

Escala CICAA-Decision
Evaluación del proceso de información y toma de decisiones
Manual de utilización

Autores:

Ruiz Moral R (Córdoba)
Peralta Munguia L (Cantabria)
Pérula de Torres LA (Córdoba)
Olloqui Mundet J (Logroño)
Carrión T (Málaga)
Sobrino López A (Santander)
Losilla M (Santander)
Martínez M (Jaen)



**Grupo Comunicación y Salud de la Sociedad Española de Medicina de
Familia y Comunitaria**

Indice

Introducción.....	3
Definición de los Componentes e ítems.....	6
Escalas.....	30
Bibliografía.....	32

Escala CICAA-Decision
Evaluación del proceso de información y toma de decisiones
Manual de utilización

Introducción

La Escala CICAA-Decision es una subescala para la valoración del grado en el que un profesional facilita el involucramiento de los pacientes en la toma de decisiones en un encuentro clínico. El modelo de entrevista en el que se basa es, por una parte, el modelo CICAA que es un tipo de modelo centrado en el paciente y por otra en un modelo de toma de decisiones que tiene sus fundamentos en diferentes fuentes. Por una parte se basa principalmente en los principios y competencias que fueron originalmente descritos por Charles et al 97 y 99 y después modificados por Towle y por Elwyn G 00 et al para definir la toma de decisiones compartida. El modelo posteriormente ha sido adaptado por Ruiz Moral () ampliando el concepto original en base a las opiniones de profesionales españoles recogidas en grupos focales (Ruiz-Moral et al) y a nuevas propuestas que amplían el concepto de participación (Entwistle & Ward) (Wirtz et al). De esta forma, el marco de competencias genéricas incluirían los siguientes pasos: exploración de las ideas, preocupaciones y expectativas de los pacientes en relación al problema, el tratamiento y el proceso de toma de decisiones, definición (y acuerdo) sobre el problema, exposición y explicación de la opción u opciones legítimas incluyendo información sobre ellas y toma de una decisión.

Nuestro modelo enfatiza la cuestión de la participación del paciente en la valoración no tanto de la exposición y discusión entre médico y paciente de un menú de posibles preferencias de tratamiento que están en equilibrio, sino en la de los esfuerzos que realiza el profesional para crear un ambiente adecuado y conocer las ideas y los valores de los pacientes sobre el problema y la opción propuesta. A la hora de valorar si existe o no participación del paciente en la TD esto supone, el contemplar de manera prioritaria los aspectos comunicativos generales del proceso de participación: el modo y la extensión en la que el médico favorece la deliberación y la discusión para conocer los valores,

preferencias y creencias sobre la decisión final a tomar y el propio deseo de participar del paciente [Guadagnoli, 1998 #766][Kemp White, 2003 #778]. En el terreno de las toma de decisiones, sería esto más que la exposición abierta de las posibles opciones de tratamiento lo que nos permitiría aproximarnos al grado de participación que el profesional puede estar promoviendo en su paciente. Por decirlo de otra manera, cualquier exposición y discusión exhaustiva de posibilidades sobre tratamientos o priorización de agendas para una consulta, debería realizarse en el marco de un despliegue adecuado de esas habilidades comunicativas por parte del médico que orientan a este sobre la medida en que estas alternativas deben ser expuestas y discutidas [Guadagnoli, 1998 #766][McGuire, 2005 #677]. El hecho de que muchos pacientes tengan la sensación de haber sido involucrados en las decisiones como consecuencia simplemente de haber comprendido y aceptado las explicaciones que sus médicos les daban sobre un curso de acción concreto sin que creyesen que influían en un conjunto de opciones [Beaver, 2005 #779][Entwistle, 2006 #780] puede estar influenciado por el desarrollo de estas conductas por parte del médico destacando lo apropiado de contemplar su posible influencia en la sensación que tienen estos pacientes de considerarse involucrados.

El concepto de "equilibrio" entre opciones es difícil de definir y puede ser compleja su valoración objetiva ante la gran cantidad de situaciones clínicas que se plantean en una consulta de medicina general, la simple exposición de diferentes opciones por parte del profesional hace que consideremos a estas como en equilibrio al igual que cualquier opción aportada por el paciente y aceptada por el médico como tal.

Para ello la propuesta de escala CICAA-Decision se estructura en una serie de items que tratan de valorar (mediante un observador externo y en una escala de tres dimensiones) el grado en que ciertas conductas son puestas en práctica por el profesional sanitario con el objeto de evaluar en que medida este intenta hacer partícipe al paciente de la consulta y de la toma de decisiones que se lleva a cabo en ella.

Con este fin la propuesta de escala consta de 17 ítems de los que los dos primeros corresponden a la tarea 2ª de la escala CICAA original y los ítems del 3º al 13º son todos los de las tareas 3ª y 4ª de la escala original excepto dos de ellos (el 4º y el 13º). La incorporación de estos ítem más generales tiene por objeto valorar en que medida el profesional explora aspectos que son fundamentales para que un proceso de toma de decisiones pueda catalogarse de participativo, como son la exploración de las ideas, expectativas y temores que los pacientes tienen tanto sobre su problema de salud por el que consultan como sobre el tratamiento propuesto, así como la manera en la que el profesional realiza la información general al paciente, algo considerado (por los propios médicos –Ruiz-Moral et al) fundamental para que este pueda después implicarse en la eventual toma de decisiones o la valoración de cómo afrontar eventuales discrepancias con el paciente no necesariamente relacionadas con las opciones. Ya que a los ítems del 3er componente (Decisiones con Opciones, cuando hay planteadas más de una opción) sólo se llega en el caso en el que el ítem 8 (ítem llave) sea claramente positivo, es decir se detecte que el profesional ha ofrecido o favorecido la aparición (el paciente lo ha podido aportar también) de al menos dos opciones diferentes (lo que suele conllevar marcar un 2 en este ítem). Una invitación del médico al paciente a participar en la toma de decisiones sobre una oferta restringida de actuación (una sola opción), puede ser considerado como una oferta para participar en la deliberación sobre la oferta concreta y si no aparecen a lo largo de esta deliberación al menos otra posible opción, considerada también como válida por el profesional, no permitiría pasar al 3er componente de la escala.

Para completarla es preciso observar el desarrollo de la consulta en toda su extensión ya que el involucramiento en la toma de decisiones puede hacerse a cualquier nivel de decisión: diagnóstica: *"creo que lo que tienes puede tratarse de un estado de ánimo bajo mas que de una anemia, por esto no creo conveniente hacerte ahora ningún análisis, ¿Cómo ves tu esto?"* o *"existen dos posibilidades sobre lo que le puede estar sucediendo y lo que podríamos hacer para averiguarlo sería, por una parte..., pero también podemos..."* o bien sobre aspectos terapéuticos.

Definición de los Componentes e ítems

A) Componente 1º: Identificar y comprender los problemas (ítems 1 y 2) (ítems 13 y 15 de la escala CICAA modificados)

Item 1.- ¿En que medida el profesional ha explorado las emociones y/o sentimientos que el síntoma, proceso o propuesta de tratamiento ha provocado al paciente?

Lo que el evaluador debe de valorar es no solo el que salga lo planteado en el ítem sino especialmente el esfuerzo que percibe en el profesional por indagar activamente los aspectos planteados en el mismo lo cual suele ser un grado más que el hecho de conocerlo (que como decimos puede ser por exposición espontánea del paciente). Ej.: P: *"Estoy preocupado por estas molestias que tengo"*. Y el médico asiente y pasa a otra cosa; o bien: P: *"Estoy preocupado por estas molestias que tengo, a ver si va a ser algo malo"*. M: *"¿Y eso?"* P: *"Pues eso que ya llevo un tiempo y yo nunca había tenido nada así y con todas las cosas que oye uno"*. M: *"O sea que le preocupa que pueda tener algo malo ¿no?"* P: *"bueno, un poco si"*. El evaluador puede notar la diferencia entre ambas intervenciones. Con respecto a una propuesta de tratamiento, P: *"tómese estas pastillas que le van a ir bien ya verá"* P: *(mirándolas)...pastillas dice"*, M: *si, tómeselas le irán bien*; o bien: P: *"tómese estas pastillas que le van a ir bien ya verá"* P: *(mirándolas)...pastillas dice"*, M: *Uhhh no parece muy convencido...(mirándolo) P: bueno, no me sentarán mal al estómago ¿no?"*, M: *no estas pastillas son bastante seguras Antonio, creo que no debe de preocuparse por eso y tampoco van a anular a las otras, además será solo una semana ¿de acuerdo?, P. Muy bien.*

Las consultas pueden tener más de un problema. Generalmente sin embargo , suele haber uno que es el principal y es fácilmente reconocible, en este caso aconsejamos que este ítem recoja como se trata el problema principal, sin embargo el evaluador debe de tener también en cuenta como aborda las otras quejas o problemas.

Se pueden explorar las preocupaciones respecto al problema de salud y no respecto al tratamiento y viceversa o ambas. El observador debe evaluar en su conjunto en función de la intensidad y adecuación al contexto con la que el

profesional lleva esto a cabo; En un determinado caso una adecuada exploración de las preocupaciones sobre el problema puede hacer que el profesional considere que no es preciso realizarla sobre el tratamiento o al revés.

Este ítem busca valorar el impacto emocional del síntoma, proceso o del tratamiento propuesto que saca el paciente en la consulta (lo que lo diferencia del ítem 16). Buscar esta relación. Una emoción es una alteración del estado de ánimo pasajero e interno acompañada de conmoción somática. Un sentimiento es un estado afectivo del ánimo producido por causas que lo impresionan vivamente. Se valoran pues las emociones (del tipo de miedo, **preocupación**, tristeza...) que el síntoma o proceso le ha provocado, tanto si las expresa verbalmente como en lenguaje no verbal. Pero también otras como frustración, desamparo, etc. Pero también la preocupación que le pueda generar el tratamiento que le proponga el médico.

Puede No Proceder si no existe sintomatología que explorar (análisis, cons.administrativa,..). **Un 0: no lo indaga en absoluto, 1: Surgen casi espontáneamente de una actitud de escucha con silencio prolongado o facilitaciones no verbales (duda entre 1 y 2), 2: Facilitaciones verbales y una búsqueda activa del significado.**

Punto de máxima atención: Al final de la fase exploratoria o al final de la exploración del síntoma guía principal para el paciente, bien por propia narración o por pregunta directa del profesional. Y en el momento en el que el profesional le hace la propuesta de tratamiento.

Item 2.- ¿En que medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?

En general una expectativa es cualquier deseo, anhelo o querencia que tiene el paciente sobre la consulta. **Se incluye aquí cualquier expectativa o idea que el paciente aporte sobre como espera él que se puede abordar su problema (sobre el tipo de investigación diagnóstica o tratamiento a realizar).** Generalmente estas son las expectativas que suelen salir en una consulta. Cuando esta es expresada durante la misma generalmente esto tiene lugar

mediante una demanda o requerimiento del paciente (expectativa explícita) que puede ser objetivado por un observador que analice la consulta (KRAVITZ, 2001). Esto puede ser algo que habitualmente podemos esperar para cualquier consulta, en el sentido de querer que se le escuche, se le informe, se le tranquilice, se le alivien los síntomas, se cure si así es explicitado por el paciente (expectativas generales). Pero también puede tratarse de algo más específico: una derivación, una petición complementaria que no nos hayamos planteado por su inoportunidad, o algo aparentemente ajeno al motivo principal de esa consulta, que el paciente espontáneamente saque (*...que digo yo D Fulano, ¿usted me podría hacer algo para que me den una paguilla?*), *siempre que no se trate de demandas adicionales más o menos coherentes*). En cualquier caso el hecho de que el paciente lo saque en la consulta (lo que supone que es importante para él/ella) y pueda ser catalogado como un deseo del paciente relacionado con la consulta permite catalogarlo como expectativa. Se valorará sin embargo el esfuerzo que hace el profesional para conocer las expectativas del paciente, el grado en que lo indaga activamente por el profesional. Para ello se suelen emplear preguntas del tipo: "*¿Piensa que le podemos ayudar de alguna manera en concreto?*", "*¿Y como cree usted que le puedo ayudar?*", o "*¿Que cree usted que deberíamos hacer?*", ... Esto (que se relaciona mucho con el ítem 7) es un 2. Un 1 puede ser la aparición espontánea (una vez más ante una actitud y facilitadores por parte del profesional). Un 0 No aparece.

Una Expectativa puede convertirse en una opción de tratamiento que puede ser aceptada (considerada viable por ambos) o no y sobre la que se discuta. Esta discusión dará la medida de la participación del paciente en la toma de decisiones.

Generalmente los pacientes suelen querer que se les escuche, apoye, se les informe de manera que puedan entender, pero también pueden traer demandas chocantes muy claras, que pueden salir espontáneamente (sin que el profesional haga esfuerzo alguno, ni siquiera escuchar atentamente -un 0-, si se estima que favorece no verbalmente esta exposición se le dará un 1) ya que es muy posible que las características del entrevistador, con escucha activa y

facilitaciones el evaluador considere que el paciente se ha vaciado y con mucha probabilidad haya expuesto su expectativa. NOTA: En consulta de enfermería, el decir que necesita unas determinadas recetas, no es considerado como expectativa. También puede ser orientativo para evaluar el número de expectativas que el paciente saca en una consulta (a más la probabilidad de que el profesional facilite su exposición es mayor y por tanto la puntuación será mayor)

Puede No Proceder si no ha sido necesario investigarlo por tratarse de entrevistas que por sus características se considere que no es necesario explorar las expectativas del paciente, generalmente porque no se haya expresado una demanda concreta (recogida de analítica, cons. burocrática, ...).

Punto de máxima atención: Normalmente requiere planteamiento con pregunta directa del profesional y búsqueda activa (que es lo que valoramos en este ítem). Cuando este hace esfuerzos por indagarlo estos suelen hacerse en la primera fase de la entrevista, sin embargo si no se explora esto activamente suele ser durante la fase resolutive tras la información diagnóstica, mientras se plantea la actitud a tomar o inmediatamente después de ello, cuando el paciente lo expone espontáneamente si es que lo hace. Ocasionalmente puede sin embargo ser planteado por el paciente al inicio de la misma (como exigencia y motivo de consulta) o después de la información diagnóstico-terapéutica como clave comunicacional de descontento o desacuerdo con el diagnóstico o proceso decidido por el profesional.

Sin embargo es útil diferenciar la expectativa de la exploración de diferentes motivos de consulta, esto no es lo que se valora en este ítem.

NOTA: Como en otros ítems el esfuerzo por indagar activamente la expectativa es un grado más que el hecho de conocerla (que puede ser por exposición espontánea del paciente)

B) Componente 2º: Acordar y Ayudar a actuar (ítems 3 al 15) (incluye ítems 21 al 29 de la escala CICAA)

Item 3.- ¿En que medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?

Este ítem valora los esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre la naturaleza o causa del proceso o síntoma principal presentado por el paciente u otros aspectos de interés relacionados con él. Puede que no conozca la misma, pero entonces puede expresar cuales son sus, al menos, sospechas diagnósticas que el proceso le infunde. Por ejemplo: *"Esa fiebre parece que está causada por la infección de la garganta...."* *"A mi entender tiene usted dos problemas. Lo de la piel parece claramente una infección por hongos y lo de la tos..."*. Una explicación sobre lo que pasa o lo que se sabe del proceso principal es válida también.

0: No informa en absoluto; 1: Hace una información somera del tipo *"tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus"*; 2: Da una información más detallada *"tiene una infección en la garganta, lo más probable es que se trate de un virus y las infecciones de este tipo por virus suelen ser limitadas, es decir que se suelen curar solas, no tenemos tratamiento específico para ellas"*

Puede No Proceder en aquellas entrevistas en las que se considere que no es necesario aportar este tipo de información (cons. Burocrática). O incluso en aquellas en las que la incertidumbre es todavía muy grande y el profesional opta por no avanzar nada, sin embargo lo lógico en este caso es transmitir que hasta que no tengamos más información no podemos darla.

Punto de máxima atención: Inicio de fase resolutivea.

Item 4.- ¿En que medida el profesional define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?

Además, el evaluador debe en este ítem valorar también **la claridad** con la que el profesional llama la atención del paciente sobre el problema que necesita un **proceso de toma de decisión** y que muy probablemente deberá ser el mismo que se ha señalado como el motivo principal de consulta (si el evaluador no tiene esto claro este ítem debe ser 0). Una forma frecuente de definir el problema puede ser mediante una pregunta al paciente, ej. *M (a un diabético que se ha mostrado preocupado con su pérdida de visión?): Bueno y con lo de la vista que crees que podemos hacer?* si esto se sigue de una discusión sobre este tema en la que aparecen opciones se puede puntuar 2, si se pierde la

pregunta saltándose a otros aspectos y difuminándose así, o no planteándose opciones claras inmediatamente después,... tal vez pueda plantearse solo como un 1. Otra situación: Un paciente consulta por sensación de palpitations esporádicamente. M: *"por lo que me cuenta no parece que esos síntomas sean importantes...lo que podemos hacer es o bien esperar y ver si se le repiten con más asiduidad o cuando le de otra vez acudir y hacerle un electro en ese momento, porque ahora un electro no saldría nada"*. Aquí el problema son las palpitations, aunque no se hacen intentos explícitos sobre la necesidad de embarcarse en una TD, en cierta medida el médico lo relaciona con las opciones que inmediatamente le ofrece al paciente hay cierta claridad sobre lo que se tomarán las decisiones (podría ser 1). M: *"lo de los mareos no parece importante, tampoco me da la sensación que lo sea lo de sus palpitations. Lo uno no tiene nada que ver con lo otro... lo que podemos hacer es o bien esperar y ver si se le repiten con más asiduidad o cuando le de otra vez acudir y hacerle un electro en ese momento, porque ahora un electro no saldría nada"*. En este caso no está nada claro a que se refiere el médico, aunque el evaluador experto, por el contenido de lo que dice el médico se da cuenta que se refiere a las palpitations, el paciente no tiene porque saberlo. En este caso el evaluador puntúa como 0 este ítem aunque en la sección general "motivo principal de la toma de decisiones" haya señalado *"palpitations"*. En consultas de revisión de problemas crónicos es más probable que se discuta sobre distintas opciones (muchas de ellas de estilos de vida) sin que claramente se defina con claridad el problema sobre el que se toman las decisiones, en muchas ocasiones esto es debido a que ya se ha discutido esto y ambos lo conocen (aunque puede que esto no sea así) una puntuación de 0 o 1 es aquí más probable.

Item 5.- ¿En que medida el profesional trata de explicar su propuesta de tratamiento?

Se han de valorar los [esfuerzos del profesional por informar al paciente sobre el tratamiento o recomendación que ha propuesto o la evolución, probable, que puede seguir el proceso \(especialmente en el caso de no proponer ninguno\)](#). Para ello puede utilizar frases como: *"Ahora mismo no está claro de que es la*

fiebre. La exploración es totalmente normal, así que, si le parece, vamos a vigilar al niño mas de cerca. Lo trae dentro de dos días y si antes le aparece....", "Mire, en principio estos "empeines" no necesitan tratamiento", o "Bueno, María, ya puede dejar el tratamiento"

Compare esta última información sobre la evolución de la conducta sobre el tratamiento con esta otra: *"Bueno, María, ya puede dejar el tratamiento, porque parece que se encuentra mejor y además no le está sentando al estómago todo lo bien que esperábamos"*, le será útil para gradar su respuesta. Respecto a la información sobre el tratamiento se debe de valorar si el profesional aborda sus pros y los contras: sus posibles beneficios para el paciente y sus posibles contraindicaciones, efectos secundarios, riesgos, precauciones o cualquier otro tipo de advertencia al respecto.

Así un 0 puede ser no informar sobre el tratamiento y la evolución o hacerlo mínimamente (*"tómese esto y verá como mejora", "Ahora no está claro de lo que es la fiebre"*), un 1 y un 2 son grados superiores (ver los ejemplos). Puede No Proceder en aquellas entrevista donde no sea necesario aportar esta información.. (recogida de análisis con resultados normales, ...).

Punto de máxima atención: Final de la fase resolutivea.

Item 6.- ¿En que medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente

El evaluador debe de valorar si la información que el médico ofrece es la adecuada para el paciente que tiene delante y para el problema que tiene este. Esto a veces es difícil pero tiene mucha relación con el tipo de exploración del problema que se ha hecho previamente. Si este ha sido profundo explorando ideas, necesidades, preocupaciones y después la información ofrecida toca estos aspectos la valoración será alta (2). Si por el contrario desconocemos estos aspectos y se realiza una información sobre aspectos que teóricamente son los que se suele informar en estos casos la puntuación será más baja. La clave para valorar este ítem esta en el grado de bidireccionalidad que existe a la hora de informar entre el profesional y el paciente. El **explorar previamente lo que ya sabe el paciente, el preguntar por el tipo de información que cree le podía ser útil y el centrarse en lo que le pide el paciente, suponen claramente**

un 2, por ejemplo: "¿Qué es lo que más le interesaría saber sobre lo que le pasa Antonio?", puede ser un grado máximo de bidireccionalidad. Una entrevista sin bidireccionalidad tendrá una baja puntuación ya que es imposible adaptarse al paciente si no se sabe lo que este realmente desea (0). Dudosa bidireccionalidad e informar directivamente: "Lo que va a hacer es esto y esto y esto otro..." (Un 0), especialmente si no son temas de relevancia o el paciente ha mostrado interés o preocupación por otros aspectos previamente. También aquí incluimos el que a la hora de exponerle su propuesta de tratamiento le informe sobre este en función de las preguntas o preocupaciones que tenga al respecto o le ofrezca al paciente las opciones diferentes para que el paciente las conozca y tenga posibilidad de elegir ("podemos hacer esto o esto otro"), algo que si ocurre enlazará con el ítem de participar en la toma de decisiones (ítemes 8 y 15). Esto supondría también un 2 en la evaluación.

Punto de máxima atención: Inicio de fase informativa.

Item 7.- En que medida el profesional ofrece la información de forma clara

Información que puede ser tanto sobre el proceso como su manejo. De forma clara quiere decir: Hablando correctamente, utilizando palabras y frases cortas, evitando la jerga médica, empleando una dicción clara, con ritmo adecuado y pausas ordenando la información, resaltando lo importante, repitiendo la información ya dada, ejemplificándola, razonándola e ilustrándola, dando apoyo por escrito, explicando como actúa la terapia. He aquí algunos detalles más sobre cada una de estas técnicas:

-Ejemplificación

Aquí, el profesional generalmente puede utilizar la metáfora, es decir puede hacer una descripción de la realidad (por muy simple que esta descripción sea) diferente de la que es, para ello el acompañar con ejemplos figurados es inherente a ello. El profesional aporta la información utilizando ejemplos de la vida cotidiana del paciente u otras enfermedades mas conocidas por el mismo, con objeto de favorecer su comprensión y/o recuerdo, mecanismo de acción del tratamiento, ... Por ejemplo: "El colesterol en la sangre es como si las tuberías

de su casa llevaran mucha cal", o "Igual que hay Bronquitis mas graves que necesitan oxigeno y otras menos graves que no lo necesitan, hay enfermas que tienen azúcar que necesitan insulina porque están peor y otras como usted que no necesitan ni pastillas..." Puede utilizarse para ayudar a asimilar información tanto sobre el proceso diagnóstico como sobre la medida terapéutica.

- *Se argumenta (razona) la forma de actuar de la medida terapeutica?*

El profesional hace esfuerzos por expresar la utilidad (para que sirve) o el mecanismo de acción (como actúa) del tratamiento propuesto o la actividad preventiva correspondiente. La distinción entre utilidad y mecanismo de acción es sutil y hay que hacerla en la esfera de lo existencial y lo teórico: la primera hace referencia a esta esfera existencial (*"la crema es para las hemorroides", "para que le quite el picor"*), la segunda implica un proceso de abstracción teórica (*"la insulina es para que el cuerpo pueda utilizar el azúcar"*). Es la técnica llamada Racionalización . Por ejemplo: *"este jarabe es para ayudarle a expulsar, y el antibiótico para la infección", o "Y si hace este ejercicio podremos conseguir quemar mas azúcar y perder un poquito de peso", "Si dejara de fumar probablemente estaríamos a tiempo de parar sus Bronquitis antes de que se hagan Crónicas", ...*

- *Instrucciones por escrito:*

Aquí el profesional puede entregar algún tipo de información escrita útil para el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente. Ofrece folletos informativos sobre actividades relacionadas con la educación para la salud o la prevención, instrucciones para realización de pruebas analíticas, ... El profesional puede expresar que la información adicional se la apunta en la receta oficial también.

- *Evitar jerga médica y/o tecnicismos*

Valorar el uso por el profesional de palabras de fácil comprensión por el paciente, o si se ve obligado a utilizar alguna de difícil comprensión propia del lenguaje clínico, su esfuerzo por definirla, describirla o aclararla previa o posteriormente. P.e.: *"Eso es lo que llamamos Prurigo" (siempre y cuando antes se haya explicado algo de la enfermedad como su naturaleza alérgica.), "Esa forma de andar es lo que llamamos Ataxia", ...*

Para valorar este ítem puede ser útil ver cuantas técnicas de estas utiliza el profesional. 0: Información poco clara, farragosa, generalmente dada de forma rápida, escasa o abundantemente; 1: Información comprensible sin tecnicismos y en cantidad adecuada; 2: Lo anterior y además comprueba la comprensión de alguna forma para asegurarse que lo ha entendido (pero no lo hace automáticamente (p.e. con un "¿vale?", sin al menos un silencio breve mirándole a la cara como esperando respuesta. Esto es lo que sobre todo se valora en el ítem 11)

Punto de máxima atención: Fase resolutive de la entrevista.

Item Llave:

Item 8.- ¿En que medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta?

Dar la oportunidad para participar es **animar** a que el paciente tome parte en la toma de decisiones. Lo ideal es que el profesional informe adecuadamente de las opciones disponibles y después invite al paciente a elegir y participar, es decir **OFREZCA PRIMERO ALGUNAS OPCIONES POSIBLES**, esto es lo que posibilitará después con adecuadas frases y actitud de observación la valoración del deseo de participar. Sin embargo, se puede también invitar a participar en la toma de decisiones sobre una oferta concreta de actuación. También se incluye aquí el caso en el que por una resistencia haya habido una negociación, o deliberación conjunta (situación en la que el profesional tiene una respuesta evaluativa y explora las creencias del paciente, ver ítem 10) con el resultado de una participación del paciente en la decisión final dando su visto bueno a la propuesta del médico o admitiendo este la del paciente. Cuando el profesional comenta las diferentes pautas de manejo a seguir, sin imponer ninguna, dejando que sea el paciente el que tome la decisión, "*para su problema hay varias posibilidades, poner tratamiento, o esperar unos días y si no mejora ponerlo entonces...*". Esto sería un buen comienzo para un 2 si se sigue de la pregunta correcta, del silencio adecuado para captar por donde quiere ir el paciente. Sin embargo pueden distinguirse distintas gradaciones, en función de cómo plantee esto el profesional. El ítem pretende ver si el profesional ofrece la

posibilidad de que el paciente "participe" (no dar su opinión solo) en la toma de decisiones y en que grado lo hace . Por ejemplo: 1ª, M: *le voy a mandar esto , esto y esto ¿cómo lo vé? (o ¿qué le parece?)* 2ª, M: *Podemos hacer esto, esto o esto ¿qué le parece mejor? (¿qué opina?)*. Parecen dos estadios diferentes, el 1º es más básico, de entrada **el médico parece haber decidido ya y no ofrece opciones (fijarse en el "y" que une las distintas acciones propuestas)**, sin embargo **está dándole al paciente la posibilidad de participar en la deliberación de su oferta (fijarse en el "¿qué le parece?")**, lo que puede llevar a modificar esta o a que aparezcan después otras opciones. En la 2ª el matiz es mucho más participativo ya que de entrada **el M ofrece posibilidades (Opciones) (fijarse en el "o" que une las distintas acciones propuestas)** y el hablar en plural ("podemos", "tenemos", o con un matiz neutro: "para su problema hay ...") también enfatiza la invitación a participar. El evaluador puede tener en cuenta estas apreciaciones para gradar el ítem y la actitud inmediata del profesional (no haciendo caso o por el contrario atento a la opinión del paciente). En la primera la consideraríamos como un estadio inicial de invitación a la participación, tal vez un 1 y en la segunda un 2. En ambas un 2 si aparecen opciones y la actitud del profesional es de clara consideración a lo que opina el paciente. Para abordar algunos problemas (especialmente los crónicos) las opciones pueden ser variadas, pueden ser "equilibradas" (válidas cada una de ellas) y también no tiene porque ser incompatibles (pueden cogerse varias o una sola). Esto es especialmente cierto en los casos en que se plantean diferentes estrategias que afectan al estilo de vida (dieta, ejercicio, supresión o modificación de ciertos hábitos,...). Generalmente No se consideran opciones a las diferentes formas de llevar a cabo una acción propuesta (una auténtica opción), i.e: M: también tiene que hacerse una citología...se la podemos hacer aquí o ir al ginecólogo. M: el paracetamol ¿lo quiere en sobres o en pastillas?. Sin embargo esto dependerá de la importancia que este tema adquiera en una consulta y del tiempo que se médico y paciente le dediquen, en el primer caso puede que sí o pueda que no sea considerado opción, en el segundo (que tipo de presentación se desea) es más improbable que no lo sea, sin embargo una discusión entre

un médico y un paciente diabético sobre la conveniencia de utilizar un tipo de insulina u otro seguramente será lo suficientemente importante como para que cada una de las insulinas barajadas sea considerada como una opción. Una vez más el evaluador debe valorarlo en el contexto de la entrevista. **Al tener que favorecer la discusión de al menos la propuesta del profesional (un 1 en este ítem) (sea con pregunta directa: "¿Qué le parece?", o no verbalmente: silencio y atención a la reacción del paciente,...), este realiza una exploración del grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones (lo que específicamente se valora también en el ítem 17 es lo mismo).**

Esquema orientativo para evaluar el grado de participación en la toma de decisiones que un profesional (Pr) ofrece a un paciente (Pa)
--

¿Aparece en la entrevista más de una opción de acción aportadas por el Pr o el Pa?

No

Sí

¿Favorece el Pr de alguna forma la discusión sobre su propuesta?

¿Son consideradas aparentemente como opciones de acción válidas?

No

Sí

No

Sí

Probablemente
0 en ítem 7

Probablemente
1 en ítem 7

Probablemente 2 en ítem 7
y evaluar ítems del componente 3

Item 9.- ¿En que medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?

El evaluador debería prestar atención al número de preguntas o aclaraciones que es capaz de hacer el paciente, especialmente en la fase en la que el profesional le explica como ve él el problema y el plan de actuación. Esto es un buen indicador del grado de confianza y participación que el entrevistador da al paciente (verbalmente o mediante elementos no verbales como silencios,...) y que se reflejaría precisamente en la expresión por parte de este de sus dudas,

problemas u opiniones sobre el proceso diagnóstico o terapéutico (sobre la opción u opciones terapéutica propuesta). Sin embargo, los pacientes suelen hacer pocas preguntas entonces se debería valorar la naturalidad de la participación del mismo y el clima facilitador. Si la anterior pregunta (8) hacía referencia a la participación del paciente en la toma de decisiones solo, la realización de preguntas por parte del paciente permite valorar el grado de participación de este en la consulta en general (aunque muy relacionada con la anterior: una puntuación alta en la 8 se puede correlacionar una alta también en esta pero quizás una alta en esta no tiene porqué tener una alta en la 8, es decir el profesional puede permitir hacer preguntas y resolverlas sin que sin embargo le permita participar en la toma de decisiones). **Un 2 representa esto con un número aceptable de dudas o aclaraciones mediante preguntas claramente expuestas. Es posible que el paciente manifieste no tener ninguna duda o problema, sin embargo se valorará la conducta del profesional insistiendo o no en ello y, como decíamos, la naturalidad de la participación del paciente en un clima facilitador creado por el profesional (un 1).**

Estilos directivos en los que el entrevistador tiene una alta reactividad, corta al paciente si hace preguntas o no favorece o deja pausas al hablar, impidiendo que el paciente participe en la conversación expresando dudas, problemas u opiniones deben recibir valoraciones bajas (0).

Punto de máxima atención: Suele aparecer en la fase informativa.

Item 10.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en que medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?

Se evaluará primero en que medida el profesional indaga la opinión que tiene el paciente sobre el motivo de la discrepancia. Para ello muy probablemente deberá explorar las creencias y las ideas del paciente.

-Respuesta evaluativa

Se considera respuesta evaluativa a aquella primera reacción efectuada por un profesional tras la aparición de una resistencia o diferencia de criterio

(incluyendo las claves comunicacionales) con la intención de explorar, comprender o hacer aflorar la misma. Se suele expresar en tono de pregunta abierta exploratoria: "*¿Porque dice usted eso?*", "*Y eso ¿Porque?*", "*¿Porque piensa usted así?*", "*¿Porque?*", "*¿Y eso?*", .. "*¿Cómo?*"... Todas estas son ejemplos de respuestas evaluativas y exploración de creencias. (a veces incluso un silencio en espera de una explicación del paciente)

-Exploración de creencias?

El profesional intenta averiguar las ideas, valores o emociones del paciente que influyen en su diferencia de criterio o resistencia. Las diferencias entre respuesta evaluativa y exploración de creencias a veces pueden no ser muy claras, y de hecho pueden coincidir. Se entiende la respuesta evaluativa mas como una respuesta espontanea primera a la aparición de una resistencia, mientras que la exploración de creencias puede ser a veces diferida en el tiempo y puede estar no relacionada con una respuesta concreta del paciente, sino mas con una reflexión personal del profesional sobre la actitud del paciente. Por ejemplo, ante el intento de prescripción de un antibiótico a un vegetariano que no tolera o no confía en medicaciones sintéticas, puede haber una respuesta inmediata del profesional: "*¿Porqué no quiere usted antibióticos? o ¿Porque piensa usted eso?*" (respuesta evaluativa y exploración de creencias) o de forma diferida, tras una reflexión del profesional sobre una actitud continua del paciente, puede preguntar: "*¿Que piensa usted de los antibióticos?*" (exploración de creencias solo). La intencionalidad de la exploración de creencias siempre es la de encontrar la causa o el origen de la resistencia o diferencia de criterio. La respuesta evaluativa puede buscar este mismo objetivo, pero ocasionalmente puede ir con la intencionalidad de hacer reflexionar y elaborar una respuesta por parte del paciente ("*¿De quien piensa usted que es la culpa de que se haya extraviado su análisis en el laboratorio?*" Esto puede tener tan solo la intención de hacerle reflexionar sobre la culpa de un extravío de analítica).

Con la respuesta evaluativa y la exploración de creencias el profesional muestra interés por el paciente y su opinión abriéndose las puertas de la discusión, por eso creemos que es importante para el evaluador reconocer estos aspectos y

valorar el grado en que se exploran las creencias discrepantes del paciente y se discute sobre ellas. Atención a las respuestas de tipo justificativo, en las que el profesional intenta imponer directamente su criterio aportando o no razonamientos clínicos o personales sin intentar explorar o posicionar previamente la idea del paciente.

Una vez conocida la idea y la creencia sobre la discrepancia el profesional se debe esforzar por llegar a acuerdos (a soluciones aceptables no solo para él sino para el paciente). Para ello seguramente deberá escucharle con atención, mostrarse empático y amable incluso en una situación de desacuerdo. Debería hablar de forma descriptiva, ofrecer alternativas diferentes de la planteada o modificaciones del motivo de la discrepancia, incluso demorar la decisión para más adelante. El evaluador trata de valorar el proceso negociador en su conjunto. La discrepancia y discusión sobre la discrepancia puede sin embargo terminar o no en acuerdo. Este, finalmente puede manifestarse de manera explícita: *"entonces esperamos estos tres días y valoramos lo de la placa ¿vale?"*, *"muy bien doctor"*. Si existen dudas de que la solución final la propone el médico unilateralmente no se trata de un acuerdo sino de una imposición (aunque esta se haga suavemente). El evaluador debe saber que es mucho más fácil conseguir auténticos acuerdos si en el proceso negociador el profesional ha empleado algunas de las estrategias que comentábamos más arriba. Toda discrepancia exige un mínimo negociador para que alguien no acabe perdiendo.

Punto de máxima atención: Ante la aparición de resistencias o discrepancias, al final de la discusión que sigue a estas. Generalmente en la fase en la que se da información y se discute sobre el tratamiento al final de la entrevista

Un 0: No da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias ante la discrepancia: *"No, es mejor que tome esto, le sentará mucho mejor"*. Un 1: Da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias, averigua sus motivaciones o estas salen espontáneamente quizás por una actitud de escucha (clima favorecedor) (pero no llega a tenerlas demasiado en consideración) Un 2: Da una respuesta evaluativa o de exploración de creencias (o salen las

motivaciones espontáneamente) y se esfuerza por llegar a acuerdos entrando en una discusión, que genera alternativas, mostrando empatía y respeto aunque no se alcance una decisión acordada entre ambos.

Puede No Proceder si no aparecen resistencias o diferencias de criterio.

Punto de máxima atención: Ante la aparición de resistencias o discrepancias. Durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.

Item 11.- ¿En que medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?

Este ítem se refiere específicamente al final del proceso de información (que se valora sobre todo en el ítem 7). El profesional debe comprobar el recuerdo y/o comprensión que el paciente tiene de la información suministrada acerca de pauta diagnóstica o terapéutica. Esto se puede realizar por pregunta directa del profesional P.e. : "*¿Lo entendió?*", "*¿Se acuerda usted de todo el Tto.?*", "*¿Puede repetirme el Tto.?*", ...; o al existir un clima adecuado de bidireccionalidad, por repetición mas o menos espontanea del propio paciente de gran parte o todo lo referido por el profesional (el paciente ha ido repitiendo el tratamiento tras el profesional). El evaluador debe gradar el esfuerzo que el entrevistador pone para conseguir esto. Así una respuesta mecánica "Si, si, si ..." del paciente durante la fase informativa, que mayoritariamente suele expresar facilitadores del lenguaje y no comprensión o retención de la información refleja sin que haya existido esfuerzos por parte del profesional deberían suponer puntuaciones bajas (1). En realidad se trata de una manera de transmitir efectivamente el mensaje.

0. No se preocupa por saber si comprendió el mensaje o lo hace mecánicamente. No pregunta "Ha entendido". 1. Pregunta si lo entendió, y espera respuesta. 2. Hace repetir al paciente el mensaje y en función de la respuesta lo puede repetir él o no. Puede ser un 2 aún sin repetición del paciente pero ante una solicitud de comprobar la comprensión por parte del profesional muy clara y tal vez con un mensaje a recordar simple el paciente asegura muy explícitamente que lo ha entendido. También en aquellos casos en

los que hay una negociación tras la que surgen unos acuerdos, aunque no haya repeticiones explícitas. Un 2 en el ítem 24 puede ser un 1 o un 2 en este.

Punto de máxima atención: Durante la información del profesional y sobre todo al final de la fase resolutive.

12.- ¿En que medida el profesional permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?

Se valora aquí si el clínico indica explícitamente (M: "hay que decidirse por una cosa u otra" Un 2) o no (aparece de forma espontánea –generalmente un 1) la necesidad de tomar ya la decisión o aplazarla (es decir si ofrece la oportunidad de que el paciente pueda pensar sobre ella y reconsiderarla, revisarla o alterarla). Este estadio puede involucrar un breve resumen de la situación, de lo que se ha discutido y de las opciones finales que se han barajado (en este caso podría contemplarse el 2 aunque no se indique explícitamente que hay que tomar una decisión por que esto represente claramente un colofón que lleva a la acción a tomar). Aquí no se evalúa quien toma el control o la decisión final. En muchas ocasiones simplemente se tomará la decisión sin más (espontáneamente) y este hecho en si mismo podría representar un 1. El que profesional (o ambos) señale que ha llegado el momento de decidirse o que le ofrece al paciente la posibilidad de pensarlo con más detenimiento y volver otro día supone un estadio más y puede ser un 2. Si no se indica nada y no se toma ninguna decisión relacionada con lo que se ha discutido la puntuación será 0.

Item 13.- ¿En que medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?

Es un ítem que está muy relacionado con el 8, pero en esta ocasión se trata de valorar si el profesional fuerza o no un reparto de responsabilidades o lo que es lo mismo hace copartícipe del proceso de búsqueda de la salud al propio paciente una vez que ya se han discutido o no las opciones. Este reparto de responsabilidad debe hacerse explícitamente en la entrevista. Es un ítem que debe ser valorado con atención en aquellas consultas por problemas crónicos que exijan seguimientos frecuentes y en las que el papel activo del paciente se

ha relacionado con una mayor efectividad de las mismas. El evaluador debe aquí tener en cuenta si el profesional llega no solo a pactos con el paciente sobre lo que hay que hacer (ítem 8) sino sobre las responsabilidades que cada uno debería asumir en el plan aclarando el papel que puede jugar cada uno y también miembros de la familia (ítem en cuestión). (Partimos de la base de que en el momento preente parece que la responsabilidad recae en el médico).. **Un 0 es imponer lo que el paciente debe hacer o no contemplarlo cuando podría haber sido razonable hacerlo (generalmente se suele acompañar de un 0 en el ítem 8, -"va a tomar esto y esto ¿de acuerdo?" dicho esto mecánicamente, sin opciones diferentes posibles-. Otro escenario:M: "le mando esto y esto otro"... dígame si lo puede hacer o no porque entonces le mando otra cosa" P: "...si son cápsulas yo no me las puedo tragar" -un 0 en ítem 8 y aquí ya que no hay compromisos explícitos-, pero también es posible con un 1 o 2 en este ítem -P: "sí, sí yo me tomo las pastillas"-).** Un 1 es tratar de, una vez expuesto las alternativas o alternativa, si le parece que podrá o no llevarla a cabo (generalmente se acompañará de un 1 o 2 en el ítem 8: le voy a mandar esto y esto ¿Qué le parece?, o podemos hacer esto y esto otro ¿Qué opina?, ambas opciones pueden seguirse de ¿cree que lo podrá hacer?, o ¿Qué puede hacer más fácilmente? O ¿qué cree que es más factible para usted?). Un 2 es tratar de discutir explícitamente con el paciente las probabilidades de llevar a cabo la/s alternativa/s "quiero saber si usted cree que podría hacer esto" o "que cree usted que puede hacer más fácilmente" (supone generalmente una discusión sobre opciones previa o a la vez un 1 o 2 en el ítem 8) y requiere un reconocimiento explícito por parte del paciente de lo que este está dispuesto a hacer (tal vez con cita comprometida).

Punto de máxima atención: Al final de la entrevista

C) Componente 3º: Decisiones con Opciones (ítemes 14 a17)

Aspectos generales

Solo se evaluará este componente si se han propuesto o se discuten más de una opción de acción (incluido el no hacer nada) aparentemente consideradas válidas, lo que generalmente supone puntuar el ítem 8 con un 2

Las opciones las puede proponer el médico pero también pueden ser propuestas por el paciente.

En realidad este componente implica que teóricamente se está produciendo un grado de participación mayor que el que pueda conllevar la discusión en torno a una opción en la medida en la que aparecen un número variado de distintas opciones equilibradas y por esto mismo se supone que un grado de discusión mayor es requerido (aunque esto no tiene que ser así y está abierto a investigación al respecto). Hemos llamado a esto "decisiones con opciones".

El motivo principal sobre el que se toman las decisiones, aunque a veces puede haber más de uno, dado que lo que se persigue es valorar los esfuerzos del profesional para involucrar al paciente, se considerará aquel problema o motivo sobre el que se inviertan más esfuerzos para conseguir el involucramiento. Generalmente suele ser el problema que más tiempo ocupa en la consulta (especialmente en la segunda fase de esta). Atendiendo a esto, es posible sin embargo que el motivo de consulta señalado como principal al inicio no sea el que después merece los mayores esfuerzos para involucrar al paciente. Se puede compartir decisiones no solo respecto a diagnósticos o tratamientos sino también respecto a realizar o no una prueba, una derivación, etc. El evaluador debe de señalar aquí cual es a su juicio el motivo que es objeto de la toma de decisión compartida.

Item 14.- ¿En que medida el profesional expone o favorece la exposición de posibles opciones de tratamiento?

Normalmente suelen existir distintas formas de solucionar la mayoría de los problemas clínicos y siempre existe la posibilidad de ofrecer una solución o no hacerlo. **El que salgan algunas opciones es fundamental.** Estas pueden ser aportadas por el médico (lo habitual) pero a veces también el paciente puede aportar alguna (lo que ha debido de ser favorecido de alguna manera por el profesional), **pero entonces el profesional aquí debe de alguna manera hacer ver que la considera como tal, es decir como otra opción válida, (algo que no era estrictamente necesario para puntuar en el ítem 8), aunque a lo largo de la entrevista este se incline por alguna opción en concreto más que por otra.**

Para ello puede ser muy útil al evaluador tratar él/ella misma de identificar las opciones; esto es importante pues en muchas ocasiones las opciones se plantean de manera confusa y dispersa, lo que limitaría la capacidad de participar del paciente (si se ve que claramente se están planteando dos o más opciones existirían muchas posibilidades de marcar 1, aún habiéndose planteado de forma dispersa). Esto implica que el profesional asuma y preferiblemente señale claramente la existencia de más de una opción para poder así elegir ante la situación, ej. M: *"podemos intentarlo subiendo la dosis...* P: *¿y...ver que dice el especialista?* M: *Ummm (asintiendo solo o comentando:)...también se puede"*, puede ser etiquetado como 1. Si además el profesional las individualiza claramente de alguna manera y/o comenta que cualquiera de las enumeradas es válida y puede ser considerada libremente por el paciente, abriéndole así la posibilidad de que este las considere en función de su situación particular o de discutir las con el profesional (cualquier tipo de discusión sobre las opciones entre médico y paciente implicaría el considerar un grado avanzado), y/o incluso resalte el "equilibrio" existente entre las opciones, la puntuación será 2; ej. M: *"Podemos plantear tanto intentarlo subiendo la dosis o, como usted sugiere, el ver que dice el especialista, depende también de cómo le venga a usted mejor ahora, aunque ya sabe que el problema de ir al especialista es el tiempo que tardarán en citarlo"* (y después el paciente hace comentarios al respecto de alguna o varias de las opciones recibiendo contestación o atención por parte del médico). El incluir no tomar ninguna acción o retrasar la decisión, son opciones que añadidas generalmente suponen una alta evaluación de la conducta (2).

Hay que tener en cuenta que especialmente en las consultas de seguimiento (revisión) de problemas crónicos, factores de riesgo cardio-vascular, etc, en la mayoría de los casos médico y paciente no especifican con claridad suficiente las opciones, probablemente al haber sido ya barajadas y discutidas en anteriores ocasiones, pasándose así a hablar de una propuesta compartida de toma de decisiones sobre algunas opciones muy concretas; pues bien aún así **el evaluador debe identificar al menos 2 posibles opciones con claridad**. Ej: Un paciente mayor que en la primera parte de la consulta ha hablado con el M de

varios de sus FR para después centrarse en el tema de la dieta (identificado como el problema sobre el que se tomarán las decisiones), finalmente: *M: ¿cree que le vendría bien algo de ayuda?... (se entiende que el M le ofrece ayuda por su parte para controlarse mejor además de la dieta que sigue siendo una opción importante) ¿aún en forma de pastillas?. P:... el problema es que tomo muchas pastillas...* Aquí hay dos opciones: una todos los esfuerzos más o menos explicitados en esta consulta o en anteriores sobre la dieta y la otra la posibilidad de ayudarse con nuevas pastillas. Esta forma puede ser etiquetada al menos con un 1.

Item 15.- ¿En que medida el profesional informa sobre las diferentes opciones?

Este ítem valora la información adicional que el profesional da sobre cada una de las opciones que ha señalado. Se incluye aquí información sobre los pros y los contras de las diferentes opciones: sus posibles beneficios para el paciente y sus posibles contraindicaciones, efectos secundarios, riesgos, precauciones o cualquier otro tipo de advertencia al respecto. En el ejemplo anterior *M: ¿cree que le vendría bien algo de ayuda?... ¿aún en forma de pastillas?. P:... el problema es que tomo muchas pastillas..., M: Humm...P: tomo 9 pastillas,...M: si son muchas pastillas.* Parece que no alcanza el mínimo de información (0). Un nivel básico (1) puede incluir una información parcial y/o sobre alguna pero no todas las opciones (cualquier comentario del médico informativo sobre las pastillas o la dieta por ejemplo podría bastar) un nivel más avanzado (2) incluiría información sobre todas o casi todas las opciones planteadas, atendiendo a información más exhaustiva o adaptada a las preguntas del paciente sobre cada una de ellas (respondiendo así a las ideas y/o temores que le surgen al paciente sobre cada opción o sobre alguna en concreto).

Item 16.- ¿En que medida el profesional permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?

Las indicaciones para evaluar este ítem son las mismas que para evaluar el 8 solo que se refieren a las **dudas que el paciente pueda tener específicamente**

sobre las opciones planteadas o sobre el propio proceso de toma de decisiones que se está planteando. Esto puede hacerse de forma no verbal, poniendo en práctica un clima facilitador mediante el uso de silencios, de un ritmo del discurso pausado, de una reactividad baja que permite al paciente la oportunidad de responder o al médico darse cuenta de que no hay necesidad de más información...Esto podría ser catalogado como 1. Si el médico comenta tras esa exposición de opciones algo así como *¿Qué le parece?* o *¿tiene alguna duda?* Esto supone una más clara invitación a que el paciente exponga sus dudas, problemas u opiniones sobre el proceso de toma de decisiones o sobre las opciones planteadas. Es muy probable que el médico plantee al paciente de entrada algo así como *¿Qué podemos hacer Fulanito?* sin antes haber comentado opciones con claridad o en absoluto (tal vez se han comentado en otra entrevista anterior o saldrán después –ya que hemos tenido que valorar con un 2 el ítem 8 para poder estar evaluando este ítem-), esto supone por sí mismo una invitación a participar en la toma de decisiones y debería plantearse como un 1 de entrada. Sin embargo dada la obligatoriedad de que aparezcan opciones (ítem llave 8), al menos dos posibles deberían hacerlo a lo largo de lo que queda de entrevista. No se considera invitación a participar en la toma de decisiones (0) preguntas hechas por el profesional del tipo: *¿entonces le hago la receta?* O *¿la vacuna de la gripe se la va a poner?* O *¿para cuando quiere que le de la cita?*. A no ser que estas preguntas sean de importancia central en la entrevista y representen el inicio de un proceso de toma de decisiones con conlleve la aparición de opciones aceptables y su discusión sobre ellas. Para valorar este ítem el observador puede centrarse cuando el médico y el paciente tratan sobre las opciones y observar si el paciente hace alguna pregunta así como las respuestas que obtiene del médico: alguna pregunta con respuesta adecuada puede ser un 1, si no hay preguntas es un 0.

Item 17.- ¿En que medida el profesional explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?

Es muy difícil valorar el papel que el paciente desea tomar en la toma de decisiones. No se trata aquí de hacer juicios sobre esto sino de evaluar si el

profesional de alguna forma ha intentado clarificar el papel que el paciente puede querer desear respecto a su participación en el proceso de toma de decisiones. Cualquier demanda explícita del profesional en este sentido será puntuada con un 2. Ej. M: *"Respecto a lo que hay que hacer y dado que en gran parte dependerá de usted me gustaría saber si esta usted dispuesto a implicarse conmigo en tomar la decisión que mejor se adaptaría a su situación y circunstancias"*. **Implícitamente el profesional puede estar invitando al paciente a participar y observando así su deseo de hacerlo o no.** Esta situación presumiblemente será mucho más frecuente en nuestro medio. Ej.

"M: podemos intentarlo subiendo la dosis o ver que dice el especialista..." (Un Silencio, el M mirando al P).

M: Bueno, entonces aumentaremos la dosis ¿de acuerdo?

O también: *M: (igual que antes)*

P:...lo que usted vea doctor...; ó P: usted verá que es el médico... ó P:...A mí cambiar de medicina ahora que me había acostumbrado a esta...no sé...

M: Bueno entonces aumentaremos la dosis ¿de acuerdo?

En cualquiera de estos casos una puntuación de 1 puede ser la más adecuada. Una vez más puede ser más frecuente que el profesional comente *¿Cómo cree usted que le podemos ayudar?* Con esta pregunta desde luego está explorando la expectativa de tratamiento (ítem 2), pero sin duda es también una invitación a participar en la toma de decisiones de la consulta. Una vez más si no se han expuesto antes opciones claras, el paciente se puede encontrar limitado para atreverse a contestar y participar en la toma de decisiones (salvo en consultas de revisión con opciones que se han discutido antes, recuerde sin embargo que es obligatorio detectar aquí más de una opción aunque aparezcan después de haber hecho esa pregunta) En este caso se puede puntuar como 1. La puntuación más baja se anotará si aún comentando las opciones no se observa que el profesional ofrezca una oportunidad para que el paciente pueda expresarse (alta reactividad, sin pausas ni silencios tras la exposición de opciones p.e). Igualmente explorar el grado de participación que desea tener el paciente no se consigue al plantearle al paciente su opinión sobre una sola opción de tratamiento de manera aislada y no sobre las diferentes opciones (0):

M: (después de salir más de una opción) ¿porqué no esperamos a ver lo que dice el especialista? P: de acuerdo. Sin embargo, demandas sobre la opinión que tiene el paciente ante diferentes opciones de manejo ofrecidas por el profesional tal vez sí debería considerarse como una forma de explorar también el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de cada una de esas decisiones de tratamiento y por lo tanto en las distintas alternativas planteadas.

Escalas

DATOS GLOBALES: PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____

Tiempo total de Consulta (seg y mn): Hasta explorar (Seg.): _____ Exploración (seg.): _____ Tiempo total que lleva la discusión sobre la toma de decisiones(seg y mn): /		Motivo de Consulta: Pral:..... 2)..... 3).....
Profesional:M()F()	Tipo:Med() Resi() Enfer()Est()	
Especialidad/Año:	Docente: SI () No ()	Proceso:Agudo() Crónico ()
Paciente: M() F()/Re () Es ()	Acompaña.: SI() No()	Visita: Inicial () Revisión()
Motivo Principal de la Toma Decisión:.....		

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

NP: No Procede. (0): No se observa la conducta; (1): La conducta se observa en un grado de mínimo a aceptable; (2): Se observa una conducta adecuada

*Se evaluará este tercer componente de la subescala CICA-Decision cuando el ítem 8 del segundo componente sea claramente positivo

Antiguo CICAA-D

DATOS GLOBALES: PROYECTO: _____ CLAVE: _____ OBSERVADOR: _____

Tiempo total de Consulta (seg y mn):		Hasta explorar (Seg.):	Exploración (seg.):	Motivo de Consulta: Pral:..... 2)..... 3).....
Profesional:M()F()	Tipo:Med() Resi() Enfer()Est()			
Especialidad/Año:	Docente: SI () No ()		Proceso:Agudo() Crónico ()	
Paciente: M() F()/Re () Es ()	Acompaña.: SI() No()		Visita: Inicial () Revisión()	

Componente 1º.- IDENTIFICAR Y COMPRENDER LOS PROBLEMAS	NP	0	1	2
1.- ¿En que medida el profesional ha explorado las emociones y sentimientos que el sintoma o proceso ha provocado al paciente?				
2.- ¿En que medida el profesional ha explorado las expectativas que el paciente tiene para esta consulta?				

Componente 2º.- ACORDAR Y AYUDAR A ACTUAR	NP	0	1	2
3.- ¿En que medida el profesional trata de explicar el proceso o el síntoma principal presentado por el paciente?				
4.- ¿En que medida el profesional trata de explicar su propuesta de tratamiento?				
5.- ¿En que medida el profesional ofrece una información adaptada a los problemas y necesidades que tiene el paciente				
6.- En que medida el profesional ofrece la información de forma clara				
7.- ¿En que medida el profesional da la oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta animándolo?				
8.- ¿En que medida el profesional permite que el paciente exprese sus dudas?				
9.- Si se produce alguna discrepancia o desacuerdo entre el profesional y el paciente, ¿en que medida el profesional busca el acuerdo (entrando en discusión y considerando las opiniones del paciente)?				
10.- ¿En que medida el profesional comprueba que el paciente ha comprendido la información suministrada?				
11.- ¿En que medida el profesional consigue compromisos explícitos por parte del paciente respecto al plan a seguir?				

Tiempo total que lleva la discusión sobre la toma de decisiones(seg y mn): /		Motivo Principal de la Toma Decisión:.....		
Profesional:M()F()	Tipo:Med() Resi() Enfer()Est()			
Especialidad/Año:	Docente: SI () No ()		Proceso:Agudo() Crónico ()	
Paciente: M() F()/Re () Es ()	Acompaña.: SI() No()		Visita: Inicial () Revisión()	

Componente 3º.- COMPARTIR DECISIONES*	NP	0	1	2
12.- ¿En que medida el profesional define adecuadamente el problema sobre el que se tomarán las decisiones?				
13.- ¿En que medida el profesional expone o favorece la exposición de posibles opciones para el diagnóstico/tratamiento?				
14.- ¿En que medida el profesional informa sobre las diferentes opciones?				
15.- ¿En que medida el profesional permite al paciente hacer preguntas sobre las opciones o el proceso de toma de decisiones?				
16.- ¿En que medida el profesional explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?				
17.- ¿En que medida el profesional permite que se tome la decisión o indica que hay que tomarla o aplazarla?				

NP: No Procede. (0): No se observa la conducta; (1): La conducta se observa en un grado de mínimo a aceptable; (2): Se observa una conducta adecuada

Bibliografía

Gavilán E, Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Parras Rejano JM. Valoración de la relación clínica centrada en el paciente: Análisis de las propiedades psicométricas de la Escala CICAA. *Aten Primaria* 2010;42:162-168

Ruiz Moral R, Peralta Munguia , Perula L, Martinez M, Ramon J, Lara L, Carrion MT. Participation des patients a la decision. Que font les medecins? Comment les patients le ressentent? *Ejercer (la revue francaise de medicine generale.* 2010;91(suppl2):80S

Roger Ruiz-Moral, Lucía Peralta Mungía, Luis Angel Pérula de Torres, Enrique Gavilán Moral. Participación del Paciente en la Toma de Decisiones en Atención Primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria* 2010 ;42:257-265.

Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expectations* 2010;13:33-44

Ruiz Moral R y Loayssa Lara JR. Teoría de la medicina. La participación del paciente en la toma de decisiones: debilidades, dilemas y desafíos. *JANO*, Noviembre 2010; 131-5.

Ruiz Moral R. La participación del paciente en la toma de decisiones: Cuestiones controvertidas y una propuesta integradora y práctica. *FMC en Atención Primaria* 2010 (en prensa)

Ruiz Moral R. Do GPs and their patients discuss the options they are going to take in primary care consultations? A study on behaviors assessment and patients' perception. *Pat Edu Couns* (submitted 2010/8/Nov; Ref: PEC-10-795)

Ruiz Moral R, Peralta Munguia , Perula L, Martinez M, Ramon J, Lara L, Carrion MT . Peralta Munguia L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión T, Sobrino López A, Losilla M, Martínez M. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la Toma de Decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria* (en prensa ref: APRIM-S-10-00352)

Ruiz Moral R. Alba Dios A; Dios Guerra C; Jimenez Garcia C; Gonzalez Nebauer V; Perula de Torres LA; Barrios Blasco L. Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los Centros de Salud. *Enfer Clin* (en prensa ref: ENFCLIN-10-108)