



ORIGINAL

## Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales

Laura Jiménez-De Gracia<sup>a</sup>, Roger Ruiz-Moral<sup>b</sup>, Enrique Gavilán-Moral<sup>c,\*</sup>, Cesar Hueso-Montoro<sup>d</sup>, Dolores Cano-Caballero Gálvez<sup>e</sup> y M. Antonia Alba-Dios<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro Sociosanitario San Francisco, Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Unidad Docente Provincial de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba, Facultad de Medicina de Córdoba, Córdoba, España

<sup>c</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Gerencia de Salud de Plasencia, Servicio Extremeño de Salud

<sup>d</sup> Departamento de Enfermería, Universidad de Granada, Colaborador de la Fundación Index, Granada, España

<sup>e</sup> Escuela Universitaria Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>f</sup> Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, Córdoba, España

Recibido el 9 de junio de 2011; aceptado el 18 de julio de 2011

Disponible en Internet el 21 de octubre de 2011

### PALABRAS CLAVE

Toma de decisiones compartida;  
Participación del paciente;  
Investigación cualitativa;  
Grupos focales

### Resumen

**Objetivo:** Conocer qué opinan los médicos de familia de nuestro entorno sobre distintos aspectos relacionados con la implicación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria.

**Diseño:** Estudio cualitativo mediante grupos focales.

**Emplazamiento:** Atención primaria.

**Participantes:** Médicos de familia expertos y no expertos en comunicación clínica.

**Métodos:** Se formaron 3 grupos focales de 6-8 profesionales que participaron en 2 reuniones. Las conversaciones fueron registradas y transcritas literalmente. El discurso se analizó sobre categorías basadas en la bibliografía y otras emergentes del texto, codificando la información y realizando una interpretación inductiva.

**Resultados:** Los médicos de familia refieren mayoritariamente que implicarían al paciente en las decisiones proponiéndole un plan adaptado al conocimiento que de él y su problema tienen y posteriormente comprobando su aprobación o rechazo. Sin embargo, algunos profesionales reflexionan si esto podría ser calificado como implicación del paciente, cuestionando el protagonismo real que adoptarían ambos actores a la hora de decidir.

**Conclusiones:** La explicación de los médicos de familia sobre cómo involucrarían al paciente en las decisiones se enfrenta a las teorías más divulgadas sobre el tema e, igualmente,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [enrique.gavilan.moral@gmail.com](mailto:enrique.gavilan.moral@gmail.com) (E. Gavilán-Moral).

**KEYWORDS**

Shared decision making;  
Patient participation;  
Qualitative research;  
Group discussion

se opone a la visión de los pacientes, que desearían ser involucrados más activamente. Observando algunas reflexiones disonantes sobre la pertinencia de considerar el proceso así expuesto como verdadera implicación del paciente, se hace necesario describir para nuestro medio un modelo teórico realista que permita desarrollar posteriormente estrategias para mejorar la actitud y formación de los profesionales hacia la implicación del paciente en las decisiones clínicas.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Opinions of Family Doctor son the involvement of patients in the taking of decisions: a study with focus groups

**Abstract**

*Objective:* To determine what family doctors think about various aspects of patient involvement in clinical decision making in Primary Care.

*Design:* Qualitative study using focus groups.

*Location:* Primary Care.

*Participants:* Family physicians with and without expertise in clinical communication.

*Methods:* Three focus groups were developed, involving 6-8 professionals per group, and took part in two meetings. The conversations were recorded and transcribed verbatim. The discussion was analysed using literature-based categories and other emerging from the text, encoding the information and making an inductive interpretation.

*Results:* Family physicians refer mainly to involving the patient in decisions by proposing a plan tailored to the knowledge of patient problems and then verifying their approval or rejection. However, some professionals ponder whether this could be classified as patient involvement, questioning the real role that both players would take at the time of deciding.

*Conclusions:* The explanation of how family physicians would involve the patient in decisions clashes with the most widespread theories on the subject and, also opposes the view of patients who would like to be involved more actively. Taking into account discordant reflections on the relevance of considering this process as real patient involvement, it is necessary to describe a realistic theoretical model that allows further development of strategies to improve the attitude and training of professionals to patient involvement in clinical decisions.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El interés hacia la implicación del paciente en la toma de decisiones es una realidad cada vez más tangible en la relación clínica. Sin embargo, no hay consenso sobre lo que este concepto significa<sup>1-4</sup>. En general, se habla de decisiones tomadas con participación del paciente como contraposición a los modelos de interacción paternalista (el médico decide por el paciente) y de decisión informada<sup>5</sup> (el médico informa pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir). Pero así no queda claramente definida la participación del paciente. Una reciente revisión<sup>6</sup> destaca que, entre las distintas publicaciones sobre el tema, términos como *toma de decisiones compartida informada*, *atención centrada en el paciente*, *implicación del paciente*, etc., son utilizados como sinónimos a pesar de no ser conceptos equivalentes.

Existen diversos modelos, procedentes de diferentes ámbitos sanitarios y culturales, para explicar qué es decidir de forma compartida, qué es lo que se comparte, cómo debe desarrollarse el proceso y qué papel específico deben adoptar médico y paciente<sup>6</sup>. Estas teorías ofrecen discrepancias sobre su aplicabilidad práctica<sup>3,7-9</sup>. Por ello es fundamental conocer la relevancia que los profesionales otorgan a estos constructos y lo que significan para ellos.

En nuestro país encontramos trabajos genéricos sobre la relación médico-paciente y el estilo comunicacional de los médicos de familia (MF)<sup>10-12</sup>. Sin embargo, no existen investigaciones específicas sobre lo que opinan los profesionales acerca de la implicación del paciente en la toma de decisiones y sus posibilidades de desarrollo en atención primaria (AP).

Este trabajo pretende explorar, desde una aproximación cualitativa, la opinión de los médicos de familia de nuestro contexto sobre la toma de decisiones y la implicación del paciente en la misma, su pertinencia en la práctica y sus aspectos positivos y negativos.

**Participantes y métodos****Diseño**

Estudio cualitativo basado en grupos focales registrados mediante audio y videograbación.

**Muestra y participantes**

Los participantes (informantes clave) fueron 33 médicos de familia seleccionados mediante muestreo intencional. El requisito para intervenir en el estudio era tener experiencia

**Tabla 1** Guión de las preguntas realizadas en las reuniones de los grupos focales

|   |
|---|
| ¿Cuáles son tus puntos de vista sobre implicar a los pacientes en las decisiones clínicas en las consultas?   |
| ¿Crees que es importante considerar las preferencias de los pacientes para su implicación?                    |
| ¿Qué opinas sobre dar opciones a los pacientes?   |
| ¿Qué inconvenientes crees que tiene en la práctica involucrar a los pacientes en la toma de decisiones?       |
| ¿Qué problemas puedes tener tú para poner esto en práctica?   |
| ¿Qué ventajas ves en ello?  |
| ¿Existen grupos de pacientes en los que esta estrategia pudiera ser difícil o inapropiada? ¿Cuáles? ¿Por qué? |

laboral superior a 5 años y trabajar en un centro de salud, pues se buscaban las visiones de profesionales con amplio bagaje en AP. Se convocó similar número de hombres y mujeres (16 y 17, respectivamente) para evitar posibles factores de confusión debidos al sexo, y de médicos con práctica rural y urbana (14 y 19) para complementar impresiones que pudieran ser diferentes según el ámbito.

Los participantes se agruparon utilizando como criterio de segmentación su maestría en comunicación clínica, definiéndola según la experiencia docente y/o participación en investigaciones sobre el tema. Esta distinción se fundamentó en la hipótesis de que los expertos aportarían perspectivas más ortodoxas que contrarrestarían los no expertos con argumentos eminentemente prácticos. El propósito no era la comparación entre ambos, sino obtener una información lo más amplia posible. Por ello, se trabajó con 2 grupos homogéneos, compuestos íntegramente por expertos o por no expertos, y un grupo heterogéneo. El objetivo de los primeros era profundizar en el mayor número de ideas debatidas por médicos de similar formación. El del segundo, provocar interacciones entre profesionales que pudieran tener diferente enfoque que, presumiblemente, matizarían los resultados de los grupos homogéneos.

### Método de recogida de la información

La información se recogió mediante grupos focales desarrollados en Córdoba, Jaén y Málaga. Primeramente, se realizó un pilotaje para comprobar la adecuación de las preguntas planificadas y los sistemas de registro. Posteriormente, los grupos participaron en 2 reuniones de 80-100 min de duración; las sesiones realizadas fueron suficientes para saturar la información. Un investigador moderó los debates mientras otro fue observador no participante. El guión de preguntas se elaboró a partir de la literatura médica (tabla 1).

Un investigador transcribió literalmente las grabaciones identificando cada grupo focal mediante un código general («J» para designar el de Jaén, «M» el de Málaga y «C» el de Córdoba; a estos códigos se les añadió «1» o «2» según correspondiese a la primera o segunda reunión). El anonimato de los informantes se preservó asignándoles un número complementario al código general según su orden de intervención en las sesiones. Los textos resultantes fueron revisados por otro investigador para asegurar su validez.

**Tabla 2** Categorías, subcategorías y definición de las mismas obtenidas tras realizar el análisis de las transcripciones de los grupos focales

| Categoría y subcategorías      | Definición   |
|--------------------------------|--|
| 1. <i>Opinión</i>              | <i>¿Qué piensan los médicos de familia sobre la participación del paciente en las decisiones?</i>                                |
| 2. <i>Condicionantes</i>       | <i>¿Qué factores que pueden influir en los distintos aspectos de la toma de decisiones compartida?</i>                           |
| a. Paciente                    |  |
| b. Médico                      |  |
| c. Tipo de problema            |  |
| d. Opciones                    |  |
| e. Información                 |  |
| f. Incertidumbre               |  |
| g. Otros                       |  |
| 3. <i>Beneficios</i>           | <i>¿Qué aspectos positivos tiene la participación del paciente en las decisiones?</i>  |
| 4. <i>Problemas</i>            | <i>¿Qué dificultades e inconvenientes surgen a la hora de poner en práctica la participación del paciente en las decisiones?</i> |
| 5. <i>Herramientas</i>         | <i>¿Qué aspectos son necesarios para que un médico pueda implicar al paciente en las decisiones?</i>                             |
| 6. <i>Modelos de actuación</i> | <i>¿En qué marcos teóricos se establece la relación médico-paciente en la consultas?</i>   |

Las transcripciones de todas las reuniones se volcaron en un único documento para facilitar su análisis.

### Análisis

Del estudio bibliográfico previo se generó el marco conceptual que estableció las categorías iniciales para codificar la información. Complementariamente, durante el análisis se formularon categorías emergentes (categorización abierta). La finalidad de combinar ambas codificaciones fue conseguir un amplio análisis que tuviera en cuenta lo conocido sobre el tema y que fuese sensible a lo novedoso que los grupos aportasen. Tres investigadores independientemente primero y luego en común con 3 expertos en investigación cualitativa, ampliaron y redefinieron los códigos preliminares, consensuando las categorías definitivas (tabla 2) y las citas textuales (pasajes de texto extraídos de la transcripción) asignados a las mismas. Con ello, se pretendió asegurar el rigor a través de la triangulación y el contraste del análisis entre investigadores.

Como soporte para codificar las transcripciones se utilizó el programa de análisis cualitativo Nudist-Vivo versión 7.0 (2006, QSR International).

## Resultados y discusión

Los médicos de familia enmarcan la implicación del paciente en la toma de decisiones en la evolución del tradicional paternalismo hacia el modelo clínico biopsicosocial y en el reconocimiento de la autonomía y los derechos de los pacientes.

«Hemos ido desmontando ese modelo biomédico y enriqueciéndolo con el psicosocial. Y yo creo que en el psicosocial es donde entra la decisión compartida» (J1-2).

Califican este cambio como positivo, aunque para ponerlo en práctica confiesan dificultades como falta de costumbre, presumir que determinados pacientes no pueden participar o prefieren que decida el médico, etc.

«Si ahora me diera porque todos los pacientes participaran en la toma de decisiones, yo me imagino que se preguntarían «¿esto qué es?». Y si ellos no están acostumbrados en la relación (clínica) a tomar decisiones, se me ocurre que puede ser difícil para ellos también, no solo para mí» (J1-1).

Otros trabajos confirman que la actitud del profesional es clave: cuando es favorable, facilita que los pacientes tengan las habilidades e información necesarias para trabajar conjuntamente y asumir un papel más activo respecto a su salud<sup>1</sup>.

Preguntados sobre los beneficios de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones, los médicos de familia coinciden en que genera satisfacción, confianza y equilibrio entre ambos, favorece la adherencia a las recomendaciones y aumenta el control del paciente sobre su enfermedad. Al final se obtienen mejores resultados, tanto de la consulta como en la salud del paciente, lo cual es consonante con los resultados de otras investigaciones<sup>13-16</sup>.

«Ventajas, yo creo que muchas; entre otras cosas, que mejora mucho la relación médico-paciente» (C1-6).

«Te va a ayudar a que cumpla más el tratamiento, a que se adhiera más, a que el resultado sea mejor para su salud, ¿no? Incluso a que él esté más cómodo» (M1-1).

Respecto a los inconvenientes, concuerdan con los principales encontrados en la literatura<sup>17,18</sup>. Unánimemente, la falta de tiempo es valorada como el factor más negativo, siendo el principal argumento con que los médicos de familia explican por qué no promoverían la participación de todos los pacientes, sino que seleccionarían los casos en que, según su criterio, fuera más conveniente (generalmente, enfermedades crónicas o con varias opciones equiparables o sin clara evidencia científica). En este sentido, consideran la longitudinalidad de la AP clave para conocer a los pacientes e intuir cuándo o cómo implicarlos.

«Tú no puedes en tres minutos, cuatro minutos, cincuenta o sesenta pacientes (...) Y ahí es donde está lo que tú has dicho antes: que a unos les das la información y a otros no» (M1-5).

«Ante un proceso simplemente agudo, donde lo tengamos todos muy claro, (...) eso, poca información... Pero, precisamente, cuanta más incertidumbre hay, cuando la

situación no está tan clara, cuando hay varias alternativas y cuando hay varios caminos, es cuando yo creo que se debe dar más información al paciente y se debe implicar más en su formación» (J1-4).

Otros problemas destacados son el temor a que el paciente desconfie de sus conocimientos cuando implicarlo conlleva compartir incertidumbre (acentuado en médicos sustitutos o jóvenes) y dificultades para afrontar el proceso con pacientes *desinformados* (término que relacionarían con demandas extraídas de medios de comunicación, internet o personas cercanas, no acordes con las alternativas que pueden ofrecer o el conocimiento científico actual).

Al analizar cómo dicen implicar los médicos de familia al paciente en las decisiones, la explicación mayoritaria es que se desarrollaría un proceso implícito e intuitivo en 2 fases. Inicialmente el profesional tomaría la iniciativa proponiendo la solución que considerase más adaptada al paciente:

«Yo soy capaz de cuando estoy haciendo esa elaboración mía mental, tener en cuenta la elaboración mental del paciente, lo que quiere, necesita, duda, implicaciones sociales, implicaciones familiares, problemas que llevaba...» (C1-1).

«De alguna manera estás compartiendo una decisión pero de forma implícita. Yo creo que muchas veces, según vas viendo sus preferencias, sus creencias, vas tanteando y al final ofertas una u otra; al final vas encaminando lo que tú has visto que él prefería y a lo mejor no de una forma tan explícita como «¿esto o lo otro?»» (M1-4).

Posteriormente, intentaría conocer la aprobación o resistencia al plan observando posibles pistas no verbales o directamente preguntando «¿Le parece bien?», «¿Está de acuerdo?»

No es que en principio yo los vaya a implicar en la toma de decisiones directamente, a priori, sino una vez que ya he hecho una determinación o lo que sea, y veo que ese paciente con el lenguaje no verbal me está indicando que ahí hay algo que no funciona, pues entonces me (lo) replanteo» (C1-1).

«Por ejemplo: un paciente que viene con un cuadro febril y molestias urinarias (...): «Tiene usted una infección de orina, y el tratamiento es tal»; el paciente asume eso, no pone ninguna resistencia en un ambiente en el que él puede manifestar perfectamente sus impresiones» (M1-4).

Esta forma de enfocar la implicación del paciente no se corresponde con las teorías más difundidas. Éstas, procedentes del ambiente académico y hospitalario anglosajón, describen la toma de decisiones clínicas como una serie de fases que deben aparecer explícitamente<sup>3,4,19</sup>. Pero publicaciones sobre consultas de AP sí presentan resultados consonantes: los médicos de familia manifestarían adaptar sus propuestas según su conocimiento del paciente, intuendo el grado de participación y el papel que desea adoptar sin necesidad de verbalizarlo<sup>9,20,21</sup>.

Sin embargo, resulta bastante significativo que la explicación mayoritaria de los profesionales no concuerde con las impresiones de los pacientes. Según un estudio realizado en consultas de AP en nuestro país, un 60% de los

pacientes desearía que su médico les pidiera opinión y promoviera su implicación, pues en la práctica no aprecian que realmente suceda<sup>22</sup>. Las diferentes percepciones entre ambos pondrían de manifiesto que, en este tema, algunos pacientes se encontrarían un paso por delante en la relación clínica, mientras sus médicos mantendrían actitudes paternalistas haciendo prevalecer su criterio bajo el pretexto de saber qué quiere o necesita el paciente y el siguiente prejuicio: «en el fondo, yo creo que el paciente espera que la decisión sea del médico». La justificación sea probablemente la ausencia de una clara disposición de los profesionales hacia la implicación de los pacientes y la falta de habilidades para ponerla en práctica.

En esta dirección se dirigiría la siguiente reflexión:

«Yo soy el experto, yo soy el que sabe, el paciente es un pasivo digan los políticos lo que digan, y yo soy el que le digo lo que tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer y qué consigue cuando lo hace. Pero realmente pasar de nuestra omnipotencia de experto, contrastar opiniones, respetar la del otro, ahí hay un cambio de actitud mucho más profundo de lo que podemos creer, que tendrá muchas ventajas, pero yo prefiero un enfermo que haga lo que yo quiero, que no me plantee muchos problemas» (J1-3).

Algunos informantes reflexionan sobre la pertinencia de considerar el proceso con que ellos mismos describen esta implicación como una forma de participación real del paciente, basándose en que en ocasiones los profesionales podrían utilizar sus conocimientos para dirigir sesgadamente al paciente hacia la decisión que ellos profesionalmente prefiriesen.

«Quizás no ha sido un proceso de compartir, ha sido un proceso de elaborar el plan de actuación que crees más adecuado para un paciente y entonces intentas ‘venderle la moto’. Venderle, implicar, en ese plan que tú has elaborado. Eso es compartir hasta cierto punto» (J1-3).

«Hay que tener en cuenta que tú tienes un plan de actuación como experto previsto en tu mente y negociarlo con el paciente a posteriori, pero al final el plan que salga es tuyo. Eso es más fácil, porque al fin y al cabo todos tenemos ya la experiencia. Con la experiencia de entrevista o con la experiencia que tenemos de la consulta diaria, tenemos las suficientes herramientas como para negociar mejor que el paciente» (J1-5).

Estas consideraciones pondrían nuevamente de manifiesto las dificultades de los profesionales para observar la relación clínica como un encuentro entre dos iguales donde el paciente pide cada vez más ser el protagonista, exigiendo al médico que facilite su incorporación efectiva a la consulta en general y las decisiones en particular.

## Conclusiones, utilidad y limitaciones

### Conclusiones

Los médicos de familia describen la implicación de los pacientes en la toma de decisiones como un proceso implícito en que ellos propondrían una actuación adaptada a

su conocimiento del paciente y su problema, pudiendo posteriormente éste expresar conformidad o desacuerdo. Algunos profesionales reflexionan si esto podría ser calificado como verdadera implicación del paciente, dudando sobre la motivación real del médico para involucrarlo si en el momento de compartir el plan de acción lo que hace es conducirlo hacia su criterio sin ofrecerle una auténtica oportunidad de participar activamente en la decisión.

### Utilidad de este estudio

Este trabajo es el paso previo para estudiar sobre otros aspectos fundamentales de la participación del paciente en las decisiones en AP: en qué circunstancias se produce, qué factores influyen, qué grado de implicación tiene lugar en la práctica, etc. Conocer estas dimensiones permitiría adaptar a nuestro contexto los modelos teóricos existentes y plantear recomendaciones realistas sobre condicionantes, competencias y habilidades y, a partir de ellas, establecer líneas de formación para los profesionales y estrategias para modificar actitudes resistentes hacia el tema.

### Limitaciones

Una limitación del estudio podría derivar de sus contenidos específicos, ya que los médicos podrían posicionarse

### Lo conocido sobre el tema

- Aunque no existe un consenso sobre lo que es la implicación del paciente en la toma de decisiones (IPTD), es cada vez mayor el interés por su estudio en la literatura médica internacional.
- Existen diferentes teorías sobre qué es tomar una decisión de forma compartida entre médico y paciente, cómo ha de desarrollarse el proceso, qué papel específico deben adoptar ambos y qué es lo que realmente se comparte.
- No existen investigaciones específicas en nuestro medio sobre lo que opinan los médicos de familia acerca de la IPTD y sus posibilidades de desarrollo en AP.

### Qué aporta este estudio

- Los médicos de familia explican la IPTD como un proceso implícito en que ellos guiarían al paciente hacia una decisión y este puede, posteriormente, mostrar conformidad o desacuerdo hacia la misma.
- Existen voces discordantes con este pensamiento que reflexionan sobre la necesidad de replantearse el protagonismo real del paciente si su papel en el proceso es pasivo.
- Se hace necesario un cambio de actitud de los profesionales para superar en la práctica diaria el estilo paternalista de relación con los pacientes.

claramente a favor de la implicación de los pacientes por ser políticamente más correcto. Sin embargo, el planteamiento de distintas preguntas abiertas sobre opiniones y otras cuestiones más prácticas permitió aflorar respuestas «más relajadas» ante preguntas que no parecían interrogar sobre las valoraciones acerca del tema, consiguiendo finalmente un discurso, a nuestro entender, bastante aproximado a las visiones de los informantes. Además, los profesionales tenían la misma jerarquía profesional, lo que permitió que pudieran expresarse libremente sin sentirse coaccionados.

Otra limitación podría ser la falta de triangulación de los resultados con otras técnicas de recogida de datos (tanto cuantitativas como cualitativas). Sin embargo, la profundidad alcanzada durante los debates y la saturación de la información entre participantes, tanto expertos como no expertos en comunicación clínica, solventarían esta limitación.

## Financiación

Este proyecto fue financiado por los fondos FIS del Instituto Nacional Carlos III (expediente PI050527, convocatoria 2005), y por las ayudas a la investigación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (expediente 147/2005).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos el papel docente y asesor del personal técnico de la Fundación Index de Granada. Agradecemos especialmente la colaboración de los médicos de familia que participaron en los grupos focales.

## Bibliografía

- Entwistle VA, Watt IS. Patient involvement in treatment decision-making: the case for a broader conceptual framework. *Patient Educ Couns.* 2006;63:268–78.
- Whitney SN. A new model of medical decisions: exploring the limits of shared decision making. *Med Decis Making.* 2003;23:275–80.
- Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ.* 1999;319:766–71.
- Charles C, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S. Shared treatment decision making: what does it mean to physicians? *J Clin Oncol.* 2003;21:932–6.
- Ruiz Moral R, Rodríguez JJ, Epstein RM. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria.* 2003;32:594–602.
- Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making.* 2007;27:539–46.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000;50:892–7.
- Elwyn G, Edwards A, Wensing M, Hibbs R, Wilkinson C, Grol R. Shared decision making observed in clinical practice: visual displays of communication sequence and patterns. *J Eval Clin Pract.* 2001;7:211–21.
- Towle A, Godolphin W, Grams G, LaMarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expect.* 2006;9:321–32.
- Ruiz Moral R, Rodríguez Salvador J, Pérula de Torres L, Prados Castillejo J. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria.* 2002;29:132–44.
- Torío Durántez J, García Tirado M. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria.* 1997;20:17–24.
- Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en Atención Primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:561–75.
- Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. *Health Expect.* 2001;4:151–61.
- Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Educ Couns.* 2007;65:69–78.
- Staiger TO, Jarvik JG, Deyo RA, Martin B, Braddock CH. Patient-Physician Agreement as a Predictor of Outcomes in Patients with Back Pain. *J Gen Intern Med.* 2005;20:935–7.
- Gravel K, Legare F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci.* 2006;1:1–33.
- Mira Solves J, Llinás Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C. Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Aten Primaria.* 2009;41:308–14.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision -making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999;49:477–82.
- 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.
- Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ.* 1999;319:753–6.
- Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expect.* 2009;13:33–44.
- Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Olloqui Mundet J, Carrión 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.* 2011. doi:10.1016/j.aprim.2010.12.011.