior és feble ($r = 0,32$).

A continuació es presenten els gràfics de dispersió (Figura 23 i Figura 24) que mostren la relació entre la duració de la consulta i els resultats de l'escala OPTION⁵, abans i després de la intervenció. Aquests gràfics permeten visualitzar la correlació entre ambdues variables de manera clara i directa.

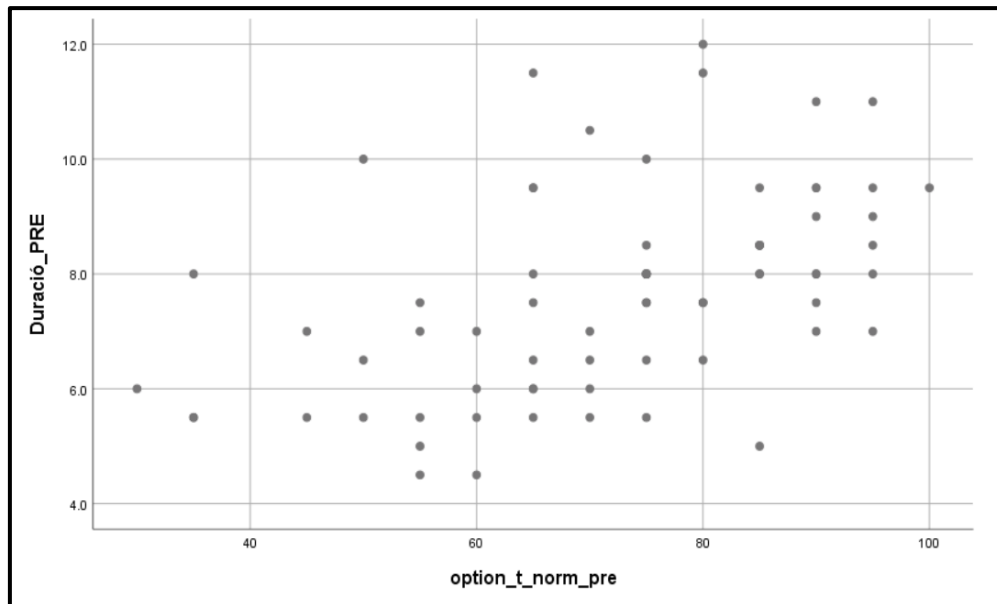


Figura 23. Gràfic de dispersió entre la duració de la consulta i els resultats de l'OPTION⁵, en el moment previ a la intervenció

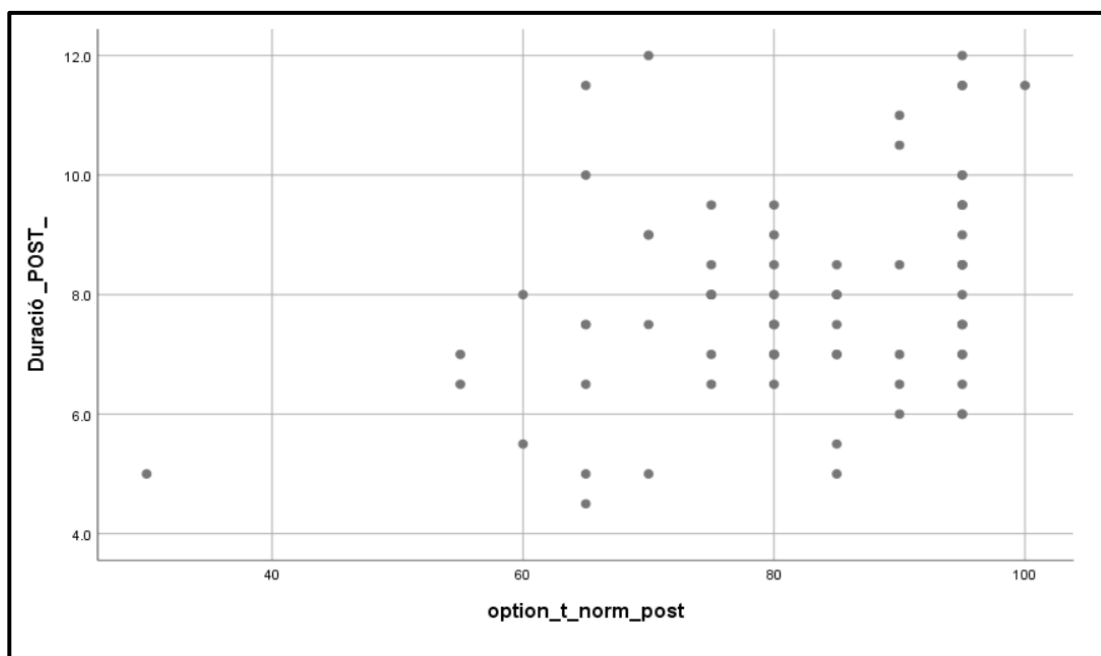


Figura 24. Gràfic de dispersió entre la duració de la consulta i els resultats de l'OPTION⁵, en el moment posterior a la intervenció

Variables correlacionades	Coefficient correlació Pearson	p	Significativa?
TDC-C-9 PRE vs QDOC PRE	0.44	<0.001	Sí
TDC-C-9 PRE vs OPTION ⁵ PRE	0.33	0.005	Sí
TDC-C-9 POST vs QDOC POST	0.39	0.001	Sí
TDC-C-9 POST vs OPTION ⁵ POST	0.02	0.854	No
OPTION ⁵ PRE vs QDOC PRE	0.03	0.786	No
OPTION ⁵ POST vs QDOC POST	0.23	0.006	No

Taula 33. Coeficients de correlació entre els qüestionaris TDC-C-9, QDOC i OPTION⁵

La Taula 33 mostra que les correlacions entre els resultats dels diferents qüestionaris van ser, en general, febles. Atès que globalment ja s'observava una correlació baixa, no es va considerar necessari analitzar-les de manera separada per grups.

6.13 Comparació resultats OPTION⁵ entre observadors

Els intervals de confiança al 95% que s'exposen a la Taula 34. Comparació de puntuacions entre observadors amb l'escala OPTION⁵ fan referència a la diferència entre les mitjanes de puntuació dels dos observadors. Els valors negatius indiquen que l'observador 1 va puntuar per sota de l'observador 2, mentre que els valors positius reflecteixen que l'observador 1 va puntuar per sobre de l'observador 2.

Ítem OPTION ⁵	Observador	Mitjana	IC 95%		p
			Inferior	Superior	
1	1	2.16	-1.7	-1.24	<0.001
	2	3.63			
2	1	2.43	-1.4	-0.49	<0.001
	2	3.19			
3	1	3.16	-0.59	-0.05	0.022
	2	3.48			
4	1	3.33	-0.23	0.31	0.75
	2	3.28			
5	1	3.17	0.14	0.54	0.001
	2	2.84			
Total puntuació sobre 20	1	14.24	-3.16	-1.2	<0.001
	2	16.42			

Taula 34. Comparació de puntuacions entre observadors amb l'escala OPTION⁵

Es van detectar diferències estadísticament significatives entre les mitjanes de puntuació per ítem entre els dos avaluadors, amb l'excepció de l'ítem 4, relacionat amb l'esforç que fa el clínic per conèixer les preferències del pacient. Aquestes diferències poden considerar-se clínicament rellevants en la majoria dels casos (excepte en l'ítem 3), ja que les puntuacions mitjanes atorgades per cada observador se situen en intervals diferents dins de l'escala de valoració.

6.14 Respostes qualitatives de les preguntes obertes dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC

Qüestionari TDC-C-9

1. *¿Por qué motivo acudió a su médico/a (p. ej. con qué síntomas, diagnóstico, problema)?*
2. *¿Qué decisión se tomó (p. ej. qué tratamiento)?* (Figura 25. Comparació de les respostes obertes codificades a la pregunta «Quina decisió es va prendre?» del TDC-C-9, abans (PRE) i després (POST) de la intervenció)

A la primera pregunta, en ambdós moments, previ i posterior al curs d'EC, es troba la mateixa resposta, ja que és el motiu del *role-play* pel qual el pacient acut a la consulta (i era contestat per les pacients simulades (PS), havent-se consensuat com a resposta única):

Control colesterol analítica i risc cardiovascular (CV) alt, després de 6 mesos de mesures higiènic-dietètiques.

A la segona pregunta, les respostes obtingudes van ser diverses, tant pel que fa a l'extensió com al grau de concreció. Es van observar diferències entre les respostes donades abans i després del curs d'EC. A la Figura 25. Comparació de les respostes obertes codificades a la pregunta «Quina decisió es va prendre?» del TDC-C-9, abans (PRE) i després (POST) de la intervenció es mostra un gràfic comparatiu de les respostes obertes obtingudes abans i després del curs, independentment del grup d'adscripció dels participants, i classificades per categories.

Les respostes es van expressar en català i castellà, fet que no va representar cap dificultat per a la seva interpretació. En general, el tipus de resposta no va dependre del fet que el resident que exercia com a metge formés part del grup intervenció o del grup control, una informació que les PS coneixien.

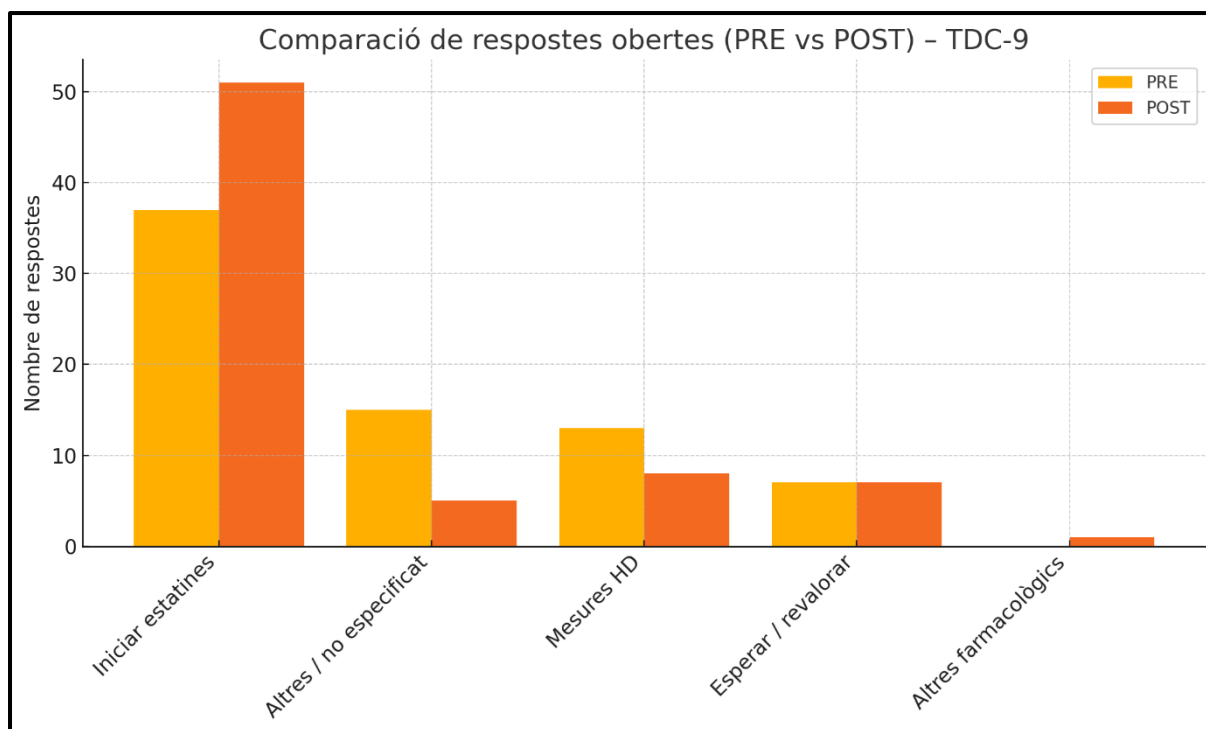


Figura 25. Comparació de les respostes obertes codificades a la pregunta «Quina decisió es va prendre?» del TDC-C-9, abans (PRE) i després (POST) de la intervenció

Les respostes a la segona pregunta oberta es van agrupar en cinc categories, en funció del contingut i la recurrència de les idees expressades. A continuació, es detallen les categories identificades, acompanyades d'exemples representatius de resposta:

- **Iniciar estatines:** *estatina i control estret (porta oberta per consultar i hi ha efectes secundaris) i visita en 2 setmanes. / Iniciar estatines. / Iniciar simvastatina a dosis baixes, seguir mesures no farmacològiques, seguiment clínic en mes i analític més endavant. / Esperar un mes i probablement iniciar estatines. / Iniciar estatines. / Iniciar estatinas ahora o en 2 semanas. / Iniciar estatinas a dosis bajas.*
- **Altres / no especificat:** *inici tractament farmacològic. / Iniciar tractament. / Iniciar tractament natural i plantejar estatines a la propera visita. / Iniciar tratamiento el 2 semanas y valorar opciones. / Revisar diferències de tractaments farmacològics.*
- **Esperar / revalorar:** *demorar inicio del tratamiento. / Esperar 3 meses, revalorar tratamientos naturales. / Esperar. / Esperar 1 mes, motivació per deixar el tabac. / Visita en 2 setmanes i decidir si més exercici i iniciar o no estatines. / Esperar 2 setmanes per valorar iniciar simvastatina. / Visita en 1 setmana per acabar de decidir si inici estatines. / Em dona EAD i pensar si iniciar estatines. / Valorar en 2 setmanes si iniciem tractament farmacològic.*

- **Mesures Higiènic-dietètiques:** Moltes respostes seguien el patró *d'esperar 3-6 mesos amb mesures HD i revalorar. / No iniciar tractament farmacològic i apretar amb dieta i exercici. / Grup exercici físic i nutrició (recursos infermeria). / Deixar tabac i control en 2 mesos.*
- **Altres tractaments farmacològics:** *todacitan ▯ tabac. En 2 setmanes reevaluar tractament dislipèmia.*

Qüestionari QDOC

1. *¿Cuál fue el motivo por el que el paciente acudió a consultar con usted? (p.ej. ¿Cuáles eran sus síntomas? ¿cuál fue su diagnóstico?)* (Figura 26. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la primera pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quin va ser el motiu pel qual el pacient va acudir a consultar amb vostè?»))
2. *¿Qué decisión se tomó? (p.ej. ¿Qué tratamiento?)* (Figura 27. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la segona pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quina decisió es va prendre?»))

Aquest qüestionari va ser contestat pels participants a l'estudi, els residents que en el *role-play* feien de metges. Les respostes per tant, en el qüestionari previ i posterior al curs, són diverses, tant per la pregunta 1 com la 2. No s'aprecien diferències entre les respostes dels participants del GI i del GC.

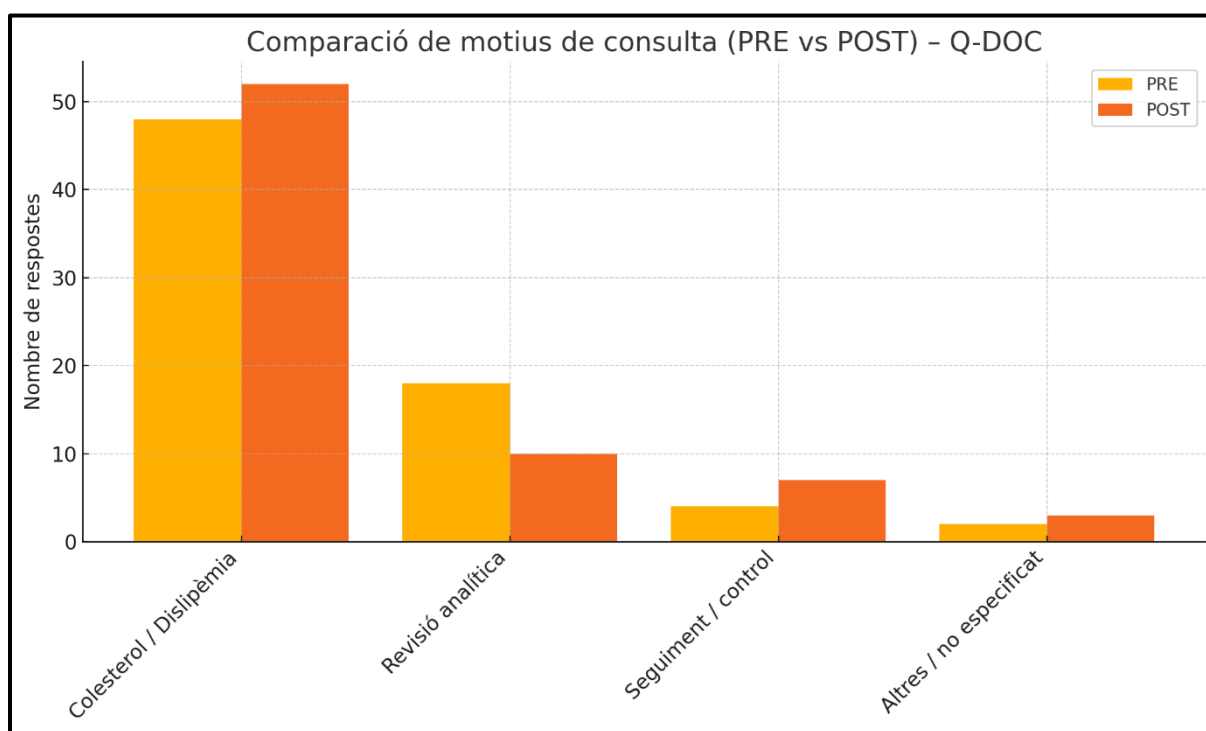


Figura 26. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la primera pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quin va ser el motiu pel qual el pacient va acudir a consultar amb vostè?»

Les respostes a la primera pregunta oberta del qüestionari QDOC es dirigien totes en la mateixa línia: el control i seguiment analític de la hipercolesterolèmia i la presència d'un risc cardiovascular (RCV) elevat. Algunes respostes eren més elaborades i detallades, mentre que d'altres es presentaven de manera més breu i concisa.

Es va classificar per categories, en funció del contingut i la recurrència de les idees expressades. A continuació, es detallen les categories identificades, acompanyades d'exemples representatius de resposta:

- **Colesterol/dislipèmia:** *resultats analítica (control colesterol). / Control analític per colesterol alt. / Dislipèmia. / Resultat analítica colesterol, inicio reciente anti-HTA, control deshabituación tabaquica. / Hipercolesterolemia con REGICOR alto. / Regicor 13% , fumadora (voluntad de dejarlo) + colesterol alto - inicio tratamiento médico.*
- **Revisió analítica:** alguna resposta que només indica *revisió resultats analítica*.

- **Seguiment control:** *control i seguiment de factors de RCV. / Explicar resultats de l'analítica de sang, seguiment de nivells de colesterol després de 6 mesos de tractament de mesures HD. Asintomàtica. El diagnòstic és dislipèmia. / Control analític y deshabituación tabáquica. / Control analítica. Diagnósticos: HTA, sobrepeso, tabaquismo, hipercolesterolemia. / Control DLP y abordage múltiple.*
- **Altres / no especificat:** *mejorar hábitos. / a revisió de resultats de factors de RCV. / Hàbits de vida analítica. Dx DLP, HTA, fumadora. / preocupación por RCV*

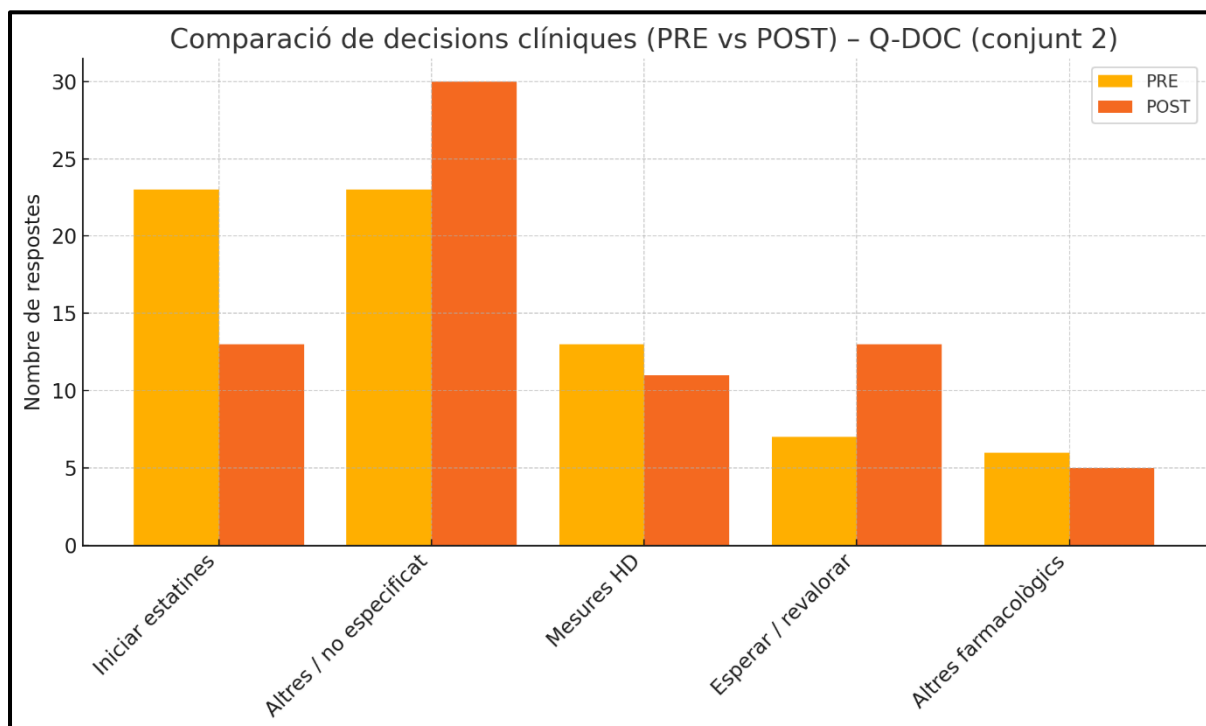


Figura 27. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la segona pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quina decisió es va prendre?»

Per categories, s'exposen algunes respostes a la segona pregunta oberta del qüestionari:

- **Iniciar estatines:** *iniciar tractament amb estatines i continuar mesures no farmacològiques. / Tratamiento con estatinas. / Iniciar estatinas y seguir con hábitos de vida saludable (salir a andar, reducir tabaco, dieta sana). / Simvastatina + continuar/reforzar medidas HD. / Iniciar tratamiento con simvastatina con controles clínicos y analíticos estrechos y mantener la intervención en los hábitos de vida saludable.*

- **Altres / no especificat:** *iniciar tratamiento farmacológico nuevo. / Iniciar medicació per disminuir el colesterol. / Se planteó tratamiento para la dislipemia. / Respetar la decisión del paciente, pero intervenir. / Iniciar medicación pero continuar medidas. / Inicio de medicación después de pensarlo (potencialmente sí). / Arroz de levadura roja + medidas HD*
- **Mesures Higienico-dietètiques:** *deixar un mes per si decisió medicació, intensificar dieta. / Mantenir mesures HD. / Ofrezco grupos terapia dieta y ejercicio y demorar decisión iniciar medicación. / Mejoría factores de RCV, iniciar cambios en alimentación y posponer inicio estatinas. / Intentará disminuir o dejar el tabaco y revaloración. / De momento incidir en tratamiento dietético, quitar hàbito tabáquico **por reticencia de la pacientet a empezar estatinas**. / **Se decidió conjuntamente** mantener dieta y ejercicio, reducir tabaco y entrar en el circuito de enfermería para dejar de fumar.*
- **Esperar / revalorar:** *de momento esperar y cita en un mes. / Reconsultar en unos meses, si persiste colesterol alto, iniciar estatinas. / Valorar iniciar estatina en 2-3 setmanes. / Conducta expectant: visita en 1 mes per valorar motivació, canvis dietètics, etc. / Lo pensará (tratamiento farmacológico). / Se tomó la decisión de volver a hablar en una semana. / Informació sobre hipolipemiantes, cita en 2 setmanes per valorar iniciar-los.*
- **Altres farmacològics:** *fármaco para dejar de fumar + insistir en medidas dietéticas + nuevo control para decidir si se añaden estatinas.*

7. DISCUSSIÓ

“Assumiu que les persones són expertes en elles mateixes”

Miller i Rollnick

7.1 Introducció

Cal remarcar la importància d'haver dut a terme un estudi pilot, especialment tenint en compte la mida reduïda de la mostra i la manca de literatura prèvia sobre docència reglada en presa de decisions compartida (PDC) adreçada a residents de medicina familiar i comunitària (MFIC). Aquest estudi preliminar ha permès identificar possibles problemes en el disseny de la recerca i en els instruments de mesura, així com valorar la idoneïtat de la intervenció formativa proposada. En aquest sentit, ha estat útil per reflexionar sobre si el programa de formació en PDC elaborat pel projecte, és suficient per assolir els coneixements i les habilitats comunicatives necessàries per part dels participants.

Aquest projecte reforça la importància de **formalitzar l'ensenyament de la comunicació clínica, i més concret entorn a la PDC** a través de mètodes estructurats i consensuats.

Es planteja la discussió a continuació per fases i apartats, segons els resultats obtinguts.

7.2 Traducció de l'escala OPTION⁵

Quan es va plantejar inicialment aquest estudi, es pretenia utilitzar escales de mesura ja traduïdes i validades al castellà. L'instrument d'avaluació previst des de la perspectiva de l'observador era l'OPTION¹², una versió anterior de l'escala que finalment es va aplicar: l'OPTION⁵, la qual encara no estava traduïda ni validada al castellà. No obstant això, després d'una investigació exhaustiva i una revisió de la literatura, així com de la consulta directa al lloc web de Glyn Elwyn (<https://www.glynelwyn.com/>), es va concloure que l'ús de la versió abreujada de 5 ítems era més adequat (241,250). Aquesta versió permet una avaluació més precisa de la PDC en una consulta clínica, i a més, redueix la càrrega teòrica i temporal per als observadors que l'han d'aplicar.

Es va decidir, per tant, realitzar la traducció de l'escala OPTION⁵ de l'anglès al castellà, així com la seva validació preliminar, amb l'objectiu de dur a terme una part de la segona fase de l'estudi: l'avaluació de les consultes simulades mitjançant els vídeo-enregistraments, des de la perspectiva de l'observador.

La identificació de les persones que podien col·laborar en el procés de traducció va ser senzilla. La investigadora principal (IP) és bilingüe, i es va proposar la participació de Valeria Pacheco, amb àmplia experiència en comunicació assistencial i, especialment, en PDC, àmbit en què treballa des de fa anys. A més, es va considerar que la Lilisbeth Perestelo-Pérez seria una col·laboradora idònia, atesa la seva trajectòria en la traducció i validació de l'escala SDM-Q-9 – TDC-C-9 a l'espanyol, la seva tasca com a impulsora del projecte PyDeSalud a Canàries, i el seu paper com a autora en l'actualització del *Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas para la Toma de Decisiones* (182) (que es basa en els criteris de l'organisme internacional IPDAS).

Dur a terme la traducció va ser un procés relativament àgil, en part gràcies a la comunicació fluïda i immediata que va facilitar el correu electrònic entre els membres de l'equip. En un període de 3 a 4 mesos, es va assolir una versió definitiva de la traducció, fruit del consens entre les persones implicades en el procés.

Si bé els autors de l'escala OPTION⁵ no estableixen com a requisit la realització d'una retrotraducció (272), es va considerar oportú incorporar aquest pas com a part del procés de garantia de qualitat de la traducció. L'objectiu era assegurar l'equivalència conceptual, és a dir, que el significat original dels ítems no es perdés ni es modifiqués en el pas de l'anglès al castellà. La retrotraducció es va dur a terme amb èxit, i els resultats van demostrar que el significat dels ítems es mantenia fidel a la versió original. Aquest fet va reforçar la confiança en la validesa preliminar de la traducció, i va permetre continuar amb l'anàlisi de les consultes simulades video-enregistrades mitjançant l'OPTION⁵ amb més seguretat.

A més es va decidir traduir el manual d'ús de l'escala observador OPTION⁵ per facilitar la interpretació de la puntuació als avaluadors que l'aplicarien per analitzar el grau de PDC a les consultes simulades dutes a terme.

7.3 Resultats de la validació preliminar del OPTION⁵

Abans d'iniciar l'avaluació dels VE amb l'escala OPTION⁵, els dos observadors i la IP van completar un curs en línia a través de *Google Classroom* (281), proporcionat pels autors de l'escala original, amb l'objectiu de familiaritzar-se amb la metodologia de puntuació i revisar exemples mostrats.

Les tres persones implicades van coincidir que el curs era accessible, però van destacar que presentava una limitació pel que fa a la varietat i complexitat dels exemples, especialment en casos que requerissin tenir en compte més d'un diagnòstic clínic simultani. Tanmateix, es va considerar que la formació era suficient per als propòsits del present estudi, ja que el cas simulat abordava un únic problema de salut: la gestió d'una hipercolesterolèmia en una pacient amb risc cardiovascular elevat (RCV), en prevenció primària.

En el moment de plantejar el procediment per a la validació preliminar de la versió traduïda de l'escala OPTION⁵, es va optar per avaluar un nombre de VE superior al que suggereixen els autors originals (aproximadament un 10% del total de VE obtinguts). Aquesta decisió responia a la voluntat d'obtenir una estimació més precisa i robusta de la fiabilitat interobservador, especialment tenint en compte que la resta de VE serien analitzats individualment per un únic avaluador en les fases posteriors del projecte.

Una segona raó per adoptar un enfocament lleugerament més estricte que el proposat pels autors és que el procés de traducció i validació realitzat s'allunyava parcialment de les recomanacions habituals recollides a la literatura especialitzada. En aquest context, es va considerar necessari reforçar la solidesa metodològica del procés de validació preliminar mitjançant un major nombre d'observacions compartides entre avaluadors.

A la primera ronda d'avaluació, l'avaluador A va analitzar els primers 20 vídeos d'entrevista (VE), mentre que l'avaluadora B en va analitzar els 17 primers, coincidint per tant en 17 VE compartits. Atès que el total previst era de 144 VE, es va establir que com a mínim el 10% serien avaluats de forma conjunta, la qual cosa representava un mínim de 15 VE.

En aquesta **primera ronda** es va obtenir un coeficient de correlació intraclasse (**ICC**) de **0,69** (vegeu la Taula 16. Fiabilitat interobservador (CCI) en la primera ronda d'avaluació), valor que s'interpreta com una fiabilitat moderada-bona, i que supera el llindar recomanat pels autors de l'escala ($>0,6$).

Després d'aquesta primera fase, el comitè avaluador (format pels dos observadors i la investigadora principal) es va reunir virtualment per continuar analitzant en profunditat la manera de puntuar els diferents ítems del qüestionari. Durant aquesta revisió, es van detectar dificultats a l'hora de discriminar les puntuacions dins l'escala Likert de 4 punts per a cada ítem. En alguns casos, les descripcions de l'escala original OPTION⁵ resultaven redundants o ambigües, i les frases orientatives proporcionades pels autors per a cada puntuació (de 0 a 4) no sempre s'ajusten a la forma real amb què els professionals expressen aquestes conductes, sovint de manera menys estructurada o amb formulacions més espontànies, fet que dificulta l'establiment de punts de tall clars.

Per aquest motiu, es van realitzar dues sessions intensives de treball conjunt entre la doctoranda i els dos avaluadors, amb l'objectiu de refinar i consensuar els criteris de puntuació de l'escala OPTION⁵. Durant aquestes sessions, es van analitzar de manera compartida dues entrevistes escollides a l'atzar, i es va treballar per arribar a una puntuació consensuada per a cadascun dels cinc ítems de l'escala.

Amb aquesta finalitat, es van elaborar unes **“NOTAS” explicatives**, que permetien definir amb més precisió els criteris de puntuació per a cada ítem, tot especificant què havia d'incloure la comunicació clínica per a assignar una puntuació dins de cada franja (de 0 a 1, de 1 a 2, de 2 a 3 i de 3 a 4). Aquestes anotacions, subratllades en groc, van resultar especialment útils per facilitar l'observació i la puntuació de les entrevistes, millorant la comprensió lectora de l'instrument i fonamentant-se en criteris reconeguts de comunicació clínica, com ara la capacitat del professional per mostrar curiositat per l'opinió del pacient, afavorir l'evocació de preferències, treballar explícitament les opcions de tractament o expressar empatia.

Aquestes NOTAS han estat incorporades a la versió traduïda del manual de l'escala utilitzada en aquest estudi, amb l'objectiu de posar-les a disposició d'altres investigadors que desitgin utilitzar l'escala OPTION⁵ en contextos similars. Aquesta iniciativa segueix la línia d'altres estudis que també analitzen i discuteixen el manual de l'escala amb la voluntat d'establir criteris més clars i compartits de puntuació (284).

Es va decidir dur a terme una **segona ronda** de comparació amb l'objectiu de calcular la fiabilitat intraobservador (Taula 17. Fiabilitat intraobservador (CCI) entre la 1a i la 2a ronda d'avaluació) i interobservador, aproximadament un mes i mig després de la primera ronda d'avaluacions. Els resultats obtinguts van resultar sorprenents, ja que es va observar una

disminució de la fiabilitat tant intra com interobservador ($CCI = 0,58$) (Taula 18. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 2a ronda d'avaluació).

Aquest descens podria atribuir-se als canvis en els criteris d'avaluació que es van produir després de la reunió del comitè avaluador, durant la qual es va delimitar amb més detall la manera de puntuar cada ítem. Aquesta nova interpretació va modificar lleugerament l'aplicació dels criteris, cosa que hauria provocat ajustos en l'avaluació i, en conseqüència, una reducció de la consistència entre puntuacions.

Aquest resultat va motivar la decisió de realitzar una tercera ronda d'avaluacions, amb l'objectiu de recalibrar l'aplicació dels criteris i reforçar la fiabilitat del procés d'avaluació.

Es va dur a terme una **tercera ronda** d'avaluació per part dels dos observadors, aquesta vegada centrada en els primers 10VE. Es va optar per reduir el nombre de VE per a calcular la fiabilitat, ja que els autors del qüestionari original en suggereixen cinc, però per l'experiència prèvia dels investigadors de l'estudi, com per suggeriment dels tècnics de salut involucrats en el projecte, va conduir a consensuar aquesta xifra com a adequada.

En aquesta tercera ronda, es va assolir un bon grau d'acord entre els dos observadors, fet que va permetre continuar l'avaluació de la resta de VE de manera individual, amb la confiança que existia una alta fiabilitat en la manera com puntuaven.

El càlcul de la fiabilitat interobservador mitjançant el **coeficient de correlació intraclassa (CCI = 0,78; IC 95 %: 0,266–0,927)** (vegeu la Taula 20. Fiabilitat interobservador (CCI) a la 3a ronda d'avaluació) indica una variabilitat considerable dins l'interval de confiança, tot i que el valor global s'emmarca dins del rang considerat acceptable segons els estàndards habituals de qualitat psicomètrica. No obstant això, la dispersió observada en l'IC 95 % posa de manifest una incertesa rellevant respecte la concordança entre observadors.

Aquest fet es veu reforçat per l'anàlisi comparativa posterior entre les mitjanes de puntuació dels dos avaluadors, que evidencia que l'observador 2 tendeix a puntuar lleugerament per sobre de l'observador 1, amb una diferència estadísticament significativa. Aquest resultat suggereix la necessitat d'implementar mesures addicionals per garantir una major consistència interobservador en futurs estudis, com ara sessions de formació conjunta, establiment previ de criteris consensuats de puntuació o, com han fet altres autors (252,284), l'ús de dos avaluadors per enregistrament, amb consens en la puntuació final de cada ítem.

Durant l'avaluació dels vídeo-enregistraments (VE) per part dels observadors mitjançant l'escala OPTION⁵, s'ha tingut en compte el context clínic específic en què es desenvolupa la PDC, concretament en relació amb el risc cardiovascular (RCV). El cas clínic emprat en els *role-plays* amb tots els participants se centra en la gestió d'un nivell elevat de colesterol en una pacient amb RCV alt (en prevenció primària), i contempla tant opcions terapèutiques farmacològiques com no farmacològiques.

A més, en el procés d'avaluació, s'ha valorat si algunes de les opcions presentades podrien haver estat prèviament informades i discutides en consultes anteriors entre el professional i la pacient (encara que no sigui explícit en el VE).

Cal tenir present que l'instrument OPTION⁵ no va ser concebut per avaluar la PDC de manera immediata i consecutiva entre pacients, ja que això no seria viable en el nostre context clínic, on un professional sanitari pot arribar a atendre entre 30 i 40 pacients al dia. Per tant, l'ús d'aquesta escala s'adequa millor a entorns acadèmics o de recerca, i no pas a l'aplicació rutinària *in situ* en la pràctica assistencial diària.

L'escala OPTION⁵ resumeix molt bé el model deliberatiu de les tres converses de *Elwyn et al.*, i en aquest sentit permet avaluar la forma i el fons de la PDC. Una de les avantatges és la bona descripció general de cadascun dels ítems.

És una escala amb pocs ítems que facilita la seva implementació, i com s'ha comentat, recull bé l'avaluació que pot fer el clínic en descriure les opcions, facilitar un treball de col·laboració (*Team Talk*), treballar les diferents opcions i verificar la comprensió per part del pacient (*Option talk*) i els dos darrers ítems sobre les decisions finals del pacient (*Decisión talk*).

Valoració de la traducció de l'escala de l'observador OPTION⁵ per part dels experts

Per tal d'obtenir una valoració més àmplia sobre la traducció de l'escala de mesura, es va dur a terme una enquesta dirigida a experts. En total, es va recollir l'opinió de deu professionals amb una àmplia trajectòria en els àmbits de la comunicació i la salut. Alguns d'ells compten, a més, amb una experiència més específica en l'àrea de la PDC. Tots els participants són docents i investigadors actius en aquest camp, fet que garanteix la rellevància i qualitat de les aportacions obtingudes.

Els suggeriments dels experts sobre possibles canvis en l'idioma final de la traducció o modificacions en la formulació d'alguns ítems van ser valorats, però no van comportar cap canvi addicional en la redacció dels ítems de l'escala. Els autors de l'escala original remarquen la importància de mantenir-se el més fidel possible al text original, i atès que els usuaris finals (anglès *end-users*) van considerar la versió traduïda com a comprensible i adequada, es va decidir conservar la redacció obtinguda en la tercera versió de la traducció. Aquesta és la versió que es va utilitzar per a l'avaluació dels VE.

Un dels aspectes comentats per diversos participants fa referència a la presència del terme "elicit" en la versió traduïda del manual d'ús. Cal destacar que els autors de l'escala original OPTION⁵ no especifiquen la necessitat de traduir el manual associat a l'escala; tanmateix, en el present estudi es va optar per traduir-lo amb l'objectiu de facilitar l'avaluació dels VE, proporcionant així una guia més clara als avaluadors.

La primera versió traduïda del manual es va elaborar de forma àgil per tal de poder-la enviar, juntament amb l'escala, als experts participants en la validació preliminar. Un cop recollides les seves aportacions, es va dur a terme una revisió en profunditat de la traducció, incorporant els comentaris per millorar-ne la claredat, la precisió terminològica i la utilitat pràctica. Així doncs, la versió final del manual traduït que es presenta en aquest estudi inclou les modificacions suggerides, amb especial atenció als termes que podien generar ambigüitats o dificultats interpretatives, com ara el ja esmentat "elicit".

Es considera rellevant valorar l'aplicació de l'escala OPTION⁵ en el nostre entorn assistencial. Es tracta d'un instrument dissenyat per mesurar el grau de PDC que exerceix el professional sanitari durant una o diverses consultes, centrades en un mateix problema de salut. La seva aplicació s'efectua *a posteriori*, mitjançant l'anàlisi d'una gravació en àudio o vídeo de la consulta. Aquest comentari sorgeix a partir de les observacions de dos experts, que consideren l'OPTION⁵ un instrument amb un enfocament massa teòric i poc pràctic per a l'aplicació en el nostre entorn clínic assistencial.

7.4 Programa de formació en presa de decisions compartida

En el moment de l'elaboració del programa, que va ser durant l'any 2018-2019 (la tesi es va iniciar el 2019), existia la EAD sobre la decisió d'inici de tractament farmacològic en prevenció primària de la hipercolesterolèmia (estatines) en paper (285) i es va decidir utilitzar-la i fer el cas simulat entorn a una PDC professional sanitari-pacient per decidir conjuntament sobre iniciar o no tractament amb estatines (demostrada en el programa de formació en PDC que rebia el GI). S'ha de dir que actualment, aquesta eina ja no està disponible en paper per a ser entregada i/o discutida en consulta de manera generalitzada, sinó que dins la pròpia Clínica Mayo (Minnesota, EEUU), disposen d'un equip anomenat Knowledge and Evaluation research Unit (<https://www.mayo.edu/research/labs/knowledge-evaluation-research-unit/overview>) que investiguen i estudien sobre PDC, MBE, medicina mínimament disruptiva i empoderament del pacient. Aquest equip és liderat pel Dr. Victor M. Montori (del qual es pot trobar més informació a la pàgina web compartida. Elaboren la pàgina web www.carethatfits.org on es poden trobar diverses EAD. Una d'elles és la *Statin Choice* en prevenció primària cardiovascular, que és interactiva i per utilitzar durant la consulta, amb el pacient, i poder-ne imprimir la versió individualitzada (200).

“Les habilitats superen les eines, i les actituds superen les habilitats” (25). A la formació es posa èmfasi en el fet que, tot i que les eines (com les EAD) són útils, tenir habilitats comunicatives és encara més important, i que, per damunt de tot, tenir una actitud oberta i col·laborativa és el que realment marca la diferència a l'hora d'implementar la PDC de manera efectiva.

Revisant la literatura, s'ha identificat un estudi previ adreçat a residents de Medicina Familiar - la mateixa població que la del present projecte. Tanmateix, aquest es realitza a través d'una plataforma web i se centra en l'aprenentatge d'habilitats comunicatives sobre la presa de decisions compartides (PDC) en el context de l'ús d'antibiòtics per a infeccions respiratòries agudes (286). L'estudi mostra una millora en el diagnòstic i el tractament, però no evidencia un augment significatiu dels coneixements sobre la PDC.

Disposem d'un exemple destacat de programa formatiu orientat a millorar les habilitats comunicatives en Entrevista Motivacional (EM): el **programa MOTIVA** (15). Aquest estava adreçat a professionals sanitaris, concretament metges i metgesses de família, i es caracteritzava per tenir una durada més extensa. El programa utilitzava pacients estandarditzats (PE), vídeo-enregistraments (VE), tallers d'EM, sessions de *feedback*, bibliografia (llibres i articles), casos clínics, micropíndoles formatives, registres PBI (*problem based interviewing*) i l'anàlisi d'incidents crítics, entre d'altres recursos. A més, incloïa un seguiment a més llarg termini.

En comparació, el disseny del present estudi es basa en la implementació d'un programa formatiu centrat en la presa de decisions compartides (PDC), amb una durada de només 4 hores, integrat dins el curs ja existent de 16 hores d'Entrevista Clínica (EC). Convé tenir en compte que en el projecte MOTIVA, els elements formatius que van mostrar major influència en l'adquisició d'habilitats d'entrevista clínica van ser el taller formatiu i les sessions de *feedback* posterior – es donava *feedback* constantment als participants durant les sessions de formació (tot i que no es va donar *feedback* del seu VE).

Cal, per tant, recordar que les sessions de ***feedback*** o assessorament són un element clau en qualsevol programa formatiu orientat al desenvolupament d'habilitats comunicatives. Malgrat la seva importància demostrada, aquest component no es va incloure en el disseny del present estudi a causa de la curta durada del seguiment formatiu.

7.5 Característiques basals dels participants /Participació/ Mostratge

Es van escollir residents de medicina familiar i comunitària (MFIC) de 2n any perquè al programa de formació de la UD multiprofessional de Barcelona ICS és quan es porta a terme el curs d'EC on s'ha aplicat la intervenció. A més, es considera que els residents de 2n any no disposen d'una experiència profunda en AP, donat que encara no han fet la rotació extensa pels centres d'atenció primària assignats, i és un bon moment per introduir una docència en habilitats comunicatives, abans que agafin hàbits a l'hora de comunicar-se amb el pacient.

Com es pot observar en els resultats, l'any 2023 registra una participació clarament inferior (10) respecte al 2022 (31) i 2024 (33). Això podria ser degut a diverses possibilitats. La primera i més important, que no va dependre de l'equip investigador, és que al 2023 es van fer 3 edicions del curs d'EC, mentre que als altres anys eren 4 edicions, per tant ja es va partir d'un nombre de participants inferior. Pel registre qualitatiu que es va fer, els grups d'aquell any no van resultar gaire participatius (se'n desconeix el motiu). Finalment s'ha de tenir en compte que el seguiment posterior era voluntari, i durant els dos primers anys es feia la convocatòria per informar de les dades del seguiment posterior, per correu electrònic. Molts participants ni van contestar. El 3r any es va contactar als participants via whatsapp i la resposta va ser considerablement més ràpida i més fàcil.

En el present estudi i amb l'objectiu de valorar la retenció dels continguts i habilitats adquirides durant la formació en EC i PDC, s'ha optat per realitzar l'avaluació postintervenció entre les 6 i les 8 setmanes després del curs. Aquest interval de temps respon a una justificació pedagògica fonamentada en la teoria de la **corba de l'oblit**, desenvolupada per Hermann Ebbinghaus (279), segons la qual el record de la informació disminueix de manera progressiva amb el temps si no s'hi fa una recuperació activa o aplicació pràctica. Avaluar els coneixements i les competències al cap d'un període mitjà de temps permet observar no només la comprensió immediata, sinó també la consolidació i retenció significativa de les habilitats apreses.

En l'àmbit de l'educació mèdica, aquest enfocament resulta especialment útil per identificar quines habilitats comunicatives es mantenen, quines s'erosionen amb el temps i quin és l'impacte real de la formació més enllà del moment instructiu immediat (279,287).

La mitjana d'edat (Taula 21. Distribució per edat i sexe segons grup (control, intervenció i total)) era l'esperada ja que es van seleccionar residents de 2n any de MFIC, que coincideix amb una edat entre 27-29 anys (si es planteja que els residents han fet la carrera de medicina amb 6 anys després del batxillerat, i posteriorment han accedit a la residència via MIR). En el sistema espanyol és la seqüència més habitual.

Com que la participació en el projecte és voluntària i no aleatoritzada a cegues, s'han creat tres estratègies per tal de disminuir el possible biaix que això podria comportar (possible factor de confusió).

- La separació en participants en GC i GI, tot i no ser aleatòria va ser per grups, assegurant que la mostra no fos per individus concrets.
- Les primeres edicions eren GC per evitar contaminació de contingut als residents assignats al GI.
- S'ha realitzat una anàlisi a posteriori, un cop finalitzada la intervenció i la recollida de dades, amb l'objectiu de comprovar l'absència de diferències significatives entre els grups en el moment basal (previ a la intervenció). Tal com es mostra a la Taula 24. Estudi de comparabilitat basal, no es van detectar diferències estadísticament significatives entre els grups pel que fa al sexe, edat, puntuacions inicials dels qüestionaris i duració de la consulta, fet que en garanteix la comparabilitat inicial.
 - Aquest resultat reforça la validesa dels efectes observats, ja que permet descartar que les diferències en l'evolució dels resultats es deguin a desigualtats prèvies entre els grups..

L'**error aleatori** és aquell que es produeix per l'atzar, i tendeix a ser més gran com més petita és la mida de la mostra. Es tracta d'un error impredecible, que pot influir en qualsevol moment del procés d'avaluació i que afecta directament la mesura de les variables, comprometent-ne la fiabilitat. Per tal de minimitzar aquest tipus d'error, es va posar especial atenció en el disseny de l'estudi, destacant la importància de la estandardització de la formació i de l'entrenament específic dels observadors. Cal tenir en compte que una mesura és més precisa com menor sigui l'error aleatori associat (1).

7.6 Qüestionaris TDC-C-9, QDOC i OPTION⁵

Per mesurar el grau de presa de decisions compartida (PDC) en aquest estudi es va escollir fer servir tres qüestionaris des de perspectives diferents, el TDC-C-9, el QDOC i l'OPTION⁵, basat en una revisió sistemàtica que conclou que fins al moment d'aquesta (any 2020), els millors instruments de mesura de la PDC són el SDM-Q-9 i les versions de l'OPTION (242). *SDM-Q-9 (Shared Decision Making questionnaire 9 items) = TDC-C-9 (Toma de Decisiones Compartida cuestionario 9 ítems).*

Un estudi de Müller *et al.* (220) avalua una formació en habilitats comunicatives per a la PDC adreçada a metges que atenen pacients amb asma, utilitzant els **mateixos tres instruments de mesura** emprats en el present estudi (però sense grup control). El programa formatiu en PDC tenia una durada de 12 hores (en comparació amb les 4 hores del present projecte) i incloïa: una introducció teòrica basada en el model de les tres converses (igual que en aquest estudi), consultes gravades amb pacients simulats, anàlisi grupal de vídeos amb *feedback*, així com tallers, exercicis pràctics i discussions. De manera opcional, els participants podien realitzar una segona gravació al seu propi centre mèdic.

Els resultats van mostrar una millora significativa en tots els qüestionaris després de la formació. L'avaluació qualitativa va revelar que la majoria dels professionals van experimentar canvis en la seva actitud i comportament, considerant la formació altament beneficiosa. Els metges van destacar especialment el valor de les consultes amb pacients simulats quan aquestes es complementaven amb *feedback* i anàlisi de vídeo, i van suggerir que, en el futur, seria interessant incorporar també consultes amb pacients reals.

Els resultats de Müller *et al.* coincideixen en gran mesura amb els obtinguts en el present estudi, tot i les diferències en la durada de la formació, fet que reforça la validesa i la rellevància del model utilitzat.

Els qüestionaris TDC-C-9 i QDOC són instruments **autoadministrats**. El QDOC es lliurava al resident participant (qui assumia el rol de metge durant el *role-play*) en format imprès a doble cara. Tot i que es va supervisar que completessin la totalitat dels ítems, dos participants del grup intervenció (GI) no van respondre la part posterior del qüestionari. Això implica més de dues respostes en blanc, i, segons les recomanacions dels autors dels instruments, en aquests casos el qüestionari no es pot considerar vàlid.

S'han analitzat les respostes a les dues **preguntes obertes** incloses en els qüestionaris autoadministrats, amb l'objectiu de valorar si les respostes eren similars entre si, si seguien una mateixa línia argumental, i si es caracteritzaven per ser més genèriques o més específiques.

Com es mostra a la Taula 25, s'han presentat els resultats amb valors normalitzats dels qüestionaris per tal de facilitar-ne la interpretació (157). Amb aquesta representació, s'ha volgut posar en relleu la **significació clínica** dels canvis observats, especialment quan l'evolució implica passar d'un nivell d'“aprovat” a un de “bé”, o de “bé” a “notable”. En valors enters, aquest canvi és especialment evident en el qüestionari TDC-C-9 del grup intervenció (GI), que passa d'una puntuació de 52,4 (aprovat) a 63,7 (bé). Aquest és, a més, l'únic resultat que ha mostrat una diferència marginalment significativa respecte del grup control (GC).

L'evolució dels resultats dels qüestionaris també s'ha **representat gràficament**, com a recurs per visualitzar més clarament les tendències de resposta en ambdós grups, abans i després del curs. Tot i això, cal tenir en compte que les gràfiques utilitzen una escala ampliada, fet que pot induir a una interpretació esbiaixada dels resultats si no es contextualitza adequadament.

En general, s'observa una tendència de millora en tots els qüestionaris, amb pendents ascendents en els gràfics corresponents. En el cas concret del **qüestionari TDC-C-9**, es pot apreciar com les línies dels dos grups es creuen (vegeu la Figura 18. Comparació de les puntuacions mitjanes del qüestionari TDC-C-9 abans i després de la intervenció, segons grup), el grup intervenció (GI) mostra una evolució lleugerament superior a la del grup control (GC). Aquesta observació també és coherent amb el resultat estadístic obtingut ($p = 0,052$; vegeu Taula 26. Evolució abans-després dels resultats globals del qüestionari TDC-C-9 i comparació de l'evolució entre grups), que indica una **diferència marginalment significativa**.

La **tendència positiva** observada en la millora dels resultats dels altres dos qüestionaris és estadísticament significativa en termes generals, tot i que no es detecten diferències significatives entre grups. Atès que el grup intervenció (GI) va rebre el curs amb el programa de PDC incorporat, s'esperava una diferència significativa, tant a nivell estadístic com clínic, respecte al grup control (GC).

Aquest resultat convida a una **reflexió crítica** sobre diversos aspectes del disseny i implementació de la intervenció:

- si la durada del programa (4 hores) és suficient per generar canvis detectables;
- si caldria un entrenament més extens i sostingut en el temps;
- si els qüestionaris utilitzats són prou sensibles per mesurar amb precisió el grau de PDC en el context d'una consulta clínica;
- o bé si la mida de la mostra ha estat prou gran per permetre detectar diferències significatives entre grups.

Aquesta anàlisi posa de manifest la necessitat de **futures investigacions** que puguin aprofundir en aquests aspectes i optimitzar les estratègies formatives en PDC.

Arribats a aquest punt, es va plantejar la possibilitat de calcular la potència estadística dels instruments de mesura emprats. Tanmateix, la literatura metodològica actual desaconsella l'ús de càlculs de **potència post hoc**, ja que no aporten informació rellevant un cop obtinguts els resultats de l'estudi. De fet, la potència post hoc acostuma a ser simplement una transformació del valor de p , i per tant no ofereix cap interpretació addicional sobre la validesa ni la fiabilitat dels resultats (288).

En lloc d'això, es recomana centrar la interpretació en els **intervalls de confiança al 95%**, els quals proporcionen una estimació més informativa sobre la precisió dels resultats i la variabilitat de les dades. Uns intervals amplis poden suggerir una manca de precisió, possiblement associada a una mida mostral insuficient, mentre que intervals estrets reforcen la confiança en l'estimació, fins i tot quan el valor de p no sigui inferior a 0,05.

Aquest enfocament és coherent amb les recomanacions de la literatura estadística contemporània, que advoca per una interpretació més crítica i contextualitzada de l'anàlisi estadística, superant la dependència exclusiva del *valor de p* com a mesura principal de rellevància estadística (288).

La Taula 25 mostra els intervals de confiança (IC) al 95% corresponents als resultats dels qüestionaris i de la duració de la consulta, tant abans com després de la intervenció, i diferenciats per grups. L'amplada dels intervals varia segons el qüestionari, però en general oscil·la entre 6 i 12 punts (sobre una escala de 100 punts), tot incloent sempre la mitjana, cosa que permet interpretar aquesta precisió com clínicament acceptable.

Els IC al 95% donen suport a la interpretació d'una evolució marginalment significativa del grup d'intervenció (GI) respecte al grup control (GC) en el qüestionari TDC-C-9. En canvi, per als qüestionaris QDOC i OPTION⁵, els IC 95% mostren puntuacions similars entre grups, fet que apunta a una evolució més discreta o amb menys diferències entre grups.

Pel que fa als resultats del qüestionari QDOC i OPTION⁵, s'aprecia una evolució positiva en ambdós grups, però no és significativament millor en cap grup, per tant l'evolució ha estat favorable, però no es pot atribuir a la intervenció. La millora dels participants dels dos grups es podria explicar perquè tothom rep el curs d'EC de forma participativa, i això comporta que tots els individus (tant del GC com del GI) milloren les seves habilitats de comunicació, fet que, indubtablement, fa que tinguin un abordatge de la consulta més centrat en el pacient després de rebre la formació (habitual o amb la PDC incorporada). Aquests resultats reforcen la idea de la importància de rebre formació en EC durant la residència.

Respostes obertes dels qüestionaris TDC-C-9 i QDOC

En altres estudis sobre comunicació clínica o, més específicament, sobre presa de decisions compartida (PDC), es remarca la importància d'utilitzar mètodes quantitatius i qualitatius (mixtos) per tal d'obtenir una anàlisi més completa i enriquida dels resultats (8,220).

Qüestionari TDC-C-9

L'**anàlisi qualitativa de les respostes obertes** relatives a les decisions terapèutiques mostra un canvi evident en la decisió final de les pacients després que els residents (en el rol de metge) haguessin rebut la formació en Entrevista Clínica (EC), amb o sense el mòdul específic de presa de decisions compartida (PDC). Tal com es pot observar a la Figura 25. Comparació de les respostes obertes codificades a la pregunta «Quina decisió es va prendre?» del TDC-C-9, abans (PRE) i després (POST) de la intervenció, la categoria més freqüent tant abans com després de la intervenció és **“Iniciar estatines”**. El nombre de respostes en aquesta categoria va passar de 37 abans a 51 després de la intervenció, la qual cosa representa un augment rellevant del 38%.

Aquest resultat suggereix que la formació en EC va afavorir la incorporació d'habilitats comunicatives per part dels residents, potenciant la confiança de la pacient en el professional que les atenia (a la consulta simulada) i en la seva recomanació d'iniciar el tractament amb estatines. És probable que la pacient es sentís més escoltada i recolzada, la qual cosa hauria facilitat l'expressió dels seus dubtes, valors i preferències. En paral·lel, es va observar una **reducció en les respostes vagues** com “iniciar tractament farmacològic” sense especificar, fet que podria indicar que els residents van ser més precisos en comunicar les opcions terapèutiques, contribuint així a una major claredat per part de les PS en el qüestionari.

D'altra banda, la categoria **“Mesures higiènic-dietètiques (HD)”**, que inclou recomanacions com dieta, exercici físic, cessació tabàquica i seguiment estructurat, també experimenta un augment notable, passant de 8 a 12 respostes. Aquest increment reflecteix una **millor integració dels canvis d'estil de vida com a element essencial del pla terapèutic**, especialment en el context de la hipercolesterolèmia amb risc cardiovascular elevat. Després de la formació, les respostes de les PS van ser més concretes, clíniques i orientades a l'acció, probablement com a resultat d'una comunicació més estructurada i explícita per part del resident, qui va subratllar la importància de les mesures HD com a pilar fonamental del tractament.

Qüestionari QDOC

Si s'observa la Figura 26. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la primera pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quin va ser el motiu pel qual el pacient va acudir a consultar amb vostè?», les respostes qualitatives sobre el motiu de consulta revelen que la gran majoria dels casos tant abans com després de la intervenció es vinculen a la **detecció de dislipèmies i el control dels valors de colesterol**. Es pot dir que els participants a l'estudi que van fer de metges, tenien clar el motiu de consulta de la pacient que visitaven (en el context del *role-play*).

Cal destacar la disminució de les respostes classificades com a “Revisió analítica”, que passen de 18 abans de la intervenció a 10 després, així com un lleuger augment en les mencions a “Seguiment / control”, de 4 a 7 respostes. Aquest patró pot indicar un canvi gradual en l'orientació de la consulta, passant d'una simple revisió de resultats analítics a un **seguiment actiu i continuat del risc cardiovascular**.

Aquest canvi suggereix una millor comprensió per part dels professionals de la importància d'acompanyar el pacient en el seu procés, tot transmetent-li que no afrontarà sol/a el problema de salut, sinó que rebrà un suport continuat per part de l'equip assistencial. D'aquesta manera, la consulta deixa de ser una resposta passiva als valors analítics i esdevé un espai de corresponsabilitat clínica i compromís terapèutic.

Després del curs d'EC (com es pot veure a la Figura 27. Comparació de les respostes obertes codificades abans (PRE) i després (POST) de la segona pregunta oberta del qüestionari QDOC: «Quina decisió es va prendre?»), s'observa un **augment important en la categoria “Esperar / revalorar”**, que passa de 7 a 13 respostes. Aquesta tendència podria reflectir un enfocament clínic més reflexiu per part del professional, o bé la necessitat de la pacient de disposar d'uns dies per valorar la decisió terapèutica de manera compartida amb la família i/o personalment. En qualsevol cas, la resposta més freqüent continua sent l'inici del tractament amb estatines, amb poca variació entre el moment previ i posterior a la formació. Aquest fet podria indicar que, ja des de l'inici, els participants mostraven un cert nivell d'habilitats comunicatives, integrades en el seu tarannà habitual durant l'anamnesi, que els permetien establir un vincle sòlid amb la pacient. Aquest vincle afavoriria que la pacient compartís les seves idees i preferències, i confiés en el criteri professional a l'hora de prendre una decisió sobre el tractament

Després de la formació, les decisions es van tornar més clares, orientades i articulades dins d'un marc clínic coherent, especialment cap a l'adopció de mesures no farmacològiques. Tot i que la resposta més freqüent va ser l'inici d'estatines, moltes d'aquestes respostes, com s'ha vist, van acompanyades de seguir amb mesures HD.

En les respostes concretes dels participants al qüestionari QDOC posterior a la intervenció, cal destacar especialment la resposta ressaltada en negreta i color verd (*“se decidió conjuntamente mantener dieta y ejercicio, reducir tabaco u entrar en el circuito de enfermería para dejar de fumar”*), atès que prové d'un participant del GI. La formulació d'aquesta resposta reflecteix una **actitud de PDC amb la pacient**, en contrast amb un enfocament més paternalista o unidireccional. Aquest fet suggereix que la formació en PDC podria haver tingut un cert impacte en la pràctica clínica del participant, afavorint un model de relació clínica més participatiu i respectuós amb les preferències del pacient.

En contrast, s'ha ressaltat en negreta i vermell la resposta *“De momento incidir en tratamiento dietético, quitar hábito tabáquico por reticencia de la paciente”*, emesa per un participant del GI en el moment previ a la formació. Aquesta formulació denota una actitud lleugerament paternalista, en què s'atribueix la decisió a una **reticència de la pacient**, traslladant-li la responsabilitat i evidenciant una absència de consens explícit. En canvi, el mateix participant, en el moment posterior a la intervenció, respon a la mateixa pregunta amb: *“medidas HD, plantear iniciar estatinas en la próxima visita”*. Aquesta nova resposta suggereix una evolució cap a una actitud **més respectuosa amb les preferències de la pacient**, amb una proposta oberta i temporalment escalonada que permet establir un **pla terapèutic conjunt**.

Aquestes observacions qualitatives reforcen la idea que la formació en presa de decisions compartida (PDC) pot tenir un impacte positiu en la pràctica clínica real, modificant no només les decisions preses, sinó també **la manera com aquestes es verbalitzen i s'enfoquen des d'una perspectiva de respecte i col·laboració amb el pacient**.

7.7 Desglossament per ítems OPTION⁵

A la Taula 31, on es comparen les mitjanes per ítems del qüestionari OPTION⁵ abans i després de la intervenció, s'observa una millora generalitzada en la puntuació dels cinc ítems. Aquesta millora és estadísticament significativa en tots els ítems excepte en el cinquè.

Ara bé, des d'un punt de vista clínic, es considera que una diferència és significativa quan es produeix un canvi d'interval de puntuació, com ara passar de 2 a 3 o de 3 a 4. Aquest salt d'interval es dona clarament en els ítems 1 i 2, la qual cosa suggereix una millora rellevant en les habilitats d'escolta activa i en la presentació clara d'opcions per part dels residents.

Pel que fa a l'ítem 5, tot i que el canvi no és estadísticament significatiu, la mitjana passa de 2,9 a 3,1, fet que podria suggerir una millora en l'esforç per integrar les preferències del pacient en el procés de presa de decisions. Cal recordar que aquest ítem valora precisament el grau d'implicació del professional per incorporar els valors i preferències del pacient, de manera que aquest resultat pot indicar un avenç subtil però rellevant en les habilitats comunicatives dels participants.

En aquest sentit, es pot plantejar que la formació en entrevista clínica contribueix a augmentar la consciència dels residents sobre la importància de fer sumaris al final de la consulta, amb l'objectiu de verificar la comprensió mútua i consolidar l'acord terapèutic amb el pacient.

7.8 Comparació resultats OPTION⁵ entre observadors

A la Taula 34 s'exposen les mitjanes de puntuació per ítem i les puntuacions totals obtingudes pels dos observadors mitjançant l'escala OPTION⁵, de manera global, és a dir, independentment del grup d'adscripció dels residents i del moment de l'avaluació (pre o postintervenció). Cada observador va analitzar un total de 77 vídeos, coincidint en l'anàlisi dels 10 primers VE per tal d'avaluar la consistència inicial.

La taula posa de manifest que **les puntuacions dels dos observadors difereixen de manera estadísticament significativa en la majoria dels ítems**, excepte en l'ítem 4, on no es detecten diferències significatives entre les mitjanes. Aquestes diferències poden considerar-se clínicament rellevants en la majoria dels casos, ja que les mitjanes de puntuació atorgades per cada observador se situen en intervals diferents dins de l'escala (excepte en l'ítem 3, on no hi ha canvi d'interval). Aquest resultat suggereix una certa variabilitat en la interpretació i aplicació de l'escala entre avaluadors, malgrat haver rebut una formació prèvia comuna.

Pel que fa a l'**ítem 4**, aquest avalua l'**esforç del professional per conèixer les preferències** del pacient, un comportament que pot ser observat de manera força directa durant la consulta i que, per tant, pot ser valorat amb més precisió i consens. La seva naturalesa més concreta i explícita pot explicar per què no s'han trobat diferències significatives entre observadors, a diferència del que succeeix amb altres ítems.

D'altra banda, l'**observador 2** tendeix a **puntuar sistemàticament més alt**, la qual cosa podria interpretar-se com una actitud avaluadora més laxa, o bé com una valoració que incorpora elements contextuais no explícits però inferibles a partir del diàleg entre pacient i professional (com ara informacions compartides en consultes prèvies). Així mateix, la capacitat del professional per evocar el discurs del pacient, facilitar opcions i adaptar-les als seus valors i preferències pot ser percebuda sense que s'hagin formulat preguntes explícites, tot i que l'escala OPTION⁵ està centrada en la presència de preguntes concretes, fet que pot limitar la valoració d'actituds comunicatives més implícites o indirectes.

La mitjana de les puntuacions totals reforça aquestes observacions: **l'observador 1** obté una mitjana de **14,2 sobre 20** (71/100), mentre que **l'observador 2** registra **16,4 sobre 20** (82/100). Aquestes mitjanes són lleugerament diferents a les reportades en altres estudis que han utilitzat l'escala OPTION⁵, aspecte que cal tenir en compte a l'hora de comparar resultats entre investigacions, ja que poden influir-hi diversos factors (250,284):

- el context clínic,
- la formació específica dels observadors o
- les característiques pròpies de les consultes analitzades

És important destacar que, a diferència d'altres estudis que opten per l'avaluació conjunta i per consens entre **dos observadors per a cada enregistrament** (284), en el present estudi aquest procediment només es va aplicar als primers 10 VE, amb la finalitat de determinar la fiabilitat interobservador inicial. Posteriorment, cada observador va avaluar de manera independent 67 VE addicionals.

7.9 Correlació entre resultats dels qüestionaris

La correlació entre els resultats dels qüestionaris es va calcular mitjançant l'índex de **correlació de Pearson**, tal com es presenta a la Taula 32. Correlació entre la duració de la consulta i els resultats del qüestionari OPTION5 i Taula 33. Coeficients de correlació entre els qüestionaris TDC-C-9, QDOC i OPTION5. Els resultats obtinguts indiquen que la majoria de correlacions són febles, amb algunes de moderades. Aquesta troballa és congruent amb el disseny de l'estudi, amb el nivell de formació dels metges residents i amb la seva autopercepció de la pràctica clínica. Igualment, les diferències observades entre qüestionaris són coherents amb la disparitat entre la percepció del pacient i la del professional després de la consulta. Alguns estudis descriuen dades similars (25,164,232), mentre que altres mostren resultats oposats, suggerint que les valoracions més favorables per part dels pacients poden deure's a la reticència a valorar negativament el professional (138,164).

En aquest sentit, es pot parlar d'una coherència entre els resultats obtinguts i el marc formatiu i metodològic de l'estudi. El **qüestionari autoadministrat pels metges residents** mostra una tendència a la baixa autocrítica, especialment en les respostes prèvies a la intervenció, fet que és coherent amb la manca de formació específica en entrevista clínica (EC) i/o presa de decisions compartida (PDC) en aquell moment.

Per contra, el **qüestionari respost per les pacients simulades** (PS) —metgesses coneixedores dels objectius de l'avaluació— podria haver donat lloc a valoracions més estrictes i exigents, ja que sabien exactament què havien d'observar i puntuar. Aquesta diferència entre fonts d'informació pot explicar, en part, les correlacions febles entre els resultats dels diferents instruments.

7.10 Duració de la consulta

Com s'ha esmentat a la introducció, una de les barreres més citades a l'hora de justificar els dubtes sobre la viabilitat d'implementar la presa de decisions compartida (PDC) a la pràctica clínica és la percepció que aquest model **incrementa la durada de la consulta** (25,138). Sovint es tendeix a pensar que l'ús d'habilitats comunicatives pròpies de la PDC suposa un temps addicional en comparació amb una consulta convencional, centrada exclusivament en l'assessorament mèdic i la prescripció, sense cap procés deliberatiu compartit.

Tanmateix, els resultats del present estudi posen en qüestió aquesta suposició. No s'han observat diferències significatives en la durada (en minuts) de les consultes entre el grup control (GC) i el grup intervenció (GI), tot i que els participants del GI van fer ús d'habilitats comunicatives orientades a la PDC i, en alguns casos, van utilitzar l'eina d'ajuda a la decisió (EAD) per abordar la prescripció d'estatines (en el moment posterior a la intervenció). Per tant, es pot concloure que, en aquest context, no hi ha diferències clínicament rellevants pel que fa al temps de consulta..

Aquesta observació es veu reforçada per la **correlació feble a moderada** detectada entre les puntuacions de l'escala OPTION5 —que avalua objectivament el grau de PDC aplicat pel professional— i la durada de la consulta. Aquesta relació, com es mostra també als **gràfics de dispersió (Error! No s'ha trobat l'origen de la referència. i Error! No s'ha trobat l'origen de la referència.)**, no segueix una línia clarament ascendent, sinó que es presenta de forma dispersa i poc estructurada, fet que confirma la baixa intensitat de l'associació.

Així doncs, tant les dades quantitatives com la representació gràfica suggereixen que implementar el model de PDC no implica necessàriament una consulta més llarga, sinó que **pot millorar la qualitat de l'atenció sense un cost afegit en temps**, fet que ja ha estat assenyalat en altres estudis (122,141).

Aquesta conclusió resulta especialment rellevant en un context clínic on el **temps disponible sovint és percebut com una limitació**, i reforça la viabilitat de la PDC com a model aplicable a la pràctica assistencial habitual

7.11 Limitacions

Com en tot treball de recerca, cal ser conscients en detectar i descriure les limitacions de l'estudi. Es poden descriure les següents:

L'efecte Hawthorne (1,289) fa referència a la modificació de la conducta dels participants pel simple fet de saber que estan sent observats o avaluats. En aquest cas, tant els residents participants com les metgesses que feien de pacients simulades (PS) eren conscients de si els residents pertanyien al grup control o al grup intervenció.

Atès que l'objectiu principal era avaluar la millora en habilitats comunicatives associades a la presa de decisions compartida (PDC), és probable que, especialment les PS, es mostressin més exigents o acurades a l'hora de respondre el qüestionari TDC-C-9, influenciades pel coneixement del grup d'assignació del resident.

Aquesta situació constitueix una font potencial de biaix, que, malgrat ser identificada en la fase de planificació del projecte, no es va poder evitar donades les limitacions inherents al disseny experimental amb grup control.

Donat que es tracta d'un **estudi pilot**, la mida de la mostra no es va determinar mitjançant càlculs estadístics previs, sinó que es va establir seguint les recomanacions metodològiques que suggereixen una mida mostral aproximada de 30 a 50 per estudis pilot. Tot i que aquesta aproximació és habitual en estudis preliminars, el fet de no haver calculat prèviament la mida mostral necessària pot haver condicionat la capacitat de l'estudi per detectar diferències estadísticament significatives, especialment en les comparacions entre grups.

Pel que fa a l'**anàlisi dels vídeo-enregistraments (VE) mitjançant el qüestionari OPTION⁵**, aquest va ser realitzat per observadors externs que desconeixien tant el moment d'enregistrament (previ o posterior a la intervenció) com el grup d'assignació dels residents (control o intervenció). Aquest procediment confereix a l'avaluació un nivell de cegament simple, que reforça la validesa interna dels resultats obtinguts amb aquest instrument. No obstant això, **no es pot considerar un estudi doble cec**, ja que els participants sí eren conscients del seu grup assignat.

L'avaluació es va dur a terme de manera independent, amb **un únic observador per a cada VE**, fet que pot limitar la fiabilitat interavaluador. Tot i que es van aplicar els procediments establerts per a una validació preliminar de l'escala (incloent-hi la formació prèvia i el consens inicial de criteris), l'absència de doble puntuació sistemàtica representa una potencial font de biaix i pot reduir la consistència dels resultats. En aquest sentit, és probable que els resultats haguessin estat més robustos si cada enregistrament hagués estat analitzat per dos observadors de forma independent, seguit d'un consens final sobre la puntuació.

Tanmateix, donada la magnitud de la mostra de VE i el temps considerable requerit per a cada avaluació, es va optar per prioritzar la factibilitat de l'estudi mitjançant l'assignació d'un únic avaluador per enregistrament, després d'un procés previ de consens metodològic, que incloïa la redacció compartida de les anotacions (NOTAS) al manual d'ús que guiaven l'aplicació de l'escala OPTION⁵.

El fet que, entre les dues versions del curs d'entrevista clínica, només es dediquin **quatre hores específiques al model de presa de decisions compartides (PDC)** – en el grupp intervenció – pot resultar insuficient per generar un impacte clarament diferenciador. És probable que l'aprenentatge general d'habilitats relacionades amb l'entrevista clínica centrada en el pacient, com a part del conjunt del curs, tingui un pes més rellevant en els resultats globals.

S'assumeix que els participants del GI, durant el VE del *role-play* posterior al curs d'EC, utilitzen més habilitats comunicatives i la EAD per iniciar o no estatines, i per tant podem donar rellevància al fet que no s'han vist diferències estadísticament significatives en el temps de consulta. De totes maneres, els resultats a través de l'evolució dels qüestionaris no mostren diferències estadísticament significatives de millora en habilitats comunicatives entorn a la PDC dels participants en el GI respecte els del GC. Per tant, fixar-nos en **la duració de la consulta**, podria estar esbiaixat pel fet de no quedar clar que s'apliquin aquestes habilitats. Tot i no tractar-se d'un estudi sobre un tractament farmacològic, sinó d'una **intervenció formativa**, és important considerar que l'experiència del centre on es va desenvolupar l'estudi, així com la dels professionals implicats, pot haver influït en els resultats obtinguts, tant de manera positiva com negativa. Aquesta dependència del context representa una limitació a l'hora de generalitzar els resultats a altres entorns o poblacions.

Amb la voluntat de minimitzar aquesta font de variabilitat, es va procurar garantir la màxima coherència i qualitat en la implementació del curs d'Entrevista Clínica (EC). El curs va ser impartit principalment per un doctor amb una llarga trajectòria docent en la matèria, fet que assegura l'expertesa però també pot limitar la replicació exacta de la intervenció en altres contextos amb docents menys experimentats.

A més, el rol de PS va ser assumit només per tres professionals sanitàries, totes elles metgesses de família amb formació específica en comunicació clínica i membres actives del Grup de Comunicació i Salut de Catalunya. Tot i que aquesta selecció acurada es va fer per reduir la variabilitat en la simulació, també pot haver generat una uniformitat poc representativa d'altres perfils professionals que podrien assumir aquest rol en estudis futurs.

En resum, tot i els esforços per garantir una implementació fidel i coherent, la dependència del context institucional i humà pot limitar l'extrapolació dels resultats a altres àmbits assistencials o formats formatius diferents.

El present projecte s'ha dut a terme en un entorn caracteritzat per una **elevada riquesa sociocultural i educativa**, especialment tenint en compte que està adreçat a la formació de professionals sanitaris en etapa de residència. No obstant això, tal com suggereixen Williams et al. (290), cal reflexionar sobre el fet que el programa d'intervenció no aborda explícitament la qüestió de la manca d'equitat en poblacions socialment desfavorides. Tot i això, considerem que l'objectiu i el disseny d'aquest estudi pilot estaven clarament centrats en la docència de residents de Medicina Familiar i Comunitària (MFIC), i que aquest enfocament justifica, en part, l'abast limitat de la intervenció pel que fa a la diversitat de contextos socials.

Una altra limitació rellevant és el fet que la **doctoranda participés com a pacient simulada** en múltiples entrevistes, tot i ser conscient de l'assignació dels residents als grups control o intervenció, així com del moment de l'enregistrament (abans o després de la formació). Malgrat haver seguit una actuació estandarditzada, aquest coneixement previ pot haver influït, ni que sigui de manera inconscient, en alguns matisos de la seva interpretació del rol i/o en la manera d'avaluar.

Finalment, una altra limitació potencial és que el **docent responsable de tots els cursos impartits també va actuar com a un dels dos observadors** encarregats d'avaluar els vídeo-enregistraments (VE). Tot i que l'assignació de les entrevistes per a l'avaluació es va fer de manera cega, és a dir, sense cap dada identificativa del grup d'assignació (GI o GC) ni del moment (pre o postformació), i que l'entrenament i l'estandardització de criteris mitjançant l'escala OPTION⁵ es van considerar suficients, no es pot descartar completament la possibilitat d'un efecte de biaix d'observador.

El fet que un dels avaluadors tingués un vincle directe amb la intervenció formativa podria haver influït, de manera conscient o inconscient, en la seva manera de puntuar les entrevistes, especialment si reconeixia indirectament algun participant o situació. Aquesta circumstància reforça la importància d'incorporar mecanismes addicionals de cegament o consens en estudis futurs per minimitzar qualsevol possible influència de l'observador.

7.12 Fortaleses

El present estudi abasta diversos objectius i mostra fortaleses tant en el seu disseny, en la implementació del treball de camp, així com en la reflexió dels resultats observats:

S'ha traduït l'escala OPTION⁵ al castellà amb un treball curós d'avaluació en la comprensió dels seus ítems per diversos experts en comunicació clínica.

L'escala OPTION⁵ ha estat revisada posteriorment per un professional nadiu anglès i excel·lent coneixedor de la llengua castellana. Aquest treball ha comportat una millora de la validesa aparent i de contingut de l'escala.

En un segon moment s'han consensuat les instruccions d'ús general de l'escala i la discriminació en la puntuació de cadascun dels 5 ítems a través de sessions d'anàlisi de diverses entrevistes (inicialment 10 entrevistes per 2 observadors) i posteriorment amb 2 entrevistes per 3 observadors. Tot aquest treball descrit com a notes suplementàries (NOTAS en el manual de l'escala), ha permès millorar clarament la validesa de constructe de l'escala OPTION⁵ i queden a disposició de futures investigacions, facilitant-ne el seu ús.

El present estudi ha demostrat la factibilitat de realitzar un curs d'entrevista clínica amb dues versions, adreçat a metges residents de medicina de família, amb una orientació formativa i alhora de recerca.

La participació de metges en formació és un element clau per l'aportació en la recerca de l'Atenció Primària (AP). L'elevada motivació dels metges residents per participar en aquest estudi ha quedat, a més, ben palesa durant tot el projecte.

El disseny i la implementació de l'actual treball de recerca obre la porta a la realització de futurs estudis d'aquesta naturalesa, donada la claredat de les dades aportades en referència al disseny, la implementació del treball de camp, i l'avaluació dels resultats, la qual cosa permet la suficient reproductibilitat per nous investigadors interessats en aquesta àrea de coneixement.

S'ha constatat que la implementació del model presenta un nivell considerable, considerant que s'ha pogut dur a terme amb tres pacients simulades, un escenari que representa una situació altament realista dins l'àmbit formatiu. Aquest tipus de simulació s'ubica al nivell 3 de la piràmide de Miller ("shows how"), ja que permet observar com l'estudiant aplica els coneixements i habilitats en un context pràctic proper a la realitat clínica, tot i no ser un entorn amb pacients reals.

Els metges residents mostren que amb un temps de consulta viable, incorporen habilitats comunicatives centrades en el pacient i del model de la presa de decisions compartida.

Els resultats observats en les entrevistes realitzades amb pacients simulats permeten visualitzar la seva factibilitat en entorns de pràctica real, tant per les habilitats mostrades com per la seva durada.

L'avaluació del model de PDC en el present estudi s'ha dut a terme amb tres escales que descriuen la perspectiva del pacient, del professional i d'observadors externs, la qual cosa s'aproxima als millors estàndards d'avaluació recomanats per la millor evidència actual.

La utilització de video-enregistraments de les consultes simulades en l'actual estudi, aporta un nivell d'observació i avaluació clarament superior a les realitzades solament per observació directe o àudio-enregistraments.

Les dades obtingudes permeten obrir interessants qüestions per a línies futures de recerca en aquest àmbit.

8. CONCLUSIONS

1. La versió en castellà de l'escala OPTION⁵ és conceptualment equivalent a la versió original en anglès després del procés de traducció.
2. La versió en castellà de l'escala OPTION⁵ mostra validesa aparent i de contingut adequada, les puntuacions demostren una fiabilitat interobservador adequada.
3. La formació en habilitats d'entrevista clínica en metges residents de 2n any de Medicina Familiar i comunitària, demostra una millora en els resultats de la intervenció amb pacients simulats, sense diferències significatives entre ambdós grups (intervenció i control).
4. Tots dos grups (control i intervenció) mostren millores en els resultats dels qüestionaris TDC-C-9, QDOC i en l'escala observador OPTION⁵ després de la intervenció formativa. Tot i això, només el TDC-C-9 presenta una millora marginalment significativa en el GI respecte el GC.
5. Aplicar la PDC a la consulta no suposa un augment significatiu del temps de durada de la consulta en entorns simulats.

9. LÍNIES DE FUTUR

Cada resposta obtinguda obre la porta a noves preguntes.

— Karl Popper

El present estudi, a part de les limitacions inherents a qualsevol projecte d'aquesta naturalesa, aporta interessants interrogants, que més enllà dels resultats, formula probables línies de treball posterior. Algunes de les quals inclourien:

9.1 Mida de la mostra

Quina n de participants es necessitarien per donar més potencia al present estudi?

En estudis futurs, és recomanable calcular la mida mostral necessària ja que ens pot ajudar a trobar resultats més fiables amb més validesa externa (5).

9.2 Instrument de mesura Observador OPTION⁵

És la escala OPTION⁵ prou discriminativa per delimitar fins a quin punt es duu a terme la PDC?

Com a línia de futur, es proposa la utilització de la tècnica Delphi (291) per tal d'aprofundir en la validació per consens d'experts de la versió traduïda de l'escala OPTION⁵. Afavoriria la seva acceptació en l'àmbit acadèmic i clínic, consolidant el seu ús com a eina d'avaluació en entorns on la PDC és clau.

Finalitzar la validació de la versió traduïda de l'escala OPTION⁵ i publicar-ne els resultats constitueix un objectiu rellevant per a futurs treballs. A partir de les observacions del present estudi —on es van detectar diferències en la puntuació entre dos observadors, malgrat haver consensuat prèviament els criteris d'avaluació— es recomana implementar mesures addicionals per millorar la consistència interobservador. Una d'aquestes podria ser que tots els enregistraments fossin puntuats per dos avaluadors de manera independent, amb posterior consens de la puntuació final, tal com han adoptat altres estudis similars (284).

Seria recomanable dur a terme futurs estudis que permetin aprofundir en la validació de l'escala OPTION⁵ traduïda, especialment pel que fa a les seves característiques psicomètriques, com ara la validesa, la fiabilitat, la sensibilitat al canvi i la factibilitat d'aplicació en entorns clínics reals.

9.3 Qüestionaris de mesura – OPTION⁵

El qüestionari OPTION⁵, tot i estar centrat en avaluar les habilitats del clínic relacionades amb la presa de decisions compartida (PDC), no recull informació explícita sobre diverses habilitats comunicatives específiques, com ara l'ús de preguntes obertes, l'escolta reflexiva, la realització de sumaris, la manera de proporcionar informació, les habilitats de negociació, ni tampoc aspectes vinculats a la comunicació no verbal, les respostes empàtiques del professional o els elements actitudinals.

Per tal d'obtenir una visió més acurada del que succeeix durant les entrevistes clíniques, es podria considerar la implementació d'instruments complementaris, com ara l'escala GATHA, l'escala CICCÀ o l'escala EVEM, totes elles validades en el nostre entorn i orientades a avaluar diferents dimensions de la comunicació assistencial.

En aquest sentit, futurs estudis podrien valorar la combinació de l'escala OPTION⁵ amb alguna d'aquestes eines complementàries, amb l'objectiu de mesurar tant el grau d'implementació de la PDC com el desenvolupament integral de les habilitats comunicatives dels professionals sanitaris.

9.4 Duració de la consulta

En estudis futurs, es proposa avaluar la durada de les consultes en contextos clínics reals, i no només en situacions simulades, especialment en entorns on els professionals de la salut hagin rebut formació específica en PDC. Aquest enfocament permetria garantir que la PDC s'aplica efectivament durant les consultes, i que les dades sobre la seva durada són fiables i representatives.

9.5 Resultats en salut

És important conèixer quin impacte real pot tenir l'aplicació del model de PDC en els resultats de salut de la població. Tal com s'ha esmentat prèviament, l'estudi espanyol DISLIP-EM (11,14) va demostrar que l'aplicació de l'entrevista motivacional (EM) en el context clínic es tradueix en una disminució de les xifres de colesterol i en una millor incorporació de canvis d'hàbits per part dels pacients.

Una proposta de futur seria dur a terme estudis amb pacients que pateixin patologies concretes —com hipertensió arterial, diabetis mellitus o depressió— i aplicar-hi el model deliberatiu de PDC a través de professionals sanitaris prèviament formats en aquest enfocament. Això permetria analitzar si, al cap de sis mesos o un any, es manté l'adherència al tractament i si es produeixen millores en paràmetres clínics objectivables, com ara la pressió arterial, els nivells d'HbA1c o les puntuacions en l'escala de Hamilton per a la depressió.

9.6 Pacients

El context del present estudi se centra principalment en la formació i docència d'habilitats comunicatives orientades a la presa de decisions compartida (PDC) per a metges residents. No obstant això, tal com s'ha comentat anteriorment, no és possible afavorir un canvi real i sostingut en l'actitud i les pràctiques dels professionals sanitaris si aquest no va acompanyat d'una transformació corresponent en el rol dels pacients.

Per aquest motiu, com a línia de recerca futura, es proposa combinar la formació en PDC adreçada als professionals amb intervencions orientades a promoure el coneixement dels pacients sobre el seu dret a participar activament en la presa de decisions sobre la seva salut. Aquest empoderament podria reforçar-se mitjançant campanyes de sensibilització, com ara *Ask Three Questions* (31), entre d'altres.

Aquest enfocament dual podria facilitar una implementació més efectiva del model de PDC en la pràctica clínica. A més, permetria avaluar el grau de satisfacció dels pacients i examinar fins a quin punt la disponibilitat d'informació i materials específics sobre la PDC és percebuda com a útil i rellevant en el context de diferents problemes de salut. Es podrien utilitzar eines de mesura orientades a la perspectiva dels pacients, com la MAPPIN-SDM, la collaboRATE, etc..

9.7 Docència

Després de dur a terme aquest projecte centrat en la docència sobre la presa de decisions compartida (PDC), emergeixen diverses qüestions rellevants:

1- En quina mesura i sobre quines habilitats comunicatives específiques s'ha evidenciat una millora més clara per part dels participants?

Han mostrat més evolució en aspectes com l'escolta activa, la capacitat per proporcionar informació sobre les alternatives terapèutiques, la negociació i arribada a acords, o bé en la seva capacitat de connectar i motivar la pacient?

- a. Com a línia futura de recerca, seria interessant identificar amb precisió quins aspectes comunicatius han experimentat millores específiques després de la formació. Per això, es proposa la combinació d'escala validades amb una anàlisi qualitativa de contingut, que permeti captar matisos no detectables només amb mesures quantitatives.

2- És possible que la millora en les habilitats generals d'entrevista clínica centrada en el pacient sigui suficient per facilitar la implementació de la PDC, tot i l'absència d'un entrenament específic intensiu en PDC?

Aquesta hipòtesi podria explicar la manca de diferències estadísticament significatives entre els dos grups, tot i les expectatives inicials?

3- És necessari reavaluar el disseny i la durada del mòdul formatiu en PDC?

- a. L'actual intervenció formativa en PDC tenia una durada limitada de només 4 hores i no incloïa sessions estructurades de *feedback* posterior. Com s'ha vist en els resultats, ambdós grups mostren millores similars en les puntuacions dels qüestionaris, la qual cosa fa pensar que una formació més extensiva podria generar canvis més clars.

- b. En futures investigacions, podria ser útil implantar un mòdul més ampli, que inclogués jocs de rol, anàlisi de vídeos i sessions de *feedback* estructurat, elements que han demostrat ser efectius en altres estudis per a la integració d'habilitats comunicatives específiques de la PDC.

A més, en el present estudi les habilitats comunicatives adquirides es van avaluar entre 6 i 8 setmanes després de la intervenció. Una altra línia de treball interessant seria avaluar si aquestes habilitats es mantenen a llarg termini, per exemple, als 6 mesos i a l'any de la intervenció, fet que permetria mesurar la consolidació real dels canvis.

Per a una futura avaluació de la PDC des del punt de vista de l'observador, es podria utilitzar l'escala CICC-D, ja validada en el nostre context estatal (125,238), sola o combinada amb l'escala OPTION⁵, per obtenir una visió més integral de les habilitats comunicatives desplegades durant les consultes.

9.8 Altres

Transformacions digitals

Una línia de treball emergent consisteix en explorar com les eines digitals poden contribuir a millorar la quantitat, la qualitat, la mesura i la sostenibilitat de la PDC en el sistema sanitari. En aquest sentit, una possible línia de recerca seria avaluar la viabilitat d'incorporar les eines d'ajuda a la decisió (EAD) als PROMS (qüestionaris que els pacients poden respondre fora de la consulta i que poden ser gestionats o sol·licitats pel professional sanitari) dins del sistema d'informació clínica, ECAP, utilitzat a l'atenció primària de Catalunya. Aquesta incorporació podria facilitar una aplicació més estesa, estructurada i mesurable de la PDC en el context assistencial.

Tot i els avantatges potencials que ofereixen aquestes eines digitals —com la individualització, l'accessibilitat i la integració amb la història clínica—, també cal tenir en compte les limitacions i els possibles efectes sobre la qualitat de la relació interpersonal entre professional i pacient, que constitueix un element fonamental per a una PDC efectiva. Qualsevol implementació tecnològica hauria, per tant, de respectar i reforçar aquesta dimensió relacional, i no substituir-la.

10. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Argimon Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5th ed. DRK edición, editor. Elsevier España; 2019.
2. Tenny S, Varacallo MA. Evidence-Based Medicine [Internet]. 2024 [cited 2025 May 1]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470182/>
3. Vega de Céniga M, Allegue Allegue N, Bellmunt Montoya S, López Espada C, Riera Vázquez R, Solanich-Valldaura T, et al. Medicina basada en la evidencia - concepto y aplicación. *Angiología*. 2009;61(1):29–34.
4. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The Connection Between Evidence-Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA* [Internet]. 2014 Oct;312(13). Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
5. García García JA, Reding Bernal A, López Albarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2013;2(8):217–24.
6. Mora EA, Amelia A, Carrasco S, Paola Muñoz Muñoz V, Salinas RS, Carrera Huerta S, et al. Características de la prueba piloto: revisión de artículos publicados en enfermería. *Revista de enfermería neurológica*. 2015;14(3):2015.
7. Mayorga Ponce RB, Virgen Quiroz AK, Martínez Alamilla A, Salazar Valdez D. Prueba Piloto. *Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. 2020 Dec 5;9(17):69–70.
8. Bosch Fontcuberta J, Martín Álvarez R, Rodríguez Barragán M. Claves para investigar en entrevista clínica y comunicación asistencial en Atención Primaria. *AMF*. 2025;21(3):135–45.
9. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas. SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
10. Stewart M, Brown J, Donner A. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796–804.
11. Bóveda-Fontán J, Pérula de Torres LÁ, Fuente-Aguado J, González-Quintela A. Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de atención primaria de salud. 2015.

12. Pérula LA, Bosch JM, Báveda J, Campiñez M, Barragán N, Arboniés JC, et al. Effectiveness of Motivational Interviewing in improving lipid level in patients with dyslipidemia assisted by general practitioners: Dislip-EM study protocol. *BMC Fam Pract.* 2011;12.
13. Pérula LA, Campiñez M, Bosch JM, Brun NB, Arboniés JC, Fontán JB, et al. Is the Scale for Measuring Motivational Interviewing Skills a valid and reliable instrument for measuring the primary care professionals motivational skills?: EVEM study protocol. *BMC Fam Pract.* 2012;13.
14. Bóveda Fontán J, Pérula De Torres LÁ, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Barragán Brun N, Prados Castillejo JA. Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los problemas de salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2013 Nov;45(9):486–95.
15. Barragán-Brun N, Prados-Castillejo JA, Martín-Álvarez R, Bosch-Fontcuberta JM. Impacto de la formación en Entrevista Motivacional para médicos: diseño y evaluación de un Programa Formativo (MOTIVA). 2015.
16. Peguero Rodríguez E, Rubio Montañés M, Alimaña Riquè M. No todo es clínica. Ética cercana. *AMF* [Internet]. 2006;2(3):140–6. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/301564277>
17. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics.* 8th ed. Oxford University Press; 2019.
18. González-de Paz L. Una bioética clínica para la atención primaria de salud. *Semergen.* 2013 Nov;39(8):445–9.
19. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc).* 2001;117:18–23.
20. Penn. Medical Ethics and Health Policy.
21. Emanuel EJ. Medical ethics in the era of managed care: the need for institutional structures instead of principles for individual cases. *J Clin Ethics.* 1995;6(4):335–8.
22. Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Revista Calidad Asistencial.* 2002;17(4):247–59.
23. Aubree Shay L, Lafata JE. Where is the evidence? a systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Medical Decision Making.* 2015 Jan;35(1):114–31.
24. Elwyn G, Edwards A, Thompson R. *Shared Decision Making in Healthcare. Achieving evidence based patient choice.* 3rd ed. Oxford University Press, editor. 2016.
25. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, Stobbart L, Tomson D, Macphail S, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ.* 2017 Apr 18;357:j1744.

26. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implementation Science*. 2016 Aug 8;11(1).
27. Say R, Murtagh M, Thomson R. Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient Educ Couns*. 2006;60:102–14.
28. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2012;86:9–18.
29. Doherr H, Christalle E, Kriston L, Härter M, Scholl I. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies. A systematic review. *PLoS One*. 2017 Mar 1;12(3).
30. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295–301.
31. Shepherd HL, Barratt A, Jones A, Bateson D, Carey K, Trevena LJ, et al. Can consumers learn to ask three questions to improve shared decision making? A feasibility study of the ASK (AskShareKnow) Patient-Clinician Communication Model(®) intervention in a primary health-care setting. *Health expectations*. 2015 Sep;19(5):1160–8.
32. Skinner B. *The Technology of Teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1968.
33. Bruner J. *The Process of Education*. Cambridge: Harvard University Press; 1960.
34. Ausubel D. *Educational Psychology: A Cognitive View*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1968.
35. Piaget J. *The Psychology of Intelligence*. London: Routledge & Kegan Paul; 1950.
36. Vygotsky L. *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Cambridge: Harvard University Press; 1978.
37. Illeris K. *How We Learn: Learning and Non-learning in School and Beyond*. London: Routledge; 2007.
38. Mazmanian PE, Davis DA. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner: Guide to the Evidence. *JAMA [Internet]*. 2002 Sep;288(9). Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
39. Brokkfield SD. *The Skillful Teacher: On Technique, Trust, and Responsiveness in the Classroom*. 3rd ed. John Wiley & Sons Inc; 2015.
40. Knowles MS, Holton III EF, Robinson PA, Carccioli C. *The Adult Learner: The definitive classic in adult education and human resource development*. 10th ed. 2025.
41. Ruiz Moral R. *Educación médica: manual práctico para clínicos*. Madrid: Médica Panamericana; 2009.

42. Jug R, Jiang X “Sara”, Bean SM. Giving and Receiving Effective Feedback: A Review Article and How-To Guide. *Arch Pathol Lab Med*. 2019 Feb;143(2):244–50.
43. Nicol DJ, Macfarlane-Dick D. Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. *Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. Studies in Higher Education*. 2006;31(2):199–218.
44. Shute VJ. Focus on formative feedback. *Rev Educ Res*. 2008;78(1):153–89.
45. Hattie J, Timperley H. The power of feedback. *Rev Educ Res*. 2007;77(1):81–112.
46. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Helping people change and grow*. 4th ed. The Guilford Press; 2023.
47. Ivers N, Yogasingam S, Lacroix M, Brown KA, Antony J, Soobiah C, et al. Audit and feedback: effects on professional practice. Vol. 2025, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2025.
48. Moore L, Guertin JR, Tardif PA, Ivers NM, Hoch J, Conombo B, et al. Economic evaluations of audit and feedback interventions: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2022 Oct;31(10):754–67.
49. The Association of Medical Education in Europe [Internet]. [cited 2025 May 18]. Available from: <http://www.ecaqa.org/en/the-association-for-medical-education-in-europe-amee>
50. Medical Teacher [Internet]. [cited 2025 May 2]. Available from: <https://www.tandfonline.com/journals/imte20>
51. Davis DA, Ann Thomson M, Oxman AD, Haynes B. Evidence for the Effectiveness of CME: A Review of 50 Randomized Controlled Trials. *JAMA* [Internet]. 1992;268:1111–7. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>
52. Davis D, Thomson M, Oxman A, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1995 Sep;274(9):700–5.
53. Colthart I, Bagnall G, Evans A, Allbutt H, Haig A, Illing J, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. *Med Teach*. 2008;30(2):124–45.
54. Davis D, O’Brien MA, Freemantle N, Wolf F, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of Formal Continuing Medical Education: Do conferences, Workshops, Rounds, and Other Traditional Continuing Education Activities Change Physician Behavior or Health Care Outcomes? *JAMA* [Internet]. 1999;282(9). Available from: <http://jama.jamanetwork.com/>

55. Cervero RM, Gaines JK. The Impact of CME on Physician Performance and Patient Health Outcomes: An Updated Synthesis of Systematic Reviews. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2015 Mar 1;35(2):131–8.
56. Barrows HS, Barrows HS. Simulated Patients in Medical Teaching. *Canadian Medical Association*. 1968 Apr;98.
57. Barrows H. An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills. *Academic Medicine*. 1993 Jun;68.
58. Witheridge A, Ferns G, Scott-Smith W. Revisiting Miller's pyramid in medical education: the gap between traditional assessment and diagnostic reasoning. *Int J Med Educ*. 2019 Oct 25;10:191–2.
59. Harden RMG, Downie WW, Stevenson M, Wilson GM. Assessment of Clinical Competence using Objective Structured Examination. *Br Med J*. 1975 Feb;1:447–51.
60. Ramsey PG, Curtis JR, Paauw DS, Carline JD, Wenrich MD. History-taking and Preventive Medicine Skills among Primary Care Physicians: An Assessment Using Standardized Patients. *Am J Med*. 1998;104.
61. Back AL, Arnold RM, Tulskey JA, Baile WF, Fryer-Edwards KA. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *Journal of Clinical Oncology*. 2003 Jun 15;21(12):2433–6.
62. Mulley AG, Trimble C, Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: Patients' preferences matter. Vol. 345, *BMJ (Online)*. 2012.
63. Hoerger M, Epstein RM, Winters PC, Fiscella K, Duberstein PR, Gramling R, et al. Values and options in cancer care (VOICE): Study design and rationale for a patient-centered communication and decision-making intervention for physicians, patients with advanced cancer, and their caregivers. *BMC Cancer*. 2013;13:188.
64. Gené E, Olmedo L, Pascual M, Azagra R, Elorduy M, Virumrales M. Evaluación de competencias en comunicación clínica en estudiantes de medicina con paciente simulado. *Rev Med Chile*. 2018;146:160–7.
65. Hauer KE, Fernandez A, Teherani A, Boscardin CK, Saba GW. Assessment of medical students' shared decision-making in standardized patient encounters. *J Gen Intern Med*. 2011 Apr;26(4):367–72.
66. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S, Jacobson L, Quinones J, Shen B, et al. The utility of simulation in medical education: What is the evidence? Vol. 76, *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2009. p. 330–43.
67. Wilbur K, Elmubark A, Shabana S. Systematic review of standardized patient use in continuing medical education. Vol. 38, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 3–10.

68. Antonio J, Guerrero S, Torreda MR. Clars i obscurs de la simulació en ciències de la salut [Internet]. 2022 [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://hdl.handle.net/2445/187500>
69. Paciente simulado y paciente estandarizado, ¿son lo mismo? [Internet]. 2023 [cited 2025 Apr 30]. Available from: <https://reddesimulacionensalud.com/desarrollo-profesional/paciente-simulado-y-paciente-estandarizado-son-lo-mismo/>
70. Beigzadeh A, Bahmanbijari B, Sharifpoor E, Rahimi M. Standardized patients versus simulated patients in medical education: are they the same or different. *Journal of Emergency Practice and Trauma*. 2015 Sep 15;2(1):25–8.
71. Daetwyler CJ, Cohen DG, Gracely E, Novack DH. ELearning to enhance physician patient communication: A pilot test of “doc.com” and “WebEncounter” in teaching bad news delivery. *Med Teach*. 2010;32:e381–90.
72. Cibrián Sánchez S, Campiñez Navarro M, Bosch Fontcuberta JM, Martín Álvarez R. Impacto de un programa formativo basado en tecnología 2.0/3.0 en la docencia de entrevista motivacional en medicina familiar y comunitaria. UAB; 2024.
73. Miller G. The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Academic Medicine*. 1990 Sep;65.
74. Asaad Babker. Impact of the Flexner’s report on health professional education. *World Journal of Advanced Research and Reviews*. 2023 Sep;19(3):939–41.
75. Ruiz Moral R. Relación clínica: guía para aprender, enseñar e investigar. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2004.
76. Bimbela Pedrola J. El Counseling en Atención Primaria. *FMC*. 1998;5(10):627–34.
77. Rogers C. Client-Centered Therapy. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
78. Balint M. The Doctor, His Patient and the Illness. London: Pitman Medical; 1957.
79. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation: Developing doctor-patient communication. Oxford University Press; 2003.
80. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996 Mar;30(2):83–9.
81. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GCM. The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):699–705.
82. Epstein R, Street R. Patient-Centered Communication in Cancer Care: Promoting Healing and Reducing Suffering [Internet]. NIH Publication No. 07-6225. National Cancer Institute, NIH Publication; 2007 [cited 2025 May 28]. Available from: https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/pcc_monograph.pdf

83. Stewart M, Brown J, Weston W, et al. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 3rd ed. CRC Press; 2014.
84. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for Communicating with Patients. 3rd ed. CRC Press; 2013.
85. Borrell Carrió F. Humanidades Médicas... corpus ideológico, pero con traducción práctica. *Annals del Sagrat Cor*. 2024;31(4).
86. Borrell-Carrió F. Práctica clínica centrada en el paciente. [Internet]. Madrid: Triacastela; 2011. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/317671358>
87. Ruiz-Moral R, García De Leonardo C, Caballero-Martínez F. Comunicación clínica: por qué, cómo, cuándo y qué (núcleo curricular) enseñar. *Educación Médica* [Internet]. 2016;17:7–13. Available from: www.elsevier.es/edumed
88. Villegas Stellyes CE. Comunicación en el currículo médico. *Medicina UPB*. 2017;36(1):59–70.
89. Doran GT. S.M.A.R.T-Way-Management-Review. *AMA Forum*. 1981 Nov;
90. Bjerke MB, Renger R. Being smart about writing SMART objectives. *Eval Program Plann*. 2017 Apr;61:125–7.
91. Janssen CHC. La introducción de objetivos SMART en un entorno educativo. *Educación Química*. 2024 Apr;35(2):100–7.
92. Smolander N, Montoya M, Annukka A, Jenny H, Artiga D, Díaz A, et al. Metodología SmartNurse Una guía para profesores y estudiantes. Tampere University of Applied Sciences; 2024.
93. Gavilán Moral E, Ruiz Moral R, Perula De Torres LÁ, Parras Rejano JM. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: Análisis de las propiedades psicométricas de la escala CICAA. *Aten Primaria*. 2010 Mar;42(3):162–8.
94. Cordon Granados F, Zamora Cervantes A, Toran Monserrat P, Balló Peña E, Quesada Sabate M, Grau Martin A, et al. ¿Evaluamos correctamente la competencia en comunicación clínica? Girona; 2013.
95. Programa formativo oficial de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y criterios de evaluación de sus especialistas en formación [Internet]. 2024 [cited 2025 Apr 27]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/o/2024/07/26/pjc798>
96. Castro-Rebolledo R. Evaluación de competencias clínicas en los contextos médicos curriculares actuales. *Revista Salud Bosque*. 2018 Aug 30;8(1):64.
97. Marinopoulos SS, Baumann MH. Methods and definition of terms. Effectiveness of Continuing Medical Education: American College of Chest Physicians Evidence-Based Educational Guidelines. *Chest*. 2009 Mar;135(3):17S-28S.

98. Ong CY, Yee MM, Myat Soe K, Abraham RE, Tan OJH, Ong ELC. Role-playing in medical education: An experience from public role-players. *Educacion Medica*. 2022 Nov 1;23(6).
99. Gelis A, Cervello S, Rey R, Llorca G, Lambert P, Franck N, et al. Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students: A Systematic Review. Vol. 15, *Simulation in Healthcare*. Lippincott Williams and Wilkins; 2020. p. 106–11.
100. Lavanya K, Somu LK, Mishra SK. Effectiveness of Scenario-based Roleplay as a Method of Teaching Soft Skills for Undergraduate Medical Students. *Int J Appl Basic Med Res*. 2024 Apr;14(2):78–84.
101. Bharti RK. Contribution of Medical Education through Role Playing in Community Health Promotion: A Review. *Iran J Public Health* [Internet]. 2023 Jun;52(6):1121–8. Available from: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>
102. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Med Educ*. 2007;7.
103. Bosse HM, Nickel M, Huwendiek S, Schultz JH, Nikendei C. Cost-effectiveness of peer role play and standardized patients in undergraduate communication training. *BMC Med Educ*. 2015 Oct;15.
104. Taylor DCM, Hamdy H. Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83. *Med Teach*. 2013 Nov;35(11):e1561–72.
105. Schön D. *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books; 1983.
106. Flanagan JC. The critical incident technique. *Psychol Bull*. 1954 Jul;51(4).
107. Geertsma R, Stoller R. The Objective Assessment of Clinical Judgment in Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1960;2(3):278–85.
108. Ram P, Grol R, Rethans JJ, Schouten B, van der Vleuten C, Kester A. Assessment of general practitioners by video observation of communicative and medical performance in daily practice: issues of validity, reliability and feasibility. *Med Educ*. 1999 Jun;33(6):447–54.
109. Stewart S. Motivational interviewing: Update your understanding. *Mental Health Academy* [Internet]. 2023 Mar [cited 2025 May 3]; Available from: <https://www.mentalhealthacademy.com.au/blog/motivational-interviewing-update-your-understanding>
110. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136(9):390–7.
111. Mercer SW, Reynolds. William J. Empathy in patient care. *British Journal of General Practice*. 2002 Oct;1–283.

112. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012 May;27(10):1361–7.
113. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
114. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997;44(5):681–92.
115. United States. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *U S Code Annot U S*. 1982;
116. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. 1999;49:651–61.
117. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ (Online)*. 2017;359.
118. Stolz-Klingenberg C, Bünzen C, Coors M, Flüh C, Margraf N, Wehkamp K, et al. Sustainability of large-scale implementation of shared decision making with the SHARE TO CARE program. *Front Neurol*. 2022;
119. Stolz-Klingenberg C, Bünzen C, Coors M, Flüh C, Stürner KH, Wehkamp K, et al. Comprehensive Implementation of Shared Decision Making in a Neuromedical Center Using the SHARE TO CARE Program. *Patient Prefer Adherence*. 2023;17:131–9.
120. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: A model for patient care. *Patient Educ Couns*. 2014 Nov;97(2):158–64.
121. Agency for Healthcare and Quality [Internet]. [cited 2025 May 28]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sdm/index.html>
122. Montori V, Ruissen M, Hargraves I, Brito J, Kunneman M. Shared decision-making as a method of care. *BMJ Evid Based Med*. 2022;(4).
123. NICE [Internet]. [cited 2025 May 28]. About Shared Decision Making. Available from: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines/shared-decision-making?>
124. Welie JV, ten Have H. The ethics of forgoing life-sustaining treatment: theoretical considerations and clinical decision making. *Multidisciplinary Respiratory Medicine* [Internet]. 2014;9(14). Available from: <http://www.mrmjournal.com/content/9/1/14>
125. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres L, Olloqui Mundet J, Carrión T, Sobrino López A, et al. Escala CICA-Decision. Evaluación del proceso de información y toma de decisiones. Manual de utilización. SEMFyC; 2010.

126. Durand MA, Yen R, Barr PJ, Cochran N, Aarts J, Légaré F, et al. Assessing medical student knowledge and attitudes about shared decision making across the curriculum: Protocol for an international online survey and stakeholder analysis. *BMJ Open*. 2017 Jun 1;7(6).
127. Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD V, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Oncologists' preferences for discussing Health-related Quality-of-Life Issues. *Journal of Clinical Oncology*. 2000 Sep;18:3295–301.
128. Isetts BJ, Schondelmeyer SW, Heaton AH, Wadd WB, Hardie NA, Artz MB. Effects of collaborative drug therapy management on patients' perceptions of care and health-related quality of life. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2. 2006 Mar;2(1):129–42.
129. O'Hair D, Villagran M, Wittenberg E, Brown K, Ferguson M, Hall H, et al. Cancer survivorship and agency model: Implications for patient choice, decision making, and influence. *Health Commun*. 2003;15(2):193–202.
130. Almansour M, AlQurmalah SI, Abdul Razack HI. Motivational interviewing—an evidence-based, collaborative, goal-oriented communication approach in lifestyle medicine: A comprehensive review of the literature. *J Taibah Univ Med Sci*. 2023 Oct;18(5):1170–8.
131. Back AL. Communicating bad news. *West Journal of Medicine* [Internet]. 2002 May;176:177–80. Available from: www.ewjm.com
132. Lorig KR, Ritter PL, Jacquez A. Outcomes of Border Health Spanish/English Chronic Disease Self-management Programs. *Diabetes Educ*. 2005 May;31(3):401–9.
133. Bóveda-Fontán J, Barragán-Brun N, Campiñez-Navarro M, Pérula-De Torres LÁ, Bosch-Fontcuberta JM, Martín-Álvarez R, et al. Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: A randomized cluster trial. *BMC Fam Pract*. 2015 Oct 24;16(1).
134. Van Der Weijden T, Pieterse AH, Koelewijn-Van Loon MS, Knaapen L, Légaré F, Boivin A, et al. How can clinical practice guidelines be adapted to facilitate shared decision making? A qualitative key-informant study. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2013;22:855–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs->
135. Spatz ES, Elwyn G, Moulton BW, Volk RJ, Frosch DL. Shared decision making as part of value based care: New U.S. policies challenge our readiness. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2017 Jun 1;123:104–8.
136. Wolf AMD, Wender RC, Etzioni RB, Thompson IM, D'Amico A V., Volk RJ, et al. American Cancer Society Guideline for the Early Detection of Prostate Cancer: Update 2010. *CA Cancer J Clin*. 2010 Mar;60:70–98.

137. Peralta-Munguía L, Ruiz-Moral R, Castillo-Obeso J. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Santander]; 2010.
138. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008 Dec;73(3):526–35.
139. Young-Mi K, Kols A, Martin A, Silva D, Rinehart W, Prammawat S, et al. Promoting Informed Choice: Evaluating A Decision-Making Tool for Family Planning Clients And Providers in Mexico. *Int Fam Plan Perspect*. 2005 Dec;31(4).
140. Seale C, Chaplin R, Lelliott P, Quirk A. Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: A qualitative study of psychiatrists' experiences. *Soc Sci Med*. 2006 Jun;62(11):2861–73.
141. Dobler CC, Sanchez M, Gionfriddo MR, Alvarez-Villalobos NA, Singh Ospina N, Spencer-Bonilla G, et al. Impact of decision aids used during clinical encounters on clinician outcomes and consultation length: A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2019 Jun;28(6):499–510.
142. Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H, et al. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007.
143. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Twenty-one years of the International Shared Decision Making Conference: lessons learnt and future priorities. *BMJ Evid Based Med*. 2024 Jun 1;29(3):151–5.
144. Brackett C, Kearing S, Cochran N, Tosteson ANA, Blair Brooks W. Strategies for distributing cancer screening decision aids in primary care. *Patient Educ Couns*. 2010 Feb;78(2):166–8.
145. Frosch DL, Singer KJ, Timmermans S. Conducting implementation research in community-based primary care: A qualitative study on integrating patient decision support interventions for cancer screening into routine practice. *Health Expectations*. 2011 Mar;14(SUPPL. 1):73–84.
146. Uy V, May SG, Tietbohl C, Frosch DL. Barriers and facilitators to routine distribution of patient decision support interventions: A preliminary study in community-based primary care settings. *Health Expectations*. 2014;17(3):353–64.
147. Silvia KA, Sepucha KR. Decision aids in routine practice: lessons from the breast cancer initiative. *Health Expect*. 2006;9(3):255–64.
148. Belkora JK, Loth MK, Volz S, Rugo HS. Implementing decision and communication aids to facilitate patient-centered care in breast cancer: A case study. *Patient Educ Couns*. 2009 Dec;77(3):360–8.

149. Belkora JK, Teng A, Volz S, Loth MK, Esserman LJ. Expanding the reach of decision and communication aids in a breast care center: A quality improvement study. *Patient Educ Couns*. 2011 May;83(2):234–9.
150. Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AG, Clay C, et al. “Many miles to go ...”: a systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Nov;13(S2):S14.
151. Stacey D, Chambers SK, Jacobsen MJ, Dunn J. Overcoming barriers to cancer-helpline professionals providing decision support for callers: An implementation study. *Oncol Nurs Forum*. 2008 Nov;35(6):961–9.
152. Feibelmann S, Yang TS, Uzogara EE, Sepucha K. What does it take to have sustained use of decision aids? A programme evaluation for the Breast Cancer Initiative. *Health Expectations*. 2011 Mar;14(SUPPL. 1):85–95.
153. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*. 2005;8:34–42.
154. Ruiz-Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expectations*. 2010 Mar;13(1):33–44.
155. Makoul G, Krupat E, Chang CH. Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):333–42.
156. Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D’Amours D, Rousseau M, et al. Are you SURE? Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. *Canadian Family Physician*. 2010 Aug;56:308–22.
157. Kriston L, Scholl I, Hölzel L, Simon D, Loh A, Härter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Educ Couns*. 2010 Jul;80(1):94–9.
158. López de Castro F, Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro López de Castro GF. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria* [Internet]. 2004;33(7):361–7. Available from: www.atencionprimaria.com/70.130http://www.elsevierinsituciones.comel17/12/2009.Copiaparausopersonal,seprohíbelatransmisióndeestedocumentoporcualsequieraformato.
159. Ferranti DE, Makoul G, Forth VE, Rauworth J, Lee J, Williams M V. Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT). *J Hosp Med*. 2010 Nov;5(9):522–7.

160. Stausmire JM, Cashen CP, Myerholtz L, Buderer N. Measuring general surgery residents' communication skills from the patient's perspective using the communication assessment tool (CAT). *J Surg Educ*. 2015 Jan 1;72(1):108–16.
161. Myerholtz L, Simons L, Felix S, Nguyen T, Brennan J, Rivera-Tovar A, et al. Using the Communication Assessment Tool in Family Medicine Residency Programs. *Fam Med*. 2010;42(8):567–73.
162. McCarthy DM, Ellison EP, Venkatesh AK, Engel KG, Cameron KA, Makoul G, et al. Emergency department team communication with the patient: The patient's perspective. In: *Journal of Emergency Medicine*. 2013. p. 262–70.
163. Moral RR, Munguía LP, de Torres LÁP, Carrión MT, Mundet JO, Martínez M. Patient participation in the discussions of options in Spanish primary care consultations. *Health Expectations*. 2014;17(5):683–95.
164. Kee JWY, Khoo HS, Lim I, Koh MYH. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Professions Education*. 2018 Jun 1;4(2):97–106.
165. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. *Patient Educ Couns*. 2011 Sep;84(3):379–85.
166. King E, Taylor J, Williams R, Vanson T. The MAGIC programme: evaluation [Internet]. 2013 Apr. Available from: www.opm.co.uk
167. Corral-Partearroyo C, Sánchez-Viñas A, Gil-Girbau M, Peñarrubia-María MT, Aznar-Lou I, Gallardo-González C, et al. Complex multidisciplinary intervention to improve Initial Medication Adherence to cardiovascular disease and diabetes treatments in primary care (the IMA-cRCT study): mixed-methods process evaluation protocol. *BMJ Open*. 2022 Oct 31;12(10).
168. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the outcomes of Chronic Disease. *Med Care*. 1989 Mar;27(3).
169. Van Der Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient decision aids. An inevitable relationship. *J Clin Epidemiol*. 2012;65:584–9.
170. Stacey D, Lewis KB, Smith M, Carley M, Volk R, Douglas EE, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024. 2024 Jan 29;2024(1).
171. Montori VM, Breslin M, Maleska M, Weymiller AJ. Creating a conversation: Insights from the development of a decision aid. Vol. 4, *PLoS Medicine*. 2007. p. 1303–7.

172. Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, Durand MA, Sivell S, Stacey D, et al. Toward minimum standards for certifying patient decision aids: A modified delphi consensus process. *Medical Decision Making*. 2014;34(6):699–710.
173. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in deliberation: A definition and classification of decision support interventions for people facing difficult health decisions. *Medical Decision Making*. 2010 Nov;30(6):701–11.
174. O'Connor AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ [Internet]*. 1999 Sep;319. Available from: www.bmj.com
175. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2003.
176. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2011.
177. Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Vol. 2014, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2014.
178. Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi MJ, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 Sep;
179. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, De Weert GH, Sensky T, Van Der Staak CPF, De Jong CAJ. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom*. 2008 May;77(4):219–26.
180. Wilson SR, Strub P, Buist AS, Knowles SB, Lavori PW, Lapidus J, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010 Mar 15;181(6):566–77.
181. Stacey D, Volk RJ. The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. *Medical Decision Making*. 2021 Oct;41(7):729–33.
182. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, Carballo-González D, Serrano-Aguilar P. Manual con criterios de evaluación y validación de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones. 2013.
183. Elwyn G, Scholl I, Tietbohl C, Mann M, Edwards AG, Clay C, et al. “Many miles to go.”: A systematic review of the implementation of patient decision support interventions into routine clinical practice. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Nov;13(SUPPL. 2).

184. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, et al. Option Grids: Shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*. 2013 Feb;90(2):207–12.
185. Légaré F, Stacey D, Forest PG, Coutu MF. Moving SDM forward in Canada: Milestones, public involvement, and barriers that remain. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw*. 2011;105(4):245–53.
186. Global patient safety action plan 2021-30: Towards eliminating avoidable harm in health care.
187. Rahimi SA, Cwintal M, Huang Y, Ghadiri P, Grad R, Poenaru D, et al. Application of Artificial Intelligence in Shared Decision Making: Scoping Review. Vol. 10, *JMIR Medical Informatics*. JMIR Publications Inc.; 2022.
188. Epstein RM. Whole mind and shared mind in clinical decision-making. *Patient Educ Couns*. 2013 Feb;90(2):200–6.
189. Epstein RM, Street RL. Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med*. 2011;9(5):454–61.
190. Orth JE, Stiles WB, Scherwitz L, Hennrikus D, Vallbona C. Patient Exposition and Provider Explanation in Routine Interviews and Hypertensive Patients' Blood Pressure Control. *Health psychology*. 1987;6(1):29–42.
191. McAlister FA, Man-Son-Hing M, Straus SE, Ghali WA, Anderson D, Majumdar SR, et al. Impact of a patient decision aid on care among patients with nonvalvular atrial fibrillation: A cluster randomized trial. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 2005 Aug;173(5):496–501.
192. de Castro KP, Henrison Chiu H, de Leon-Yao RC, Almelor-Sembrana L, Dans AM. A patient decision aid for anticoagulation therapy in patients with nonvalvular atrial fibrillation: Development and pilot study. *JMIR Cardio*. 2021 Jul 1;5(2).
193. Atrial Fibrillation Decision Aid [Internet]. NHS Foundation Trust. 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/cg180/resources/patient-decision-aid-243734797
194. January CT, Wann LS, Calkins H, Chen LY, Cigarroa JE, Cleveland JC, et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. Vol. 140, *Circulation*. NLM (Medline); 2019 Jul.
195. Jones AE, McCarty MM, Cameron KA, Cavanaugh KL, Steinberg BA, Passman R, et al. Development of Complementary Encounter and Patient Decision Aids for Shared Decision Making about Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. *MDM Policy Pract*. 2023 Jan 1;8(1).
196. PCI Choice [Internet]. [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://carethatfits.org/pci-choice/>

197. Jones AE, McCarty MM, Brito JP, Noseworthy PA, Cavanaugh KL, Cameron KA, et al. Randomized evaluation of decision support interventions for atrial fibrillation: Rationale and design of the RED-AF study. *Am Heart J*. 2022 Jun 1;248:42–52.
198. Coylewright M, Dick S, Zmolek B, Askelin J, Hawkins E, Branda M, et al. PCI Choice Decision Aid for Stable Coronary Artery Disease: A Randomized Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2016 Nov 1;9(6):767–76.
199. Morgan MW, Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O’rourke K, et al. Randomized, Controlled Trial of an Interactive Videodisc Decision Aid for Patients with Ischemic Heart Disease. *JGIM*. 2000 Oct;15.
200. Statin Choice decision aid [Internet]. [cited 2025 Apr 15]. Available from: <https://statindecisionaid.mayoclinic.org/>
201. Jones LA, Weymiller AJ, Shah N, Bryant SC, Christianson TJH, Guyatt GH, et al. Should clinicians deliver decision aids? further exploration of the statin choice randomized trial results. *Medical Decision Making*. 2009;29(4):468–74.
202. Mann DM, Ponienman D, Montori VM, Arciniega J, McGinn T. The Statin Choice decision aid in primary care: A randomized trial. *Patient Educ Couns*. 2010 Jul;80(1):138–40.
203. Nannenga MR, Montori VM, Weymiller AJ, Smith SA, Christianson TJH, Bryant SC, et al. A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. the Statin Choice randomized trial. *Health Expectations*. 2009 Mar;12(1):38–44.
204. Should I take a statin? [Internet]. NICE. 2023. Available from: www.nhs.uk
205. Bailey RA, Shillington AC, Harshwa Q, Funnell MM, VanWingen J, Col N. Changing Patients’ Treatment Preferences and Values with a Decision Aid for Type 2 Diabetes Mellitus: Results from the Treatment Arm of a Randomized Controlled Trial. *Diabetes Therapy*. 2018 Mar 13;9:803–14.
206. Cystitis: taking an antibiotic [Internet]. NICE. 2022 [cited 2025 May 12]. Available from: www.nice.org.uk/
207. Making a decision about an enlarged prostate (BPE). NHS. 2024.
208. Bouhadana D, Nguyen DD, Raizenne B, Schwarcz J, Gordon H, Chughtai B, et al. Evaluating the acceptability of an online patient decision aid for the surgical management of lower urinary tract symptoms secondary to benign prostatic hyperplasia. *Canadian Urological Association Journal*. 2021 Aug 1;15(8):247–54.
209. Frosch DL, Kaplan RM, Felitti V. Evaluation of Two Methods to Facilitate Shared Decision Making for Men Considering the Prostate-specific Antigen Test.
210. Scalia P, Elwyn G, Kremer J, Faber M, Durand MA. Assessing preference shift and effects on patient knowledge and decisional conflict: Cross-sectional study of an interactive prostate-specific antigen test patient decision aid. *JMIR Cancer*. 2018 Jul 1;4(2).

211. Asthma inhalers and climate change [Internet]. NICE. 2024 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/>
212. Bisphosphonates for treating osteoporosis Patient decision aid [Internet]. 2019 [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.nice.org.uk/>
213. Montori VM, Shah ND, Pencille LJ, Branda ME, Van Houten HK, Swiglo BA, et al. Use of a decision aid to improve treatment decisions in osteoporosis: The osteoporosis choice randomized trial. *American Journal of Medicine*. 2011 Jun;124(6):549–56.
214. Gagné ME, Légaré F, Moisan J, Boulet LP. Impact of adding a decision aid to patient education in adults with asthma: A randomized clinical trial. *PLoS One*. 2017 Jan 1;12(1).
215. Joseph-Williams N, Abhyankar P, Boland L, Bravo P, Brenner AT, Brodney S, et al. What Works in Implementing Patient Decision Aids in Routine Clinical Settings? A Rapid Realist Review and Update from the International Patient Decision Aid Standards Collaboration. Vol. 41, *Medical Decision Making*. SAGE Publications Inc.; 2021. p. 907–37.
216. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff*. 2013;32(2):276–84.
217. Lehan E, Curtin C, Corrigan M. Teaching strategies for shared decision-making within the context of evidence-based healthcare practice: A scoping review. *Patient Educ Couns*. 2023 Apr;109.
218. Waldron T, Carr T, McMullen L, Westhorp G, Neufeld SM, Bandura LA, et al. Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis. *BMC Health Serv Res*. 2020;
219. Thériault G, Grad R, Bell NR, Singh H, Szafran O. Teaching shared decision making. An essential competency. *Canadian Family Physician*. 2019 Jul;65.
220. Müller E, Diesing A, Rosahl A, Scholl I, Härter M, Buchholz A. Evaluation of a shared decision-making communication skills training for physicians treating patients with asthma: A mixed methods study using simulated patients. *BMC Health Serv Res*. 2019 Aug 30;19(1).
221. Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, et al. Core Competencies for Shared Decision Making Training Programs: Insights From an International, Interdisciplinary Working Group. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2013;33(4):267–73.
222. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Academic Medicine* [Internet]. 2001 Apr;76. Available from: <https://journals.lww.com/academicmedicine>

223. Makoul G. The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*. 2001;45:23–34.
224. Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. In: *Patient Education and Counseling*. 2006. p. 301–12.
225. Mackenzie C. Relational Autonomy, Normative Authority and Perfectionism. *Social Philosophy*. 2008;39(4):512–33.
226. Wear S. *Informed consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence within Health Care*. 2nd ed. Washington DC: Georgetown University Press; 1998.
227. King JS, Moulton BW, Staples King J, Moulton BW. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making. *Am J Law Med* [Internet]. 2006;32:429–501. Available from: http://repository.uchastings.edu/faculty_scholarshiphttp://repository.uchastings.edu/faculty_scholarship/324
228. The SHARE Approach: Facilitator’s Guide [Internet]. AHRQ. 2024. Available from: <https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/workshop.html>.
229. The SHARE approach [Internet]. [cited 2025 May 12]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sdm/share-approach/index.html>
230. Elwyn G, Barr PJ, Grande SW, Thompson R, Walsh T, Ozanne EM. Developing CollaboRATE: A fast and frugal patient-reported measure of shared decision making in clinical encounters. *Patient Educ Couns*. 2013 Oct;93(1):102–7.
231. Barr PJ, Thompson R, Walsh T, Grande SW, Ozanne EM, Elwyn G. The psychometric properties of collaborate: A fast and frugal patient-reported measure of the shared decision-making process. *J Med Internet Res*. 2014;16(1).
232. Scholl I, Loon MK Van, Sepucha K, Elwyn G, Légaré F, Härter M, et al. Measurement of shared decision making - A review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2011;105(4):313–24.
233. Gärtner FR, Bomhof-Roordink H, Smith IP, Scholl I, Stiggelbout AM, Pieterse AH. The quality of instruments to assess the process of shared decision making: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Feb;13(2).
234. Williams D, Edwards A, Wood F, Lloyd A, Brain K, Thomas N, et al. Ability of observer and self-report measures to capture shared decision-making in clinical practice in the UK: A mixed-methods study. *BMJ Open*. 2019 Aug 1;9(8).
235. Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, Härter M. Comparing the nine-item Shared Decision-Making Questionnaire to the OPTION Scale - an attempt to establish convergent validity. *Health Expectations*. 2015 Feb 1;18(1):137–50.

236. Phillips NM, Street M, Haesler E, Prof A. A systematic review of reliable and valid tools for the measurement of patient participation in healthcare. *BMJ Qual Saf* [Internet]. 2015 Oct; Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004357>
237. Mokkink Cecilia AC Prinsen Donald L Patrick Jordi Alonso Lex M Bouter LB, Mokkink CL. COSMIN Study Design checklist for Patient-reported outcome measurement instruments [Internet]. Available from: www.cosmin.nl
238. Ruiz Moral R, Peralta Munguia 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 May;42(5):257–63.
239. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula De Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión De La Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 2012 Jan;44(1):5–10.
240. Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F, Newcombe R. Using a “talk” model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION5 Item. *Patient Educ Couns*. 2013 Nov;93(2):265–71.
241. Barr PJ, O'Malley AJ, Tsulukidze M, Gionfriddo MR, Montori V, Elwyn G. The psychometric properties of Observer OPTION5, an observer measure of shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2015 Aug 1;98(8):970–6.
242. Norful AA, Dillon J, Baik D, George M, Ye S, Poghosyan L. Instruments to measure shared decision-making in outpatient chronic care: a systematic review and appraisal. *J Clin Epidemiol*. 2020 May 1;121:15–9.
243. Bustamante C, Alcayaga otros C. Validación inicial de un instrumento de análisis del apoyo a la toma de decisiones para el manejo de enfermedades crónicas. *Aquichan*. 2013;13(3):396–406.
244. Forcino RC, Barr PJ, O'Malley AJ, Arend R, Castaldo MG, Ozanne EM, et al. Using CollaboRATE, a brief patient-reported measure of shared decision making: Results from three clinical settings in the United States. *Health Expectations*. 2018 Feb 1;21(1):82–9.
245. Danner M, Geiger F, Wehkamp K, Rueffer JU, Kuch C, Sundmacher L, et al. Making shared decision-making (SDM) a reality: protocol of a large-scale long-term SDM implementation programme at a Northern German University Hospital. *BMJ Open*. 2020 Oct 10;10(10):e037575.
246. De las Cuevas C, Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl I, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Health Expectations*. 2015 Dec 1;18(6):2143–53.
247. Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (TDC-C-9). 2011.

248. Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (SDM-Q.Doc). 2015.
249. Manuel Ramírez-Aranda J, Gilberto F, Ruz I, Morales-Ramírez M. Validación de Shared Decision Making Questionnaire in Spanish. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 2020;13(3):190–7. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/352202278>
250. Stubenrouch FE, Pieterse AH, Falkenberg R, Santema TKB, Stiggelbout AM, van der Weijden T, et al. OPTION5 versus OPTION12 instruments to appreciate the extent to which healthcare providers involve patients in decision-making. *Patient Educ Couns*. 2016 Jun 1;99(6):1062–8.
251. Nicolai J, Moshagen M, Eich W, Bieber C. The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): Methodological issues. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2012;106(4):264–71.
252. Couët N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: A systematic review of studies using the OPTION instrument. *Health Expectations*. 2015 Aug 1;18(4):542–61.
253. Melbourne E, Roberts S, Durand MA, Newcombe R, Légaré F, Elwyn G. Dyadic OPTION: Measuring perceptions of shared decision-making in practice. *Patient Educ Couns*. 2011 Apr;83(1):55–7.
254. Melbourne E, Sinclair K, Durand MA, Légaré F, Elwyn G. Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2010 Feb;78(2):177–83.
255. Kasper J, Hoffmann F, Heesen C, Köpke S, Geiger F. Mapping SDM - the multifocal approach to sharing in shared decision making. *PLoS One*. 2012 Apr 13;7(4).
256. The MAGIC team. Pharmacy professionals use shared decision making approaches to help patients better understand their medicines [Internet]. 2014 Jan. Available from: www.personcentredcarenow.org.uk
257. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Law for the Improvement of Patients' Rights) [Internet]. 2013 [cited 2025 May 13]. Available from: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/
258. Scheibler F, Geiger F, Wehkamp K, Danner M, Debrouwere M, Stolz-Klingenberg C, et al. Patient-reported effects of hospital-wide implementation of shared decision-making at a university medical centre in Germany: A pre-post trial. *BMJ Evid Based Med*. 2023 Oct 27;29(2):87–95.
259. Clayman ML, Scheibler F, Rüffer JU, Wehkamp K, Geiger F. The Six Steps of SDM: linking theory to practice, measurement and implementation. *BMJ Evid Based Med*. 2023 Sep 6;29(2):75–8.

260. Sánchez-Viñas A, Corral-Partearroyo C, Gil-Girbau M, Peñarrubia-María MT, Gallardo-González C, Olmos-Palenzuela M del C, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of an intervention to improve Initial Medication Adherence to treatments for cardiovascular diseases and diabetes in primary care: study protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial and economic model (the IMA-cRCT study). *BMC Primary Care*. 2022 Dec 1;23(1).
261. Lu C, Li X, Yang K. Trends in Shared Decision-Making Studies From 2009 to 2018: A Bibliometric Analysis. *Front Public Health*. 2019 Dec 18;7.
262. Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, Turcotte S, Kryworuchko J, Graham ID, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Jul 19;7:CD006732.
263. Körner M, Ehrhardt H, Steger AK, Bengel J. Interprofessional SDM train-the-trainer program “Fit for SDM”: Provider satisfaction and impact on participation. *Patient Educ Couns*. 2012 Oct;89(1):122–8.
264. Geiger F, Liethmann K, Hoffmann F, Paschedag J, Kasper J. Investigating a training supporting shared decision making (IT’S SDM 2011): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2011 Oct 26;12.
265. Kasper J, Heesen C, Geiger F, Liethmann K, Reissmann DR. Training doctors briefly and in situ to involve their patients in making medical decisions—Preliminary testing of a newly developed module. *Health Expectations*. 2017;(20):1254–63.
266. Müller E, Strukava A, Scholl I, Härter M, Thiab-Diouf N, Légaré F, et al. Strategies to evaluate healthcare provider trainings in shared decision-making (SDM): a systematic review of evaluation studies. *BMJ Open*. 2019;
267. Diouf NT, Menear M, Robitaille H, Painchaud Guérard G, Légaré F. Training health professionals in shared decision making: Update of an international environmental scan. Vol. 99, *Patient Education and Counseling*. Elsevier Ireland Ltd; 2016. p. 1753–8.
268. Sullivan MD, Leigh J, Gaster B. BRIEF REPORT: Training Internists in Shared Decision Making About Chronic Opioid Treatment for NonCancer Pain. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2006;21:360–2. Available from: www.blackwell-synergy.com
269. Hoffmann TC, Bennett S, Tomsett C, Del Mar C. Brief training of student clinicians in shared decision making: A single-blind randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2014;29(6):844–9.
270. Légaré F, Labrecque M, LeBlanc A, Thivierge R, Godin G, Laurier C, et al. Does training family physicians in shared decision making promote optimal use of antibiotics for acute respiratory infections? Study protocol of a pilot clustered randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2007;8.

271. Herron AP, Agbadje TT, Cote M, Djade CD, Roch G, Rousseau F, et al. Web-Based Training for Nurses on Shared Decision Making and Prenatal Screening for down Syndrome: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*. 2020 Oct 1;9(10).
272. Observer OPTION-5 Translation Procedure. 2020.
273. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Bosi Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–91.
274. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation Background. *Value in Health [Internet]*. 2005;8(2). Available from: <http://www.ispor.org>
275. Cruchinho P, López-Franco MD, Capelas ML, Almeida S, Bennett PM, da Silva MM, et al. Translation, Cross-Cultural Adaptation, and Validation of Measurement Instruments: A Practical Guideline for Novice Researchers. *J Multidiscip Healthc*. 2024;17:2701–28.
276. Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. Vol. 17, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011. p. 268–74.
277. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL, Stratford PW, Alonso J, Patrick DL, et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: A clarification of its content. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10.
278. Martínez Pérez JA, Pérez Martin PS. Coeficiente de correlación intraclase. *Medicina de Familia SEMERGEN*. 2023 Apr 1;49(3).
279. Murre JMJ, Dros J. Replication and analysis of Ebbinghaus' forgetting curve. *PLoS One*. 2015 Jul;10(7).
280. Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, Buchholz A, Härter M. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire - physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Educ Couns*. 2012 Aug;88(2):284–90.
281. Paradis Montebello R, Nye A, Jacobs C, Elwyn G. Observer OPTION 5 Training; Self-Guided Online Training [Internet]. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice; [cited 2025 Apr 17]. Available from: <https://www.glynelwyn.com/observer-option-5-2014.html>
282. Field A. *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. 5th ed. SAGE Publications Ltd; 2017.
283. The Observer OPTION5 Measure-Score Sheet.

284. Kölker M, Topp J, Elwyn G, Härter M, Scholl I. Psychometric properties of the German version of Observer OPTION5. *BMC Health Serv Res.* 2018 Jan 31;18(1).
285. Herramienta de ayuda a la decisión para empezar estatinas. Mount Sinai - Clínica Mayo. 2007.
286. Dion M, Diouf NT, Robitaille H, Turcotte S, Adekpedjou R, Labrecque M, et al. Teaching shared decision making to family medicine residents: A descriptive study of a web-based tutorial. *JMIR Med Educ.* 2016 Jul 1;2(2).
287. Ebbinghaus H. A contribution to experimental psychology. 1885.
288. Hoenig JM, Heisey DM. The Abuse of Power: The Pervasive Fallacy of Power Calculations for Data Analysis. *Am Stat.* 2001 Feb;55(1):19–24.
289. James LM, Vo HT. Hawthorne Effect. In: *Encyclopedia of Research Design*. California: SAGE Publications, Inc.; 2010.
290. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014 Mar;94(3):291–309.
291. Varela Ruiz M, Díaz Bravo L, García Duran R. Descripción y usos de la técnica Delphi. *Investigación en Educación Médica.* 2012 Jan;1(2):90–5.

11. ANNEXOS

“No hi ha res més inútil que una persona merament ben informada”

Alfred North Whitehead

11.1 Annex 1

Beques obtingudes pel desenvolupament del projecte:

- Barcelona 21 de juny de 2021: La Càtedra (UAB – novartis) de Docencia e Investigación en Medicina de Familia, Beca per la realització de la tesi doctoral (7a edició).
- El Escorial (Madrid) abril 2022: El Comité científico y el comité organizador del XXI Congreso Nacional de Comunicación y Salud certifican que el poryecto de investigación titulado: Estudio piloto sobre la aplicación de un programa docente sobre el modelo comunicacional de toma de decisiones compartidas en la consulta para médicos residentes de medicina familiar y comunitaria ha resultado ganador de la convocatoria general de ayudas para la realización de Proyectos de Investigación “Francesc Borrell” 2022.

11.2 Annex 2

Escala CICAA-D 17 ítems

- **Identificar i comprendre els problemes del pacient** (ítems 1 i 2)
 1. En quina mesura el professional explora les emocions i sentiments que el símptoma, procés o proposta de tractament provoca en el pacient?
 2. En quina mesura el professional explora les expectatives del pacient que té per aquella consulta?

- **Acordar amb el pacient i ajudar a actuar** (ítems 3 al 13)
 3. Fins a quin punt el professional s'esforça en explicar el procés o símptoma principal presentat pel pacient?
 4. Fins a quin punt el professional defineix de manera adequada el problema sobre el qual cal prendre decisions?
 5. Fins a quin punt el professional intenta explicar de manera clara la seva proposta de tractament?
 6. En quina mesura el professional ofereix informació adaptada als problemes i necessitats del pacient?
 7. En quina mesura el professional ofereix la informació de manera clara?
 8. En quina mesura el professional dona l'oportunitat al pacient de participar en la presa de decisions durant la consulta?
 9. En quina mesura el professional permet que el pacient expressi els seus dubtes?
 10. Si es produeix alguna discrepància o desacord entre el professional i el pacient, en quina mesura el professional busca l'acord (entrant en diàleg i considerant les opinions del pacient)?
 11. En quina mesura el professional comprova que el pacient ha comprès la informació proporcionada?
 12. En quina mesura el professional permet que es prengui la decisió o indica que cal prendre-la o ajornar-la?
 13. En quina mesura el professional obté compromisos explícits per part del pacient respecte al pla a seguir?

- **Ajudar el pacient a actuar** (ítems 14 al 17)
 14. En quina mesura el professional exposa o afavoreix l'exposició de possibles opcions de tractament?
 15. En quina mesura el professional informa sobre les diferents opcions?

16. En quina mesura el professional permet al pacient fer preguntes sobre les opcions o sobre el procés de presa de decisions?
17. En quina mesura el professional explora el grau de participació que el pacient desitja tenir en la presa de decisions??

Avaluació: Cada ítem es puntua en una escala de 0 a 2:

- 0: No es realitza la conducta.
- 1: Conducta realitzada de manera parcial o insuficient.
- 2: Conducta realitzada de manera adequada i completa

11.3 Annex 3

Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (TDC-C-9)

¿Por qué motivo acudió a su médico/a (*p. ej. con qué síntomas, diagnóstico, problema de salud*)?:

¿Qué decisión se tomó (*p. ej. qué tratamiento*)?:

Las siguientes afirmaciones están relacionadas con la experiencia que ha tenido en la consulta con su médico/a. Por favor, marque con una cruz su nivel de acuerdo o desacuerdo con estas afirmaciones.

1. Mi médico/a me dijo expresamente que debía tomarse una decisión.
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
2. Mi médico/a quería saber exactamente cómo me gustaría participar en la toma de decisiones.
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
3. Mi médico/a me informó de que existen distintas opciones de tratamiento para mi problema de salud.
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo

- e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
4. Mi médico/a me explicó con exactitud las ventajas y desventajas de las distintas opciones de tratamiento.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
5. Mi médico/a me ayudó a entender toda la información.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
6. Mi médico/a me preguntó qué opción de tratamiento prefiero.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
7. Mi médico/a y yo valoramos con detenimiento las distintas opciones de tratamiento.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo
8. Mi médico/a y yo elegimos juntos/as una opción de tratamiento.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo

- f. Totalmente de acuerdo
9. Mi médico/a y yo llegamos a un acuerdo sobre el modo de proceder.
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. Muy en desacuerdo
 - c. Algo en desacuerdo
 - d. Algo de acuerdo
 - e. Muy de acuerdo
 - f. Totalmente de acuerdo

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of the license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

October 2011, translated by Lilisbeth Perestelo-Pérez

Translation of the original “9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)”.

Authorised by Martin Härter & Isabelle Scholl (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany).

11.4 Annex 4

Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (SDM-Q.Doc)

¿Cuál fue el motivo por el que el paciente acudió a consultar con usted? (p.ej. ¿cuáles eran sus síntomas? o ¿cuál fue su diagnóstico?).

¿Qué decisión se tomó? (p.ej. ¿qué tratamiento?).

Instrucciones: Los siguientes enunciados se relacionan con la consulta. Por favor, seleccione marcando con una cruz la respuesta que mejor le parezca.

1.- Le he informado claramente a mi paciente que se debe tomar una decisión sobre su atención.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

2.- Le pregunté a mi paciente exactamente como le gustaría participar en la toma de decisiones.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

3.- Le informé a mi paciente que existen diferentes opciones de tratamiento para su problema de salud.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

4.- Le expliqué claramente a mi paciente las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

5.- Ayudé a mi paciente a entender toda la información.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

6.- Le pregunté a mi paciente qué opción de tratamiento prefiere.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

7.- Mi paciente y yo hemos valorado ampliamente las diferentes opciones de tratamiento.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

8.- Mi paciente y yo hemos escogido conjuntamente una opción de tratamiento.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

9.-Mi paciente y yo nos hemos puesto de acuerdo sobre el seguimiento de su atención.

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Muy en desacuerdo
- c. Algo en desacuerdo
- d. Algo de acuerdo
- e. Muy de acuerdo
- f. Totalmente de acuerdo

This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of the license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

August 2015, translated by Ramirez-Aranda JM and Rodriguez-González AM

Translation of the original “9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-QDOC)”.

Authorised by Martin Härter & Isabelle Scholl (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany).

11.5 Annex 5

Escala Observer OPTION⁵ en anglès

The Observer OPTION⁵ Measure –Score Sheet

Date

Number / Name

Item 1: For the health issue being discussed, the clinician draws attention to or confirms that alternate treatment or management options exist or that the need for a decision exists. If the patient rather than the clinician draws attention to the availability of options, the clinician responds by agreeing that the options need deliberation. 0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort
Item 2: The clinician reassures the patient or re-affirms that the clinician will support the patient to become informed or deliberate about the options. If the patient states that they have sought or obtained information prior to the encounter, the clinician supports such a deliberation process. 0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort
Item 3: The clinician gives information or checks understanding about the options that are considered reasonable (this can include taking no action), to support the patient in comparing alternatives. If the patient requests clarification, the clinician supports the process. 0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort
Item 4: The clinician makes an effort to elicit the patient's preferences in response to the options that have been described. If the patient declares their preference(s), the clinician is supportive. 0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort
Item 5: The clinician makes an effort to integrate the patient's elicited preferences as decisions are made. If the patient indicates how best to integrate their preferences as decisions are made, the clinician makes an effort to do so. 0 = No effort 1 = Minimal effort 2 = Moderate effort 3 = Skilled effort 4 = Exemplary effort

Scoring Summary (see Manual for details).

Score	Description
0 = No effort	Zero effort observed.
1 = Minimal effort	Effort to communicate could be implied or interpreted.
2 =Moderate effort	Basic phrases or sentences used.
3 = Skilled effort	Substantive phrases or sentences used.
4 = Exemplary effort	Clear, accurate communication methods used.

11.6 Annex 6

Retrotraducció qüestionari Observer OPTION⁵

Item 1: for the health problem being treated, the doctor will indicate or confirm the existence of alternative options of treatment or handling, or the need of decision-taking. If It is the patient, instead of the doctor, who points out the possibilities of other options, the doctor will answer agreeing that the options need to be discussed.

0 = without effort 1= minimum effort 2 = moderate effort 3= competent effort 4= exemplary effort

Item 2: The doctor will reassure or reaffirm that he/she will support the patient that the options will be stated or discussed. If the patient states that he/she has looked for or obtained information before the visit, the doctor will support the process of deliberation.

0 = without effort 1= minimum effort 2 = moderate effort 3= competent effort 4= exemplary effort

Item 3: The doctor will offer information or verify the understanding of the options considered reasonable (which may include not taking any action) to support the patient in comparing alternatives. If the patient requests clarification, the doctor will support the process.

0 = without effort 1= minimum effort 2 = moderate effort 3= competent effort 4= exemplary effort

Item 4: The doctor will make an effort to get to know the patient's preferences with regard to the options described. If the patient expresses his/her preferences, the doctor will support the patient.

0 = without effort 1= minimum effort 2 = moderate effort 3= competent effort 4= exemplary effort

Item 5: The doctor will make an effort to include the patient's preferences as the decisions are taken. If the patient states which is the best way to include his/her preferences in the decision-taking, the doctor will make the effort to do so.

0 = without effort 1= minimum effort 2 = moderate effort 3= competent effort 4= exemplary effort

Description of the punctuation

- 0 = no effort observed
- 1 = the effort to communicate can be deduced or interpreted
- 2 = basic phrases or expressions are used
- 3= significant phrases or expressions are used
- 4=clear and precise communication methods are used

11.7 Annex 7

Manual ús del qüestionari Observer OPTION⁵ traduït al castellà

A la traducció realitzada de l'instrument OPTION⁵, també s'ha traduït el manual d'ús, incorporant-hi anotacions adaptades al context cultural propi i orientacions per ajustar l'avaluació al tipus de comunicació i al llenguatge més habitualment emprat en l'entorn clínic local.

Mesurando la toma de decisiones compartida mediante la evaluación de grabaciones o transcripciones de encuentros en entornos clínicos

Elwyn, Stuart W Grande, Paul Barr

The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice Level 5, Williamson
Translational Research Building
1 Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756
USA

Version January 16, 2018

11.7.1 Introducción

Esta medida se basa en una versión anterior de 12 ítems sobre la toma de decisiones compartida, la cual sigue estando disponible en la siguiente página web: <http://www.optioninstrument.org/>. Nos dimos cuenta de la necesidad de tener una medida más específica para el modelo de toma de decisiones compartida, y por ello desarrollamos esta versión de cinco ítems. Para obtener más detalles sobre esta medida, consulte la bibliografía al final de este documento. El origen conceptual de esta medida es el modelo de las tres conversaciones (The three talk model - Elwyn 2013), cuyo modelo visual actualizado se muestra en la siguiente Figura.

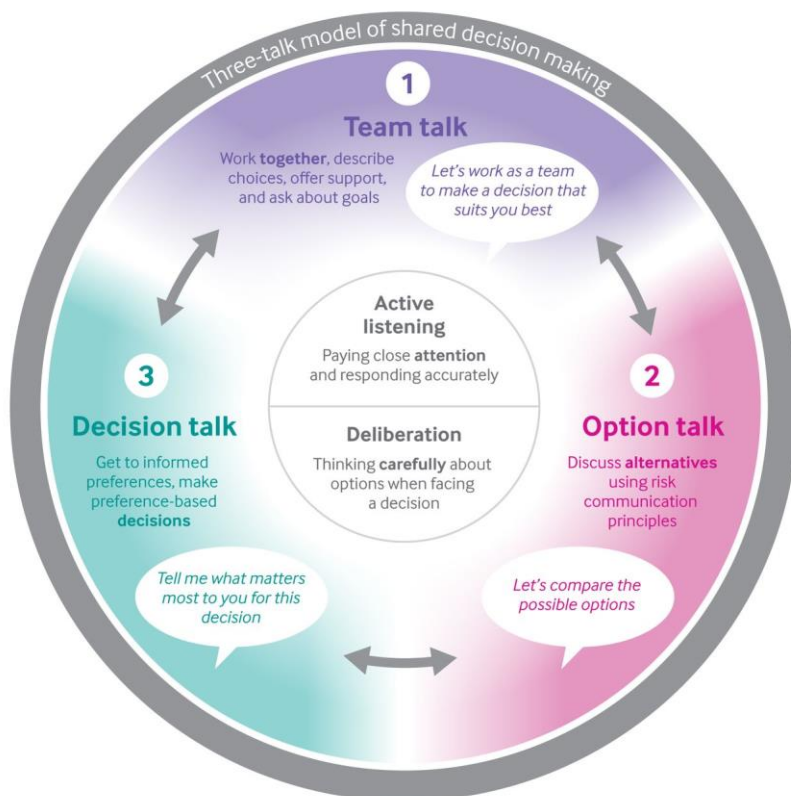


Figura 28. Modelo de las tres entrevistas / conversaciones según Elwyn et al

La traducción ordenada de cada paso/conversación, sería la siguiente:

1. Conversación en equipo (Team Talk): **Trabajemos juntos**, describamos opciones, ofrezcamos apoyo y preguntemos sobre los objetivos. *“Trabajemos en equipo para tomar la decisión que se adapte mejor a ti.”*
2. **Conversación sobre opciones** (Option Talk): Discutamos **alternativas** utilizando principios de comunicación de riesgos. *“Comparemos las posibles opciones.”*
3. **Conversación sobre la decisión** (Decision Talk): Lleguemos a **preferencias informadas** y tomemos decisiones basadas en preferencias. *“Dime qué es lo más importante para ti en esta decisión.”*

Los siguientes ítems en la tabla a continuación conforman la medida **Observer OPTION**⁵. Los ítems deben puntuarse de manera independiente. Las puntuaciones deben sumarse, de modo que la puntuación total potencial esté entre 0 y 20. Para facilitar la interpretación, recomendamos reajustar esta puntuación para que esté entre 0 y 100.

Sugerimos puntuar el proceso de toma de decisiones. Sabemos que, en la mayoría de los casos, existe más de una decisión en los encuentros clínicos. Por lo tanto, los investigadores

deben elegir si evalúan todas las decisiones (anidadas en los encuentros) o una decisión específica, y describir su razonamiento. Cuando es probable que un proceso de toma de decisiones abarque más de un encuentro con el mismo clínico, sugerimos puntuar a lo largo del número requerido de encuentros y coger la mejor puntuación por ítem a nivel de encuentro para evaluar completamente el proceso de toma de decisiones compartidas.

Si el proceso de toma de decisiones abarca varios encuentros con diferentes miembros del equipo sanitario y el objetivo es medir la toma de decisiones compartida a nivel de "equipo", sugerimos evaluar la puntuación en cada encuentro, calcular la puntuación media y mostrar el rango de puntuación y la desviación estándar como una medida de la variación.

Para ayudar a los evaluadores a analizar las conversaciones y, finalmente, puntuar los encuentros, hemos proporcionado algunas frases de ejemplo. Estas frases son sugerencias, no son obligatorias, para la puntuación. Instamos a los investigadores a tomar notas detalladas de las conversaciones y ejemplos del lenguaje utilizado para diferenciar entre una puntuación de 1 versus 2, y así sucesivamente.

11.7.2 Evaluación de la toma de decisiones compartida en uno o varios encuentros

Los ítems en **Observer OPTION⁵** están diseñados para ofrecer a los evaluadores la oportunidad de otorgar crédito cuando existe evidencia de deliberación que se extiende a lo largo de múltiples encuentros. Hay dos formas de hacerlo:

1. Cuando se ha solicitado al paciente que mire una intervención de apoyo a la toma de decisiones antes de asistir al encuentro, o cuando un clínico en un encuentro previo ha hecho un esfuerzo para informar al paciente y proporcionar información, es aceptable tener en cuenta ese trabajo, siempre que el clínico reafirme su apoyo a un proceso deliberativo (ver los pasos descritos en el modelo de deliberación colaborativa).
2. Cuando se sabe que un proceso deliberativo ha ocurrido a lo largo de una serie de encuentros, es una buena práctica intentar obtener esas grabaciones y evaluar el proceso deliberativo a través de todos esos encuentros. La puntuación total final será la suma de las puntuaciones más altas obtenidas en cada ítem a lo largo de todos los encuentros.

11.7.3 Evaluar la toma de decisiones compartida cuando hay múltiples decisiones en un encuentro

Los encuentros clínicos suelen incluir más de una decisión, aunque en algunas situaciones el encuentro se centra más en una decisión en concreto. Debido a que sugerimos utilizar dos evaluadores para analizar cada encuentro clínico, es necesario asegurarse de que cada evaluador asigne puntuaciones al mismo enfoque de decisión. Esto es necesario para obtener un Coeficiente de Correlación Intraclass (ICC) superior a 0.6, que consideramos un umbral razonable.

Paso 1

Asigne a un evaluador (R1) la tarea de etiquetar la grabación de las decisiones discretas (D). El mismo evaluador (R1) realizará a continuación la tarea de estampar la hora (tx-ty) en la grabación de cada decisión discreta (véase la figura).

Paso 2

Tratando cada decisión distinta por separado, dos evaluadores, R1 y R2, deberán puntuar cada decisión de forma independiente utilizando la escala OPTION5. En la fase de calibración, esto debe hacerse en cinco encuentros completos. El número de decisiones por encuentro puede variar.

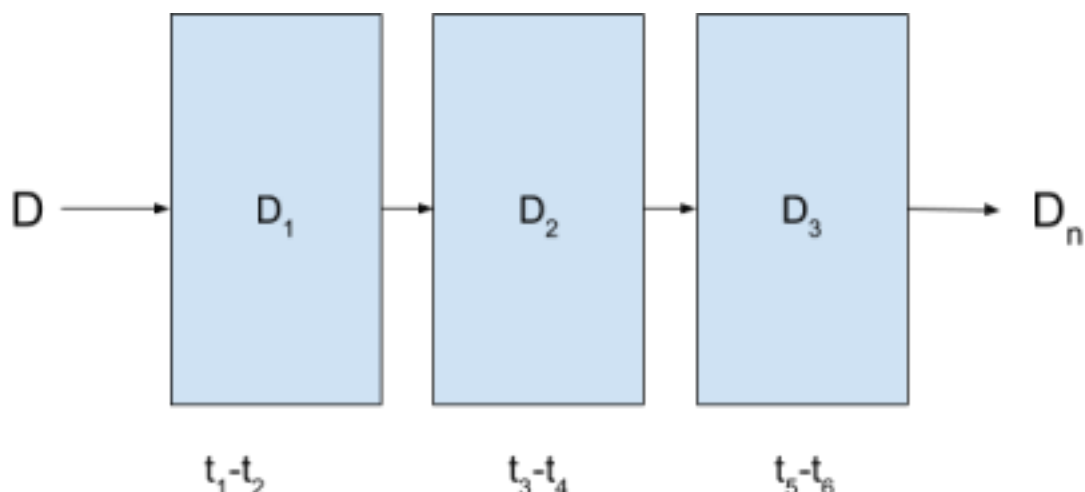
Paso 3

A continuación se sugiere un proceso de calibración: Tras puntuar de forma independiente los encuentros cronometrados, dos calificadores deben reunirse para comparar y discutir sus puntuaciones para cada decisión identificada (D1a Dn). El propósito de este paso es comparar puntuaciones y comparar notas (por ejemplo, interpretación de frases y grados de contribución del paciente).

Nota: La calibración debe completarse aplicando un ICC (correlación intra-clase) para cinco encuentros cronometrados por el evaluador. Compare las puntuaciones por ICC y acepte si $ICC > 0,6$ y repita si $ICC \leq 0,6$. Hay que tener cuidado al calcular los ICC. Aquí se ofrecen más detalles sobre los modelos de ICC y las formas de ICC:

[https://www.uvm.edu/~dhowell/methods9/Supplements/icc/More%20on%20ICC
Cs.pdf](https://www.uvm.edu/~dhowell/methods9/Supplements/icc/More%20on%20ICC%20Cs.pdf)

Figura Cronometraje de las decisiones D1 a Dn en cada encuentro clínico



D = decisión

t = tiempo

11.7.4 Observador OPTION⁵ descripciones de puntuación.

11.7.4.1 Ítem 1 Hablar sobre las opciones: opciones alternativas. ¿Hasta qué punto el profesional presenta múltiples opciones?

Ítem 1: Para el problema de salud que se está tratando, el clínico **señala o confirma** que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, o que es necesario tomar una decisión. Si es el paciente, en lugar del clínico, quien llama la atención sobre la disponibilidad de otras opciones, el clínico responde acordando que las opciones necesitan ser deliberadas.

0 = Sin esfuerzo

El clínico no hace **ningún esfuerzo por transmitir o confirmar** que existen opciones alternativas de tratamiento o manejo, ni por afirmar que es necesario tomar una decisión. O bien

El paciente plantea la posibilidad de considerar otras opciones, pero el clínico no hace **ningún esfuerzo por transmitir o confirmar** que existen otras opciones de tratamiento o manejo, ni por afirmar que es necesario tomar una decisión.

1 = Esfuerzo mínimo

El clínico realiza un **esfuerzo mínimo para transmitir o confirmar** la existencia de tratamientos alternativos u opciones de manejo o afirma que es necesario tomar una decisión.

O bien

Si el paciente inicia la posibilidad de considerar otras opciones, el clínico hace un **esfuerzo mínimo para transmitir o confirmar** la existencia de tratamientos alternativos u opciones de manejo, o afirma que es necesario tomar una decisión.

NOTA: sólo pone de manifiesto que existen opciones

- *Ejemplos típicos de esfuerzo mínimo*

Hay un par de maneras...; un abanico de opciones...; existen muchas opciones diferentes...

2 = Esfuerzo moderado

El clínico realiza un **esfuerzo moderado para transmitir o confirmar** la existencia de opciones alternativas de tratamiento o manejo o explica la necesidad de tomar una decisión.

O bien

Si el paciente plantea la posibilidad de considerar otras opciones, el clínico hace un **esfuerzo moderado para transmitir o confirmar** la existencia de otras opciones de tratamiento o manejo, o explica la necesidad de tomar una decisión.

NOTA: menciona que hay distintas opciones a CONSIDERAR

- *Ejemplo típico de esfuerzo moderado*

Existen opciones alternativas; hay que plantearse qué hacer para obtener lo mejor y elegir entre una serie de opciones.

3 = Esfuerzo competente

El clínico hace un **esfuerzo competente para transmitir o confirmar** la existencia de opciones alternativas o explica la necesidad de tomar una decisión. El esfuerzo competente puede incluir la comprobación de que el paciente entiende la cuestión o la justificación de la necesidad de dedicar tiempo a tomar una decisión, por ejemplo, las preferencias del paciente pueden variar y deben tenerse en cuenta.

O bien

Si el paciente inicia la posibilidad de que haya que considerar opciones, el clínico hace un **esfuerzo competente para transmitir o confirmar** la existencia de opciones alternativas o explica la necesidad de tomar una decisión.

- *Ejemplos típicos de esfuerzo competente* (NOTA: cada opción tiene pros y contras que hay que considerar y encontrar la QUE SE ADAPTE MEJOR A TÍ).

Estas diferentes opciones se ofrecen porque es razonable considerarlas - tienen diferentes pros y contras...

Cada persona reacciona de forma diferente ante cada una de ellas. Por eso es importante compararlas, para que pueda ayudar a decidir cuál se adapta mejor a sus circunstancias.

4 = Esfuerzo ejemplar

El clínico hace un **esfuerzo ejemplar para transmitir o confirmar** la existencia de opciones alternativas o explica la necesidad de tomar una decisión. El esfuerzo ejemplar podría incluir la comprobación de que el paciente entiende la cuestión, o podría justificar la necesidad de tomarse tiempo para tomar una decisión, por ejemplo, las preferencias del paciente pueden variar y deben tenerse en cuenta.

O:

Si el paciente plantea la posibilidad de considerar otras opciones, el clínico hace un **esfuerzo ejemplar para transmitir o confirmar** la existencia de opciones alternativas o explica la necesidad de tomar una decisión. El esfuerzo ejemplar podría incluir la comprobación de que el paciente entiende la cuestión o podría justificar la necesidad de tomarse el tiempo necesario para tomar una decisión, por ejemplo, las preferencias del paciente pueden variar y deben tenerse en cuenta.

NOTA: perfila preferencias individuales de manera explícita, el paciente trabaja de manera proactiva.

- *Ejemplos típicos de un esfuerzo ejemplar (Ahora que nos hemos puesto de acuerdo sobre el problema (o diagnóstico), consideremos cómo dar los siguientes pasos (manejar/tratar/investigar).*

Como en muchas situaciones, existen posibilidades alternativas, y cada una de estas posibilidades será diferente. ¿Le explico estas alternativas?

Mi objetivo es que comprenda mejor estas opciones y que me diga qué es lo que más le importa.

Las personas tienen prioridades distintas, así que quiero entender las suyas.

11.7.4.2 Ítem 2 *Team Talk*: apoyar la deliberación / formar una alianza. ¿Hasta qué punto el clínico hace posible esta alianza, profundiza en ella?

Ítem 2: El clínico tranquiliza al paciente o reafirma que **lo apoyará para que se informe o delibere sobre las opciones**. Si el paciente indica que ha buscado u obtenido información antes del encuentro, el clínico apoya el proceso de deliberación.

0 = Sin esfuerzo

El clínico no hace **ningún esfuerzo por asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de recibir información o de deliberar sobre las opciones.

O bien:

Si la tarea de proporcionar información ha tenido lugar antes del encuentro o ha sido realizada por el paciente, el clínico no hace **ningún esfuerzo por asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de proporcionarle información o pedirle que delibere sobre las opciones.

1 = Esfuerzo mínimo

El clínico hace un **esfuerzo mínimo para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso en el que se le da información o se le pide que delibere sobre las opciones.

O bien:

Si la tarea de proporcionar información ha tenido lugar antes de este encuentro, el clínico hace un **esfuerzo mínimo para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de proporcionarle información o pedirle que delibere sobre las opciones.

Se crea una atmosfera, un clima de colaboración durante la entrevista. Se trata de la actitud del profesional, se muestra permeable a trabajar conjuntamente.

- *Ejemplos típicos de un esfuerzo mínimo (NOTA: pensemos juntos)*

Trabajemos juntos para ... ; te ayudaré a reflexionar sobre ... ; mi papel es trabajar contigo ...

2 = Esfuerzo moderado

El clínico hace un **esfuerzo moderado para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso en el que se le da información o se le pide que delibere sobre las opciones.

O bien:

Si la tarea de proporcionar información ha tenido lugar antes de este encuentro, el clínico hace un **esfuerzo moderado para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de proporcionarle información o pedirle que delibere sobre las opciones.

El profesional explicita el trabajo conjunto de alguna manera. El profesional denota el trabajo en equipo, lo describe.

- *Ejemplos de esfuerzo moderado típico (NOTA: hay que considerar distintas opciones, hecho que no es fácil, pero trabajaremos juntos)*

Este puede ser un trabajo nuevo para usted; por lo tanto, vamos a etc ; considerar opciones es difícil, por lo tanto vamos a etc.

3 = Esfuerzo competente

El clínico hace un **esfuerzo competente para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso en el que se le da información o se le pide que delibere sobre las opciones.

O bien:

Si la tarea de proporcionar información ha tenido lugar antes de este encuentro, el clínico hace un **esfuerzo competente para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de proporcionarle información o pedirle que delibere sobre las opciones.

El profesional explicita un compromiso. Que la colaboración comporta un compromiso de soporte.

- *Ejemplos de un esfuerzo competente típico (NOTA: considerar opciones no es fácil, pero me aseguraré que lo entendáis y que encontremos la que mejor se adapte a ti).*

Voy a asegurarme de que tengas más información sobre las opciones relevantes, y luego trabajaremos juntos para considerar esas opciones.

Esto puede parecer mucho trabajo, pero no te preocupes, estoy aquí para ayudarte a considerar estas opciones y decidir qué puede ser lo mejor para ti.

4 = Esfuerzo ejemplar

La puntuación en este nivel requiere que los clínicos expliquen a los pacientes que trabajando juntos como un equipo, incluyendo a los miembros de la familia cuando sea apropiado, se les apoyará para considerar la elección que debe hacerse, para asegurar que el paciente no corre el riesgo de sentirse abandonado a enfrentarse solo a una decisión difícil.

El clínico hace un **esfuerzo ejemplar para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso en el que se le da información o se le pide que delibere sobre las opciones.

O bien:

Si la tarea de proporcionar información ha tenido lugar antes de este encuentro, el clínico hace un **esfuerzo ejemplar para asegurar** al paciente que se le apoyará durante el proceso de proporcionarle información o pedirle que delibere sobre las opciones.

El clínico hace un esfuerzo explícito de acomodación para este compromiso. Explicita su soporte durante el tiempo que sea necesario para tomar una decisión o varias, conjuntamente.

- *Ejemplos de esfuerzos ejemplares típicos* (NOTA: sé que puede ser mucha información, pero me aseguraré que sea clara y fácil de seguir. Describiré pros i contras de cada opción y con que frecuencia pueden ocurrir. Mi trabajo consiste en que comprenda las opciones y así poderlas comparar y decidir cuál es la mejor para usted. ¿Tiene alguna pregunta?).

Voy a asegurarme de que tenga más información sobre las opciones relevantes. Algunos pacientes se sienten a veces abrumados por este tipo de información, pero haré todo lo posible para que sea clara y fácil de seguir.

Describiré en qué se diferencian las opciones, cuáles son sus beneficios y cuáles son sus riesgos, y con qué frecuencia ocurren.

Mi trabajo consiste en ayudarle a comprender estas opciones para que podamos compararlas y decidir qué es lo mejor para usted. ¿Tiene alguna pregunta?

11.7.4.3 Ítem 3 Option Talk: información sobre las opciones. ¿Hasta qué punto son descritas las opciones?

Ítem 3: El clínico **proporciona información o verifica la comprensión de las opciones** que se consideran razonables (lo cual puede incluir no realizar ninguna acción), para apoyar al paciente en la comparación de alternativas. Si el paciente solicita una aclaración, el clínico apoya el proceso.

0 = Sin esfuerzo

El clínico no hace **ningún esfuerzo por proporcionar información** sobre las opciones. O bien:

Si la tarea de proporcionar u obtener información sobre las opciones ha tenido lugar antes del encuentro, el clínico no hace **ningún esfuerzo por comprobar la veracidad y adecuación** de la información sobre las opciones.

1 = Esfuerzo mínimo

El clínico hace **un esfuerzo mínimo por proporcionar información** sobre las opciones. O bien:

Si la tarea de proporcionar u obtener información sobre las opciones ha tenido lugar antes del encuentro, el clínico hace **un esfuerzo mínimo por comprobar la veracidad y adecuación** de la información sobre las opciones.

NOTA: el profesional hace evidente que hay opciones, que describe por encima.

- *Ejemplo de un esfuerzo mínimo típico*

Existen las siguientes opciones: A y B. Déjeme que se las describa.

2 = Esfuerzo moderado

El clínico hace **un esfuerzo moderado por proporcionar información** sobre las opciones. O bien:

Si la tarea de proporcionar u obtener información sobre las opciones ha tenido lugar antes del encuentro, el clínico hace **un esfuerzo moderado por comprobar la veracidad y adecuación** de la información sobre las opciones.

NOTA: el profesional pone énfasis en los riesgos y beneficios de las opciones para que el paciente las comprenda). El profesional se adentra más en explicar los riesgos/beneficios de una o varias opciones. Pondera, se empiezan a trabajar los pros y contras de las opciones.

- *Ejemplo de un esfuerzo moderado típico:*

Existen las siguientes opciones, por ejemplo, A y B. Permítame que se las describa para que pueda comprender tanto los beneficios como los perjuicios de cada opción y la probabilidad de que éstos se produzcan.

3 = Esfuerzo competente

El clínico hace **un esfuerzo competente por proporcionar información** sobre las opciones. O bien:

Si la tarea de proporcionar u obtener información sobre las opciones ha tenido lugar antes del encuentro, el clínico hace **un esfuerzo competente por comprobar la veracidad y adecuación** de la información sobre las opciones.

NOTA: a demás de repasar pros y contras, el profesional comprueba y abre la puerta a hacer más preguntas. Bidireccional porque pide que el paciente explique lo que ha entendido. Comprobación de la comprensión.

- *Ejemplos de un esfuerzo competente típico*

Existen las siguientes opciones, es decir, A y B. Permíteme que te las describa para que puedas comprender tanto los beneficios como los perjuicios de cada opción y la probabilidad de que éstos se produzcan. ¿Lo ha entendido? ¿Tiene alguna pregunta? ¿Puedo volver a explicarle algo?

4 = Esfuerzo ejemplar

El clínico hace **un esfuerzo ejemplar por proporcionar información** sobre las opciones. O bien:

Si la tarea de proporcionar u obtener información sobre las opciones ha tenido lugar antes del encuentro, el clínico hace **un esfuerzo ejemplar por comprobar la veracidad y adecuación** de la información sobre las opciones.

NOTA: el paciente reelabora, trabaja de manera proactiva. El profesional permite que el paciente saque conclusiones, reelabore, evoque.

- *Ejemplos de un esfuerzo ejemplar típico:*

Existen las siguientes opciones, es decir, A y B. Permítame que se las describa para que pueda comprender tanto los beneficios como los perjuicios de cada opción y la probabilidad de que éstos se produzcan.

Uso de herramientas de ayuda a la decisión para ilustrar las probabilidades.

¿Lo has entendido? ¿Tiene alguna pregunta? ¿Puedo volver a explicarle algo?

El método de enseñar lo aprendido es un ejemplo de esfuerzo ejemplar, y un ejemplo de frase típica podría ser: «Con tus propias palabras, dime lo que has escuchado o entendido».

11.7.4.4 Ítem 4 Conversación sobre la decisión: obtener preferencias. ¿Hasta qué punto el clínico le pregunta al paciente sobre sus preferencias?

Ítem 4: El clínico hace un **esfuerzo por conocer las preferencias del paciente** en relación con las opciones que se han descrito. Si el paciente expresa su(s) preferencia(s), el clínico lo apoya.

NOTA: aquí el clínico se esfuerza a que el paciente evoque sus preferencias. Si el ítem anterior no se cumple, éste será difícil que salga.

0 = Sin esfuerzo

El clínico no hace **ningún esfuerzo por obtener las preferencias** del paciente.

O bien:

Si el paciente expresa sus preferencias, el clínico no hace ningún esfuerzo por apoyarle.

1 = Esfuerzo mínimo

El clínico hace un **esfuerzo mínimo para obtener/conocer las preferencias** del paciente en respuesta a las opciones que se han descrito.

O bien:

Si el paciente expresa sus preferencias, el clínico hace un **esfuerzo mínimo** para apoyarle.

NOTA: se permite que a lo largo de la entrevista el paciente pueda expresar alguna de sus preferencias. El clima de la entrevista lo permite.

- *Ejemplo de un esfuerzo mínimo típico* (NOTA: se ha dicho que hay opciones, ¿qué piensas?)

¿Qué le ha parecido?

2 = Esfuerzo moderado

El clínico hace un **esfuerzo moderado para obtener las preferencias** del paciente en respuesta a las opciones que se han descrito.

O bien:

Si el paciente expresa sus preferencias, el clínico hace un **esfuerzo moderado para apoyarle**.

NOTA: el profesional hace un esfuerzo explícito durante la entrevista, para conocer los valores y/o preferencias del paciente sobre una o varias opciones. Hace un esfuerzo intencional.

- *Ejemplos de un esfuerzo moderado típico (NOTA: ahora que hemos descrito las distintas opciones, ¿piensas que alguna de éstas opciones se alinea con tus deseos/valores?)*

Ahora que he descrito las opciones, ¿le ha parecido que alguna de ellas se ajusta a sus deseos o puntos de vista?

3 = Esfuerzo competente

El clínico realiza un **esfuerzo competente para obtener o confirmar las preferencias** del paciente en respuesta a las opciones que se han descrito.

O bien:

Si el paciente expresa sus preferencias, el clínico hace un **esfuerzo competente para apoyarle**.

NOTA: pide un trabajo más activo al paciente. Amplia su abanico de opciones, que opine sobre las opciones. Pregunta si está capacitado, si lo ha entendido, si hay algún aspecto que le preocupe o atraiga. El profesional muestra curiosidad en saber qué piensa el paciente. ¿te ves capaz de opinar sobre las opciones? – el clínico hace un trabajo de comprobación – bidireccional. Se muestra curioso.

- *Ejemplo de esfuerzos competentes típicos:*

¿Qué le han parecido las opciones?

¿Ha podido formarse una opinión sobre las alternativas? ¿Algún aspecto de las mismas le preocupó o le llamó la atención?

Tengo curiosidad por conocer tus reacciones o prioridades ahora que sabes un poco más.

4 = Esfuerzo ejemplar

El clínico realiza un **esfuerzo ejemplar para obtener o confirmar las preferencias** del paciente en respuesta a las opciones que se han descrito.

O bien:

Si el paciente expresa sus preferencias, el clínico hace un **esfuerzo ejemplar para apoyarle**.

NOTA: el clínico explicita que es normal que hayan dudas, preocupaciones, dificultades y/o motivaciones y que le ayudará a resolverlo. El profesional explicita que trata de entender la visión del paciente. Entender su perspectiva.

El profesional muestra empatía. Da respuestas empáticas. Hace un esfuerzo para entender cómo el paciente vive la situación. El profesional se muestra permeable y lo acepta.

- *Ejemplos de un esfuerzo ejemplar típico ().*

¿Tienes alguna pregunta o duda sobre las opciones que te he descrito?

¿Quizá escuchó algunas cosas que le gustaron? ¿O que le preocupaban? Eso es normal, y mi trabajo consiste en intentar comprender su visión de las opciones.

¿Qué le han parecido las opciones? ¿Pudo formarse una opinión sobre ellas? ¿Algún aspecto le preocupó o le llamó la atención?

Tengo curiosidad por conocer tus reacciones o prioridades ahora que sabes un poco más.

11.7.4.5 Ítem 5 Toma de decisiones: integración de las preferencias. ¿Hasta qué punto el profesional integra las preferencias del paciente en la decisión?

Ítem 5: El clínico hace un **esfuerzo por integrar las preferencias del paciente** a medida que se toman las decisiones. Si el paciente indica cuál es la mejor forma de integrar sus preferencias en el proceso de toma de decisiones, el clínico se esfuerza por hacerlo.

NOTA: el profesional hace el esfuerzo de integrar las preferencias del paciente a medida que se toman las decisiones.

0 = Sin esfuerzo

El clínico no hace **ningún esfuerzo por integrar las preferencias** informadas del paciente mientras se toman o aplazan decisiones.

O bien:

Si el paciente indica cuál es la mejor manera de integrar sus preferencias a medida que se toman las decisiones, el clínico no hace **ningún esfuerzo** por hacerlo.

1 = Esfuerzo mínimo

El clínico hace **un esfuerzo mínimo por integrar las preferencias** informadas del paciente mientras se toman o aplazan decisiones.

O bien:

Si el paciente indica cuál es la mejor manera de integrar sus preferencias a medida que se toman las decisiones, el clínico hace **un esfuerzo mínimo** por hacerlo.

NOTA: superficial. El profesional hace suposiciones sobre la opción que tomaría el paciente. No comprueba, es directivo y prescribe. En ocasiones el profesional puede hacer una comprobación en forma de pregunta retórica (¿vale?) pero no tiene en cuenta la opinión del paciente.

- *Ejemplo de esfuerzo mínimo típico (Creo que estás contento/de acuerdo con la opción A; hagámosla.*

2 = Esfuerzo moderado

El clínico hace **un esfuerzo moderado por integrar las preferencias** informadas del paciente mientras se toman o aplazan decisiones.

O bien:

Si el paciente indica cuál es la mejor manera de integrar sus preferencias a medida que se toman las decisiones, el clínico hace **un esfuerzo moderado** por hacerlo.

El profesional presupone la opción que quiere el paciente, pero da lugar a que el paciente pueda opinar. No prescribe directamente. S'inhibe a la hora de prescribir basado en una suposición.

- *Ejemplo de esfuerzo moderado típico* (NOTA: el profesional hace una suposición y pregunta al paciente. No prescribe y/o decide ir hacia una opción determinada que ha presupuesto el profesional).

Creo que estás contento con la opción A. ¿Lo he entendido bien?

3 = Esfuerzo competente

El clínico hace **un esfuerzo competente por integrar las preferencias** informadas del paciente mientras se toman o aplazan decisiones.

O bien:

Si el paciente indica cuál es la mejor manera de integrar sus preferencias a medida que se toman las decisiones, el clínico hace **un esfuerzo competente** por hacerlo.

NOTA: pasa de la suposición con el que el paciente ha explicitado. No trabaja sobre suposiciones. El sumario/resumen es una manera de comprobar si ha entendido el que ha explicitado el paciente. Le pregunta si es así. Sumario: entrevista motivacional. Entrevista centrada en el paciente. Dá lugar a que el paciente siga pensando. Quiere conocer la perspectiva del paciente. No siempre es necesario que haya un sumario.

- *Ejemplo de frases típicas de un esfuerzo competente*

Así que, si puedo resumir, piensas que ambas opciones son posibles. Pero crees que la opción A es mejor para ti porque piensas X. ¿Es así?

4 = Esfuerzo ejemplar

El clínico hace **un esfuerzo ejemplar por integrar las preferencias** informadas del paciente mientras se toman o aplazan decisiones.

O bien:

Si el paciente indica cuál es la mejor manera de integrar sus preferencias a medida que se toman las decisiones, el clínico hace **un esfuerzo ejemplar** por hacerlo.

NOTA: añade a la puntuación 3 y de manera explícita y verbal que el profesional quiere asegurarse que ha entendido las prioridades del paciente, le da pie a clarificar más cosas (trata al paciente cómo experto). Insiste en conocer más la opción del paciente. Explicita que el rol del profesional es asegurarse que la decisión se tome, se alinea con las preferencias y valores y que sea la mejor manera de trabajar con el paciente.

- *Ejemplo de esfuerzo ejemplar típico*

Así que, si puedo resumir, crees que ambas opciones son posibilidades. Pero crees que la opción A es mejor para ti porque piensas X. ¿Es así? Quiero asegurarme de que he entendido tus preferencias o prioridades, así que, por favor, avísame si quieres decir algo más al respecto. Mi trabajo consiste en asegurarme de que la elección se basa en las cosas que más te importan y que tienen más posibilidades de funcionar para ti en tu situación.

11.8 Annex 8

Qüestionari als 10 experts per la validació preliminar de la traducció del OPTION⁵

De cada ítem de l'escala (5 ítems), i la manera de puntuar, es va preguntar:

- Se entiende
- No se entiende
- Añadiría modificaciones (añadir cuáles son si esta es la respuesta)

11.9 Annex 9

Full informació pel resident

Títol de l'estudi: Estudi pilot sobre l'aplicació d'un programa docent sobre el model comunicacional de presa de decisions compartida (PDC) a la consulta per a metges residents de medicina familiar i comunitària.

Es tracta d'un estudi d'investigació on es convida a participar-hi de manera totalment voluntària i que en qualsevol moment hi ha la possibilitat de canviar la decisió i revocar el consentiment de participar-hi.

L'objectiu principal de l'estudi és veure si l'aplicació d'un programa formatiu durant la residència de MFiC sobre el model deliberatiu comunicacional de PDC metge – pacient promou un canvi actitudinal i una millora d'habilitats comunicatives.

Degut a que és un estudi pre-post intervenció i amb participació de voluntaris, no hi haurà processos d'aleatorització. Els participants es dividiran en grup control i grup intervenció sense un procés d'aleatorització.

Et sol·licitem que accedeixis a ser videoenregistrat abans i després de la intervenció en una situació de *role play* amb un pacient simulat. Ens trobem a l'estadi 3 de la piràmide educacional de Miller (escenaris simulats, no reals). En cap cas el registre serà utilitzat per a altres finalitats, sense o exprés consentiment. Els vídeo-enregistraments es faran segons localització convenient pel participant, Unitat Docent o el CAP on siguin residents.

Aquesta intervenció comporta l'assistència al curs ja obligatori d'entrevista clínica (consistent en 4 sessions de 4 hores cada una). El primer videoenregistrament serà durant el primer dia del curs, el segon serà unes 6-8 setmanes posteriors al curs. Posteriorment s'oferirà el curs de PDC en els residents del grup control.

Els vídeo-enregistraments seran avaluats a través de qüestionaris per part dels mateixos investigadors de l'estudi. Les dades recollides a les enquestes seran gravades en una base de dades on no constarà cap informació personal que pugui identificar al participant. El codi assignat a cada participant estarà vinculat amb les dades personals en un fitxer apart de la base de dades, i únicament podrà accedir al mateix la investigadora principal.

Els vídeos conjuntament amb la base de dades on s'enregistraran les enquestes seran a una carpeta guardada al servidor de l'ICS a la que únicament podran accedir els investigadors, mitjançant contrasenya. El material serà eliminat màxim 2 anys després de l'enregistrament. També es poden dirigir als investigadors principals en qualsevol moment si desitgen que s'eliminin els registraments.

El número aproximat de participants en l'estudi és de 30 en el grup intervenció i els mateixos en el grup control.

Els possibles beneficis d'aquest estudi són aconseguir un canvi en l'actitud envers el model de PDC i millora en habilitats comunicacionals per tal que s'apliquin en un futur en la pràctica clínica a les consultes d'atenció primària, ja que aquest model ha demostrat aportar beneficis pel pacient, el professional sanitari, la seva relació i fins i tot la optimització de recursos. Sent conscients que aquests beneficis no estan garantits.

La participació en aquest estudi no és exclusiva, volent dir que el participant pot fer un altre estudi a la vegada si s'escau.

Per tal d'assegurar la confidencialitat de les dades dels participants, només hi tindran accés els investigadors principals de l'estudi.

La difusió dels resultats es farà a través de la publicació d'articles i en conferències si són acceptats.

Segons el reglament 2016/679 del Parlament europeu i del Consell del 27 d'abril de 2016 de Protecció de dades i llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, l'accés a la teva informació personal quedarà restringida al metge de l'estudi i als seus col·laboradors, autoritats sanitàries, Comitè Ètic d'Investigació, que estaran sotmesos al deure de secret inherent a la seva professió, quan ho necessitin, per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat de les mateixes d'acord amb la legislació vigent. Es demanarà consentiment per escrit previ als vídeo-enregistraments.

Volem fer constar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de dades, així com el dret de limitar el tractament de les dades que siguin incorrectes, sol·licitar una còpia o que es traslladin a tercers dades que ha facilitat per l'estudi. Per a això s'haurà de dirigir al Centre on s'hagi desenvolupat l'estudi.

Per qualsevol dubte, menció, retirada voluntària de l'estudi o altres qüestions, el participant s'haurà de dirigir a l'equip investigador (Josep M Bosch Fontcuberta o Sara-Anna Davies Daunas o Xavier Mundet Tudurí) a través de la següent adreça electrònica: 1197342@uab.cat.

11.10 Annex 10

Consentiments informats previs a la participació a l'estudi

11.10.1 Consentiment informat per participar al projecte

Títol de l'estudi: Estudi pilot sobre l'aplicació d'un programa docent sobre el model comunicacional de presa de decisions compartides a la consulta per a metges/ses residents/es de medicina familiar i comunitària.

Jo, (nom i cognoms) :

He llegit el full d'informació al participant i/o participant que se m'ha lliurat.

He pogut fer les preguntes sobre l'estudi.

He rebut prou informació sobre l'estudi.

He parlat amb (nom i cognoms de l'investigador).

Comprenc que la meva participació és voluntària.

Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:

- Quan ho desitgi,
- Sense donar explicacions, i
- Sense que això repercuteixi en la relació amb el docent o l'educació que rebi.

De conformitat amb el que estableix el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i el Consell de 27 d'abril de Protecció de Dades (RGPD) i la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades i garantia dels drets digitals , declaro haver estat informat dels meus drets, de la finalitat de recollida de les meves dades i dels destinataris de la informació. Presto lliurement la meva conformitat per participar en aquest estudi.

11.10.2 Consentiment informat per fer el videoenregistrament

Jo, _____

Declaro que el Dr / a _____

M'ha informat dels següents fets:

1. El role play de la consulta simulada será registrada per mitjà de videoenregistre.
2. La finalitat del registre és únicament per la investigació del projecte, en cap cas será utilitzat per a altres finalitats.
3. Els investigadors principals de l'estudi tindran excés als videoenregistraments per tal de poder analitzar-los.
4. El material enregistrat formarà part del fitxer de dades i és de caràcter personal.
5. La identitat i direcció de l'òrgan responsable de la custòdia i tractament d'aquest fitxer és Sara-Anna Davies Daunas
6. Podré posar de manifest en qualsevol moment, davant de l'investigador/a o la voluntat de revocar aquesta autorització, i el videoenregistre será destruït.
7. El registre será destruït en un termini màxim de 2 anys.
8. Evidentment, em puc negar a ser gravat en vídeo i això no afectarà la relació amb el docent.

I per tant, dono la meva autorització a que es registri la consulta mèdica.

Barcelona, a de de 20XX.

11.11 Annex 11

Programa del curs d'Entrevista clínica de la Unitat Docent de MFIC de Barcelona ICS

Aquest és un programa que fa anys (des de l'any 2000) que s'imparteix basat en el Manual de entrevista clínica del Dr. Francesc Borrell i Carrió (10). Actualment consta de 15 hores presencials repartides en 3 dies. I es fan 3 edicions. És un curs que al llarg dels anys ha variat en quant a número d'hores i sessions, mentre s'ha dut a terme la recollida de VE pel present estudi, era un curs de 20h presencials dividit en 4 dies. El contingut no ha variat. Els docents del curs en qüestió són membres del grup comunicació i salut de la CAMFiC i la SEMFyC.

Sessió 1. Model general de la comunicació.

- Característiques de l'entrevistador
- Elements de la Comunicació No Verbal en la relació metge-pacient
- Interferències en la comunicació

Sessió 2. Fase exploratòria de l'entrevista

- Entrevista semiològica i de integració psicosocial
- Entrevista Semiestructurada en la Fase Exploratòria
- L'entrevista centrada en el pacient. L'escolta activa a la consulta

Sessió 3. Fase resolutiva de l'entrevista

- Entrevista Semiestructurada en la Fase Resolutiva
- Informar-Persuadir-Negociar-Motivar

Sessió 4. Situacions específiques

- Entrevistes telefòniques
- Donar males notícies en medicina. Entrevista Familiar.
- Prevenció i abordatge de l'agressivitat

El curs s'imparteix seguint una metodologia anomenada "Motor de quatre temps" que consta de: 1- intruducció del tema. 2- Modelatge. 3- pràctica en grups. 4- Comentaris finals.

11.12 Annex 12

Programa de formació en Presa de Decisions Compartida

La duració del programa és de 4h. Es basa en el model de les 3 converses, de *Glyn Elwyn* (126), del qual ja se n'ha parlat a la introducció. A mode recordatori (Taula 35. Model de les 3 converses) es torna a adjuntar el resum del model. S'utilitza una metodologia mixte: teòrica, dinàmica i experimental.

Conversa d'Equip (<i>Team Talk</i>)	Establir col·laboració Descriure les alternatives Justificar la deliberació Comprovar la reacció del pacient Ajornar el tancament (de la decisió)
Conversa sobre opcions (<i>Option Talk</i>)	Comprovar el coneixement Fer una llista de les opcions Descriure les opcions Explorar els danys i beneficis Proveir al pacient d'EAD Resumir
Conversa sobre la decisió (<i>Decision Talk</i>)	Centrar-se en les preferències Obtenir i integrar les preferències Passar a una decisió o diferir-la (pot requerir més d'una trobada) Oferir revisió
Transició fluïda entre les fases. Sempre present: escolta activa i deliberació	

Taula 35. Model de les 3 converses

Desglossament del programa:

- Breu introducció teòrica sobre què és el model deliberatiu de la PDC (i la seva important relació amb l'EM com hem vist a la Figura 5 a la introducció).
- Tasques en la PDC (sense importància de l'ordre)
- Presentar les **situacions més freqüents en AP** on es pugui aplicar una PDC:
 - Tractament farmacològic per a la hipertensió.
 - Tractament farmacològic per la hipercolesterolèmia.
 - Tractament farmacològic per la depressió.

- Cribratge pel càncer de mama.
 - Cribratge per al càncer de pròstata.
 - Cribratge per al càncer de còlon.
 - Si convé derivar a cirurgia per al tractament amb pròtesi de genoll, de maluc, cirurgia d'esquena, o intervenció de cataractes.
 - Discussions a la fi de la vida i últimes voluntats (introducció de manera breu al model de *Epstein* de **Shared Mind Decisions** (193)).
- Anàlisi preliminar d'un vídeo-enregistrament (VE) amb un cas simulat sobre un pacient amb hipercolesterolèmia i risc cardiovascular elevat (on s'utilitza l'EAD per iniciar o no estatines - fàrmac de primera elecció en el tractament de la dislipèmia amb RCV alt en prevenció primària), per part del professional sanitari (309)).

Preparado exclusivamente para _____

1 ¿Qué se toma en cuenta para calcular mi riesgo de tener un ataque al corazón en los siguientes 10 años?

- Edad
- Sexo
- Años con diabetes
- Fumar
- Hemoglobina A1c
- Presión arterial
- Colesterol
- Proteína en su orina

2 ¿Cuál es mi riesgo de tener un ataque al corazón en los siguientes 10 años?

NO ESTATINAS

80 personas no tienen un ataque al corazón (verde)

20 personas tienen un ataque al corazón (rojo)

El riesgo para 100 personas como usted que **NO** toman estatinas.

SI ESTATINAS

80 personas igual no tienen un ataque al corazón (verde)

5 personas **EVITARON** el ataque al corazón (amarillo)

15 personas igual tienen un ataque al corazón (rojo)

95 personas no recibieron beneficio alguno de tomar estatinas

El riesgo para 100 personas como usted que **SI** toman estatinas.

● tuvo ataque al corazón
● evitó ataque al corazón
● no tuvo ataque al corazón

3 ¿Cuáles son las desventajas de tomar estatinas (pastillas para el colesterol)?

- Las estatinas tienen que usarse todos los días por largo tiempo (quizás para siempre).
- Las estatinas cuestan dinero (que sale de su bolsillo o lo paga su plan o seguro de medicamentos)
- **Efectos adversos comunes:** náusea, diarrea, estreñimiento (casi todos los pacientes toleran estas molestias)
- **Dolor y rigidez muscular:** 5 de cada 100 pacientes (algunos tienen que dejar de tomar las estatinas por esta molestia)
- **Los exámenes de sangre sobre el hígado salen altos (sin dolor, sin daño permanente al hígado):** 2 de cada 100 pacientes (algunos pacientes tienen que dejar de tomar las estatinas por este problema)
- **Daño muscular y daño al riñón:** 1 de cada 20,000 pacientes (deben de dejar de tomar estatinas)

4 ¿Qué quiere hacer ahora?

☐ ¿Tomar (o dejar de tomar) estatinas?

☐ ¿No tomar (o dejar de tomar) estatinas?

☐ ¿Decidir en otro momento?

Framingham riesgo elevado equivale a riesgo elevado con Regicor – entre 10-15%.

ELEVADO (15-30%) | Adaptado para su uso en Mount Sinai por investigadores de Mount Sinai en colaboración con investigadores del KER UNIT de la Clínica Mayo, 2007.

Figura 29. Eina d'ajuda a la decisió sobre inici d'estatines. Extret del programa de decisions compartida de la Mayo Clinic al 2018

- **Barreres** percebudes pel professional i pel pacient per a implementar la PDC a la consulta. Pinzellada de l'existència també de barreres institucionals.
- **EAD** i presentació de diverses webs online (on es poden trobar les EAD, per ús previ, durant o després de la consulta)
 - o Es comparteix informació sobre les *Option Grids*, que són EAD breus, d'administració ràpida, que en aquests moments la gran majoria són d'accés restringit (314).
- S'entreguen casos clínics (elaborats pels investigadors) amb les seves EAD corresponents, perquè els residents practiquin amb grups de 3-4 els casos de manera simulada (amb *role-play*), i puguin posar en pràctica els coneixements i habilitats comunicatives que s'han impartit durant la sessió.
- Es fa una pinzellada, de manera breu, de les diferents escales de mesura de les que es disposa en el moment, per avaluar l'aplicació de la PDC durant una trobada clínica, per part del pacient, del professional o d'ambdós.

11.13 Annex 13

Casos i Eines d'ajuda a la decisió pel programa de formació en Presa de Decisions Compartida (intervenció)

11.13.1 Cas 1. Depressió

En Guillem és una persona de 54 anys, que viu sol i treballa d'administratiu en una empresa mitjana d'alimentació. Té un estil de vida sedentari, i el seu *hobby* principal és jugar al dòmino amb els seus amics del bar. Té un consum d'alcohol de risc, sense mostrar símptomes de dependència. És fumador d'un paquet de cigarrets al dia.

Segueix tractament amb Bisoprolol 5 mg/dia per hipertensió arterial diastòlica. La història clínica descriu antecedents d'intolerància als IECA, ARA II i diürètics.

Té antecedents d'episodis depressius recurrents, amb bona resposta al tractament amb antidepressius tricíclics o ISRS. Tanmateix, la presència d'efectes secundaris, com la disminució de la libido i la disfunció erètil fan que sovint deixi el tractament poques setmanes després de la millora clínica.

Hi ha antecedents de depressió major recurrent en la seva mare i l'àvia materna.

Des de fa uns dos mesos presenta clínica d'un nou episodi depressiu moderat (amb una puntuació de 16 a l'Escala de Hamilton per a la Depressió), situació que li comporta un menor rendiment laboral, cert insomni de manteniment, estat d'ànim trist (sense ideació suïcida), menor desig de sortir amb els amics a fer unes partides de dòmino, i una major dificultat per realitzar activitats en general.

Va ser visitat pel seu metge fa una setmana, on es van comentar diverses opcions de tractament i se li va oferir una eina d'ajuda a la decisió. En la visita actual es treballaran les diferents opcions farmacològiques.

L'objectiu del *Role Play* és aplicar els elements de l'entrevista clínica per a la presa de decisions compartida (PDC). Es recomana treballar amb habilitats de l'entrevista centrada en el pacient, d'entrevista motivacional i amb una eina d'ajuda per a la decisió sobre les diferents opcions de tractament de la depressió moderada, intentant avaluar i centrar-se en les preferències del pacient.

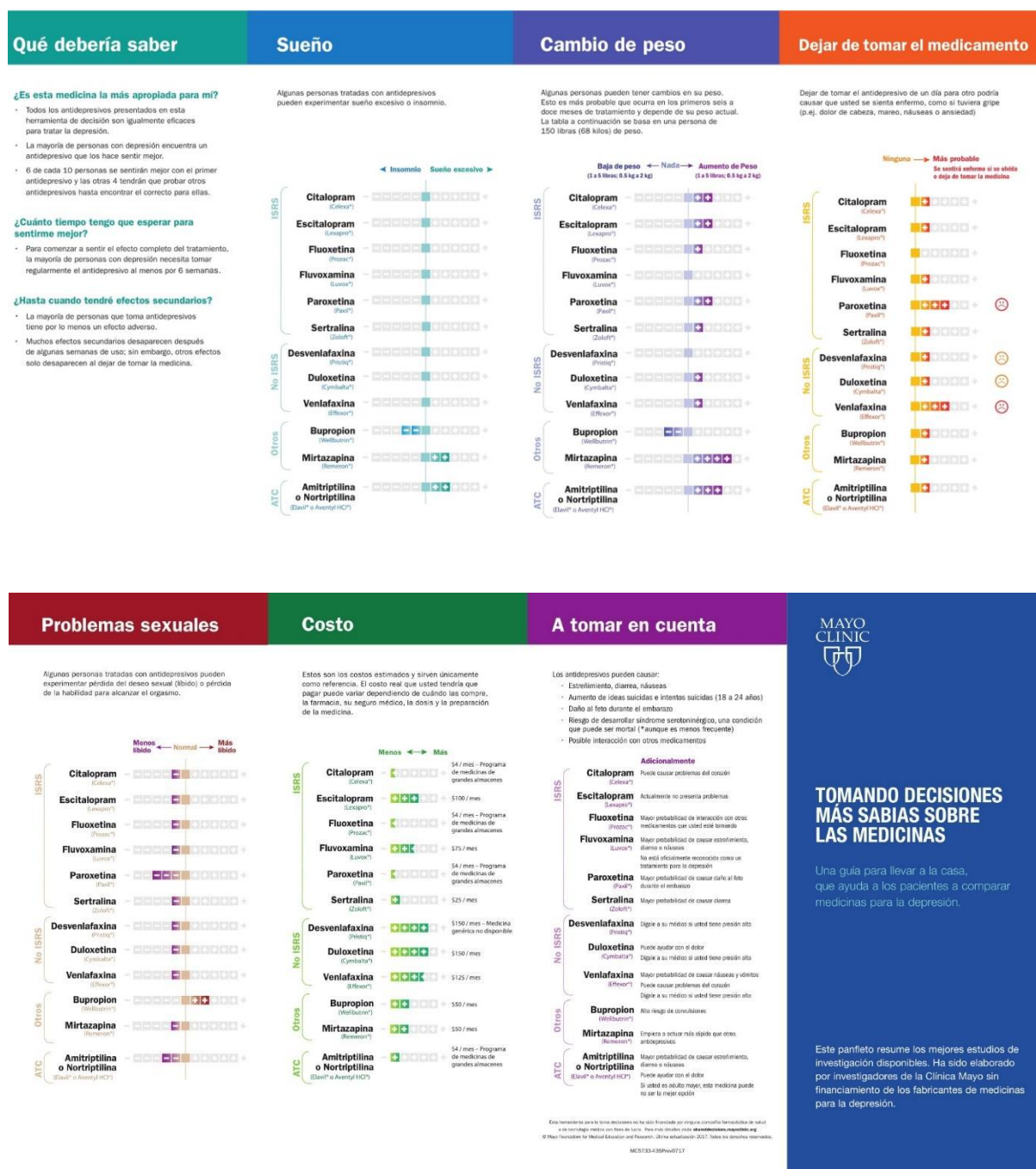


Figura 30. EAD sobre els diferents tractaments farmacològics per a la Depressió. Extret de www.carethatfits.org

11.13.2 Cas 2. Diabetis Mellitus tipus 2

La Georgina és una pacient de mitjana edat (46 anys), afectada de DM2 amb una evolució de 4 anys i mal control metabòlic (HbA1C de 9,2%), obesitat amb un IMC de 31, HTA moderada amb xifres de 156/98 mmHg, sedentarisme, i fumador/a de 10 cigarrets al dia.

És una persona que treballa d'administrativa, agafa el cotxe per anar a la feina, no fa exercici físic ni li agrada gaire caminar. És de bon menjar i li agrada celebrar les trobades socials al voltant d'una taula o sortint a fer algunes tapes i cerveses els caps de setmana amb els seus amics. Viu en parella i té dos fills adolescents, sense cap tipus de conflictivitat significativa.

Està en tractament amb mesures higiènic-dietètiques que coneix des del diagnòstic, i amb pauta de Metformina 850 mg / 12 h, Glimepirida 4 mg / dia, Lisinopril 20 mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg / dia.

Mostra dificultats per fer canvis d'hàbits pel que fa a l'alimentació i l'activitat física. Segueix força bé la pauta de tractament farmacològic, tot i que algun dia pot oblidar-se de prendre alguna pastilla. Davant la necessitat de fer canvis per millorar el control de la diabetis, una de les opcions és incorporar un nou fàrmac antidiabètic a la pauta actual.

L'objectiu del Role Play és aplicar els elements de l'entrevista clínica per a la presa de decisions conjunta. Es recomana treballar amb habilitats de l'entrevista centrada en el pacient, d'entrevista motivacional i amb una eina d'ajuda per a la decisió sobre les diferents opcions de tractament farmacològic de la diabetis mellitus tipus 2, intentant avaluar i centrar-se en les preferències del pacient.

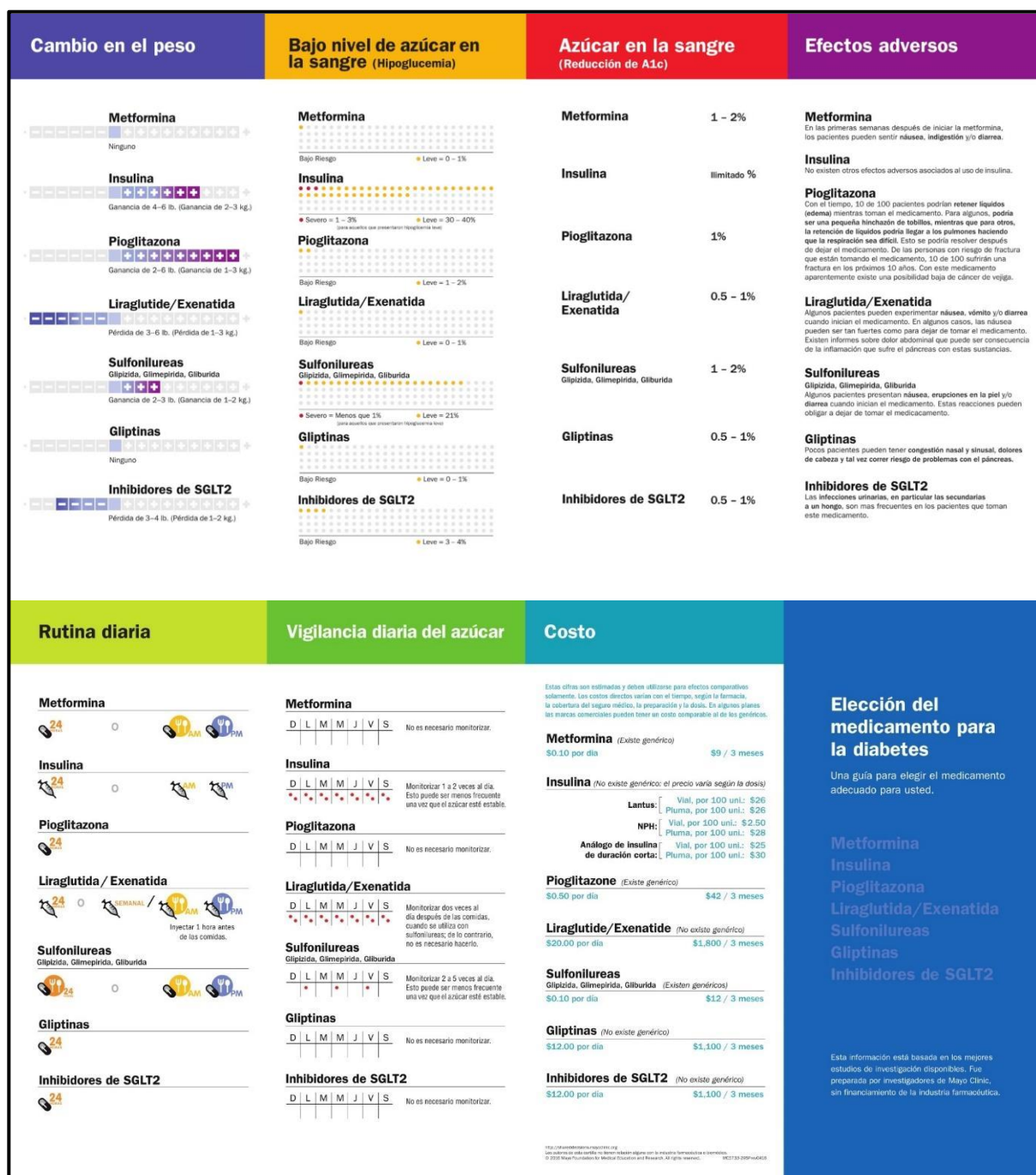


Figura 31. EAD por medicamentos a la diabetes. Extret de www.carethatfits.org

11.13.3 Cas 3. Fibril·lació auricular no valvular

En Joan / la Joana és un/a pacient de 78 anys, autònom/a per realitzar les activitats instrumentals de la vida diària. Viu sol/a. Ha estat diagnosticat/da recentment d'una ACxFA, sent la causa més probable una HTA de llarga evolució (no prou controlada), i la presència d'obesitat. No es va poder revertir durant l'ingrés hospitalari.

També presenta DM2 i MPOC lleu (per antecedents de tabaquisme de 30 paquets/any). A més, pateix clínica de claudicació intermitent bilateral als 200 metres.

És una persona ben informada sobre els seus problemes de salut, que mostra sempre molt d'interès per conèixer el tractament farmacològic que pren o que s'hagi d'instaurar. Segueix una pauta amb Metformina 850 mg / 12 h, Amlodipí 10 mg / dia (és intolerant als IECA i ARA II per tos marcada), Bromur d'ipratropi en inhalació cada 8 hores, i Sintrom® segons pauta des del diagnòstic de la ACxFA. Té un risc CHAD-VASC > 3, el qual recomana mantenir tractament anticoagulant.

El/la pacient expressa dubtes sobre quin tractament seguir per a la seva arritmia, i vol mantenir una entrevista amb el seu metge per poder deliberar i analitzar els pros i contres de cada opció abans de prendre una decisió concreta.

Les seves preferències s'inclinen clarament cap a no prendre més fàrmacs, potser considerar la possibilitat d'un antiagregant plaquetari. Refereix no sentir-se amb disposició de seguir tractament amb acenocumarol pel risc de sagnat (recorda amb molta por i angoixa haver patit un episodi de rectorràgia per hemorroides internes fa dos anys), així com pel fet d'haver de seguir controls mensuals de l'INR, i per les múltiples interaccions farmacològiques que presenta aquest fàrmac.

L'objectiu del Role Play és aplicar els elements de l'entrevista clínica per a la PDC. Es recomana treballar amb habilitats de l'ECP, l'EM i una EAD per a la decisió sobre les diferents opcions de tractament farmacològic de la FANV, intentant avaluar i centrar-se en les preferències del pacient.

Preguntes	No prendre res	Acenocumarol/Warfarina	Nous anticoagulants (apixaban, dabigatran o rivaroxaban)
1. Què implica aquesta opció?	No tractament anticoagulant.	Es prendrà una o més pastilles al dia, normalment per la nit. La dosi s'ajustarà depenent dels resultats d'una analítica de sang i se li entregaran els resultats per escrit És un tractament a llarg termini.	Apixaban i Dabigatran: 1 comprimit 2 vegades al dia Rivaroxaban 1 comprimit al dia. Sempre és la mateixa dosi. És un tractament a llarg termini.
2. Es redueix el risc d'embòlia?	El risc de patir embòlia dependrà del seu CHA2-DS2-VASC. Però aprox, 50 de cada 1000 persones patiran una embòlia.	Redueix el risc d'embòlia en 17 de cada 1000 persones.	També redueix el risc d'embòlia. Inclús poden ser Fins i tot poden ser lleugerament més efectius de la warfarina. El tractament amb dabigatran redueix el risc d'embòlia en 11 de cada 1000 persones
3. Quin és el risc de sagnat important?	Dependrà del risc del resultat del test HAS-BLEED score.	Aprox. 36/1000 persones tindran un sagnat important.	Potser que hi hagi un risc mínimament inferior de sagnat greu. 30/1000 persones tractades amb Dabigatran tindran un sagnat important.
4. Es poden revertir els efectes de la medicació si tinc un sagnat?		Tractament amb vitamina K	Idarucizumab (medicació) serveix per a revertir els efectes del Dabigatran. Els efectes de l'apixaban i rivaroxaban no es poden revertir, però aquestes medicacions es queden menys temps en el cos i per tant el sagnat es resol ràpid.

5. Necessito fer-me anàlisi de sang?		Sí. Durant les primeres setmanes o mesos, es necessitaran anàlisi de sang freqüents. Després requerirà control cada 1-2 mesos. Segons la persona es requeriran controls més o menys sovint.	Sí. Necessitarà una analítica prèvia al tractament per a veure la seva funció hepàtica i renal. Després, una vegada a l'any.
6. Haig de vigilar quan prengui altres medicaments o amb l'alimentació?		S'afecta amb alguns aliments (sobretot els rics en Vitamina K), l'acohol i una llista llarga de medicaments, inclús d'herbolari.	Aquestes medicacions estan molt menys afectades pels aliments i l'alcohol, interaccionen molt menys amb altres medicaments.
7. Quanta informació existeix sobre la medicació?		S'ha fet servir durant anys i es coneixen molt els seus beneficis i els efectes secundaris.	Existeix menys experiència d'ús, per tant es coneixen menys els seus beneficis i efectes secundaris.

Taula 36. EAD per decidir si iniciar o no l'anticoagulació en pacients amb FANV, i en cas afirmatiu, quin tipus. Extret de <https://decisionaid.ohri.ca/> i traduït al català

11.13.4 Cas 4. Hiperplàsia/hipertròfia benigne de pròstata

En Miquel és un pacient de 82 anys, ABVD i AIVD. Viu amb la seva esposa, de 81 anys, afectada per un trastorn cognitiu lleu des de fa tres anys. No tenen fills, però mantenen una bona relació amb una neboda que viu a prop.

En Miquel no presenta antecedents patològics destacables, excepte una HBP amb simptomatologia severa (amb una puntuació de 21 a l'Escala Internacional de Síntomes Prostàtics - IPSS). Mostra una simptomatologia marcada d'urgència miccional i episodis d'incontinència urinària associada. Precisa portar bolquers per poder sortir al carrer.

L'ecografia renovesicoprostàtica mostra una bufeta de lluita, signes dubtosos d'uropatia obstructiva, i una pròstata de configuració homogènia amb un volum de 98 cc. Persisteix la simptomatologia prostàtica malgrat seguir una pauta amb Tamsulosina i Finasterida durant els darrers 4 mesos. En principi, seria un pacient candidat a tractament quirúrgic.

El pacient es mostra molt reticent, d'entrada, a prendre cap tipus de medicació (comenta sovint que les medicines "et curen una cosa i t'espatllen dues") i, encara menys, a la possibilitat d'operar-se ("molts queden pitjor després de les operacions de pròstata, fins i tot alguns deixen de ser homes"). De moment es conforma amb els bolquers, tot i que reconeix que la incontinència urinària és cada vegada més acusada i li impedeix tenir un descans nocturn de qualitat.

A les darreres analítiques s'ha detectat un lleu deteriorament de la funció renal, amb un FG de 35 ml/min, atribuïble clarament a un component d'uropatia obstructiva.

L'objectiu del *Role Play* és aplicar els elements de l'entrevista clínica per a la presa de decisions compartida. Es recomana treballar amb habilitats de l'entrevista centrada en el pacient, d'entrevista motivacional i amb una eina d'ajuda per a la decisió sobre les diferents opcions de tractament de la Hipertròfia Prostàtica, intentant avaluar i centrar-se en les preferències del pacient.

Opcions	Què implica?	Quins són els beneficis?	Quins són els riscos i efectes secundaris?
Espera vigilant	Visites regulars de seguiment Ha d'utilitzar tècniques especials per anar al lavabo S'ha d'assegurar que no disminueix la ingesta de líquids	4/10 homes troben que milloren els seus símptomes sense tractament Evita els efectes secundaris de la medicació	Potser que segueixi tenint símptomes 6/10 homes necessiten medicació o cirurgia per a millorar. Si la seva pròstata és gran, augmenta el risc de retenció urinària
Medicació	Prendre una medicació cada dia, segurament per tota la vida Visites regulars de seguiment És possible que necessiti seguir tècniques especials per anar al lavabo, com aprendre a relaxar-se i orinar, buidant dues vegades	Prendre medicació ajuda a la majoria dels homes Pot reduir el risc de retenció urinària i futura cirurgia La combinació de medicació pot ser encara més beneficiosa	A continuació es presenta una taula que compara les dues medicacions de les que es disposa. Si es deixa de prendre la medicació, el més probable és que els símptomes tornin a aparèixer.
Cirurgia	Quedar-se a l'hospital 1-2 dies Està adormit o sedat durant la cirurgia Ha d'evitar exercici excessiu o sexe	Acostuma a ajudar a millorar els símptomes. Com més greus siguin aquests, el més probable és que noti una milloria. Per tan és important compartir la molèstia que causen els símptomes. Amb cirurgia RTUP, 70/100 homes milloren els seus símptomes.	2% RTUP necessitaran transfusió sanguínia durant la cirurgia. 1% RTUP patiran el síndrome RTU (disminució del sodi) 5% patiran una RAO 4% patiran una ITU - Efectes secundaris de la cirurgia: Ejaculació retrògrada Problemes d'erecció Incontinència Mort 1/1000 homes

Taula 37. EAD per decidir quin tipus de tractament seguir en homes amb Hiperplàsia Benigna de Pròstata (HBP)

Què fer durant l'espera vigilant?

Canvis en l'estil de vida per controlar els seus símptomes:

- No intenti forçar la micció. Intenti relaxar-se quan estigui al bany.
- Practiqui el doble buidatge. Orini el màxim que pugui, relaxi's i torni a intentar orinar.
- No eviti beure molts líquids per intentar anar menys al bany. Begui líquids durant el dia. Limiti'n el consum a la nit abans d'anar a dormir si s'ha de llevar sovint per orinar.
- Eviti la cafeïna i l'alcohol. Fan que el cos vulgui eliminar més aigua i poden provocar una major necessitat d'orinar.
- Si pot, eviti medicaments que empitjorin els símptomes, com els antihistamínics sense recepta, descongestionants (incloent esprais nasals) i pastilles per a l'al·lèrgia. Parli primer amb el seu metge.

Comparació dels **medicaments**:

Medicaments	Característiques principals	Efectes secundaris
Inhibidors de la 5 alfa reductasa	Pot ajudar a reduir la mida de la pròstata en alguns homes Potser no són tan eficaços reduint els símptomes com ho són els bloquejadors alfa La majoria d'homes noten una millora dels símptomes Els símptomes milloren en uns 6 mesos Pot ajudar a reduir el risc de necessitar un sondatge o una cirurgia per una RAO	Reducció de la libido (desig sexual) Menor quantitat de semen durant l'ejaculació Problemes per aconseguir una ejaculació
Bloquejadors alfa	Relaxen el múscul llis No afecta la mida de la pròstata Pot funcionar millor que els inhibidors de la 5-α -reductasa en la millora dels símptomes La majoria d'homes noten una millora dels símptomes Els símptomes milloren en 2-3 setmanes Per a alguns pacients, també ajuda a reduir la pressió arterial alta	Debilitat o fatiga Sensació de confusió, mareig o desmai en aixecar-se Una lleu disminució de la pressió arterial Mal de cap i congestió nasal

Taula 38. EAD per decidir entre dues opcions de tractament farmacològic en homes amb HBP

Alguns homes proven suplementes dietètics per a la HPB —també coneguda com a **fitoteràpia**—, com extractes de plantes com el saw palmetto o el beta-sitosterol.

Tanmateix, els estudis científics no mostren que el saw palmetto ajudi amb els problemes urinaris ni que el beta-sitosterol sigui segur o eficaç a llarg termini.

Cirurgia per a la HBP

Hi ha molts tipus de cirurgia, però la més habitual és la resecció transuretral de la pròstata (RTUP).

En aquest procediment, s'insereix una petita eina a través de la uretra per retirar la part del teixit prostàtic que bloqueja el flux d'orina.

Altres cirurgies inclouen:

- Vaporització amb plasma (procediment del "botó"), que elimina el teixit prostàtic.
- Teràpies amb làser, que extirpen una part de la pròstata.
- Incisió transuretral de la pròstata (ITUP): durant aquest procediment es fan incisions a la pròstata per reduir la pressió sobre la uretra.

Cirurgies menys invasives

- Poden ser una opció per a alguns homes amb HPB.
- No sembla que tinguin els efectes secundaris habituals d'altres cirurgies, com problemes d'erecció. Aquestes inclouen:
 - Lift de la uretra prostàtica (com el sistema Urolift): s'insereix un dispositiu que comprimeix el teixit prostàtic i millora el flux urinari.
 - Radiofreqüència convectiva (RF) i teràpia tèrmica amb vapor d'aigua (p. ex. Rezum): s'utilitza vapor d'aigua calenta per destruir el teixit prostàtic i millorar el flux urinari.

Hi ha més opcions quirúrgiques disponibles, que cal valorar amb l'uròleg, el metge especialista en problemes del sistema reproductor masculí i el sistema urinari.

Tota la EAD sobre HBP està extreta de <https://decisionaid.ohri.ca/>. Traduïda al català i modificació del format de presentació.

11.13.5 Cas 5. Síndrome del túnel carpià

La Maria és una pacient amb STC d'evolució de 20 mesos, amb afectació sensitiva bilateral que sovint la desperta a la nit a causa del dolor i les parestèsies. El seu treball, com a dependenta en un supermercat, implica una activitat manual intensa, fet que empitjora els símptomes.

Ha estat tractada amb una fèrula de descàrrega en posició neutra, amb una millora escassa. Se li va realitzar un estudi amb EMG que mostra afectació sensitiva bilateral moderada i una incipient afectació motora a la mà dreta.

La Maria té por de ser intervinguda quirúrgicament i vol mantenir, en la mesura del possible, tractaments conservadors. Ha sentit a parlar d'exercicis de fisioteràpia i infiltracions amb corticoides, i vol valorar els pros i els contres de les diferents opcions de tractament. Actualment, la seva preferència és clarament conservadora, malgrat que hi ha criteris que indicarien tractament quirúrgic.

Objectiu del *Role Play*:

Aplicar els elements de l'entrevista clínica per a la PDC.

Es recomana utilitzar habilitats de l'ECP, EM, i una EAD sobre les diferents opcions de tractament del STC, centrant-se especialment en les preferències de la pacient.

Introducció EAD sobre Síndrome del Túnel Carpià (pressió sobre el nervi medià del canell)
Opcions de maneig. Ajuda a la decisió breu.

Hi ha cinc opcions per al tractament del **STC**:

- **Espera vigilant** – observar com evoluciona la situació sense cap tractament actiu.
- **Fisioteràpia** – pot incloure assessorament sobre la postura i treball sobre els teixits tous o el nervi.
- **Immobilització** – ús d'una fèrula al canell per reduir la pressió sobre el nervi.
- **Infiltració** – d'esteroides (cortisona) al canell per reduir la inflamació al voltant del nervi.
- **Cirurgia** – descompressió (eliminació de la pressió) del túnel carpià. Aquesta és una operació que es fa a l'hospital amb anestèsia local (injecció). En determinades situacions, com ara símptomes que empitjoren ràpidament, signes de pèrdua de massa muscular / debilitat, o quan hi ha impotència funcional a la mà, és probable que el metge recomani aquesta opció.

A l'hora de prendre una decisió, cal preguntar-se – **Què és important per a mi?** Aquest fulletó i el vostre professional de la salut us poden informar sobre l'evidència i donar-vos les seves recomanacions, però cal prendre una decisió que sigui adequada per a tu.

Quines són les teves preferències?

És important pensar en:

- Vull un alleujament ràpid però que potser no duri, o un alleujament més gradual que pot durar més temps?
- Què en penso de la infiltració, que em punxin?
- Estic preparat per utilitzar una fèrula cada nit, i/o durant el dia?
- Puc trobar temps per fer fisioteràpia i anar fent els exercicis?
- El problema és prou greu com per voler passar per una operació?

Opcions	Avantatges	Inconvenients
Espera vigilant	Els símptomes milloraran en 6 mesos en 25 de cada 100 persones. És més probable en joves (20-29 anys), dones o embarassades. No té efectes secundaris ni requereix tractament a l'hospital. Es pot escollir una altra opció en qualsevol moment.	El 75% encara tindran símptomes després de 6 mesos. Potser ja té un impacte en la qualitat de vida.
Fisioteràpia	Pot ajudar si els símptomes tendeixen a ocórrer durant certes activitats i si un fisioterapeuta descobreix que hi ha una compressió muscular o nerviosa.	Pot implicar diverses sessions amb un fisioterapeuta. Hi ha evidència limitada sobre els resultats de la fisioteràpia en assaigs clínics.
Immobilització	Els símptomes milloren en 50 de cada 100 persones en els 3 primers mesos. És especialment bo per als símptomes nocturns. Alguns metges poden prescriure aquest tractament immediatament. Pot mantenir-se sense símptomes durant 3 mesos o més.	Entre 30 i 50 de cada 100 persones no notaran molta diferència en els seus símptomes. Pot ser utilitzat durant el dia, tot i que algunes persones poden trobar-ho molest o restrictiu. A vegades només es pot obtenir la fèrula d'un departament de fisioteràpia o potser cal comprar-la.
Infiltració	75 de cada 100 persones noten alleujament després d'1-2 setmanes de la infiltració. És possible evitar la cirurgia. La infiltració es pot repetir després d'un o dos mesos si és necessari. Particularment útil si els símptomes han ocorregut durant l'embaràs o si s'ha tingut hipotiroïdisme (nivell baix de tiroxina).	25 de cada 100 persones no notaran millora després de la infiltració. Menys útil si els símptomes són molt severos, si és diabètic, o si els símptomes han estat presents durant més d'un any. Hi ha un risc molt petit de dany al nervi mitjà - això podria passar en una de cada 1.000 infiltracions i pot donar lloc a dolor o entumiment permanent.

Cirurgia – descompressió del nervi	80-90 de cada 100 persones estan satisfetes amb l'operació un any després. Es realitza amb anestèsia local, per la qual cosa té molt poc risc d'efectes secundaris. Taxa de recurrència molt baixa. Pot prevenir una lesió permanent del nervi.	10-20% no estan satisfetes amb l'operació un any després, i un 8% estan en pitjor situació als dos anys. No es recomana aixecar objectes pesats fins a dues setmanes després de l'operació, i fins a 6 setmanes carregar-los després de la cirurgia. Hi ha un petit risc de lesió del nervi o estructures circumdants (1 de cada 100 persones). Queda una petita cicatriu (3-5 cm) a la part interior del canell i hi ha una petita possibilitat que es converteixi en una zona sensible, dolorosa o que guanyi gruix.
---	---	--

Taula 39. EAD per decidir entre diferents opcions de tractament en el Síndrome del Túnel Carpià.

Extret de <https://decisionaid.ohri.ca/> i traduït al català