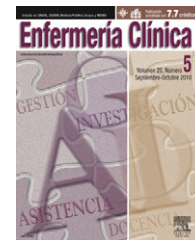




# Enfermería Clínica

[www.elsevier.es/enfermeriaclinica](http://www.elsevier.es/enfermeriaclinica)



## ORIGINAL

### Preferencias, satisfacción y grado de participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de enfermería de los centros de salud

Roger Ruiz Moral<sup>a,\*</sup>, Antonia Alba Dios<sup>a</sup>, Caridad Dios Guerra<sup>b</sup>, Celia Jiménez García<sup>c</sup>, Valeria González Neubauer<sup>d</sup>, Luis Ángel Pérula de Torres<sup>a</sup> y Luciano Barrios Blasco<sup>d</sup>

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

<sup>b</sup> Centro de Salud de Ciudad Jardín, Córdoba, España

<sup>c</sup> Distrito Sanitario Guadalquivir, Córdoba, España

<sup>d</sup> Distrito Sanitario Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 22 de julio de 2010; aceptado el 25 de enero de 2011

Disponible en Internet el 27 de abril de 2011

#### PALABRAS CLAVE

Participación del paciente;  
Toma de decisiones;  
Satisfacción;  
Atención primaria;  
Enfermería

#### Resumen

**Objetivos:** Valorar las preferencias, la satisfacción y el grado de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones con las enfermeras de los centros de salud.

**Método:** Se diseñó un estudio observacional descriptivo con un enfoque metodológico mixto cualicuantitativo, realizado con pacientes que utilizaron los servicios de enfermería de nueve centros de salud de Andalucía. Tras ser atendidos, los pacientes fueron entrevistados, recogiendo sus opiniones y satisfacción con el proceso de implicación en la toma de decisiones. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo, y para comprobar la existencia de diferencias entre las respuestas a las preguntas cerradas y las abiertas agrupadas del cuestionario, se utilizó el test de la  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ ). Análisis cualitativo: las preguntas abiertas fueron agrupadas en categorías en un proceso que involucró a tres investigadores independientemente.

**Resultados:** Participaron 237 pacientes. Un 59% (138) prefiere un rol colaborativo con la enfermera a la hora de tomar decisiones. Un 96,2% (228) de los usuarios encuestados declararon estar satisfechos o muy satisfechos con el proceso de toma de decisiones en la consulta de enfermería; sin embargo, el 17,4% (41) hizo sugerencias para mejorarlo. Para los pacientes las principales áreas de mejora estaban relacionadas con habilidades comunicativas para ayudar a decidir, consensuar o realizar consejos.

**Conclusiones:** Los profesionales de enfermería deberían tener en cuenta que más de la mitad de sus pacientes desean participar en las decisiones a adoptar en la consulta con su enfermera y que en la práctica esta participación puede ser mejorada incorporando habilidades comunicativas específicas. Las encuestas que incorporan preguntas abiertas permiten detectar de una manera más precisa los problemas de la atención prestada.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:roger.ruiz.sspa@juntadeandalucia.es) (R. Ruiz Moral).

**KEYWORDS**

Patient participation;  
Decision making;  
Satisfaction;  
Primary care;  
Nurse

## Preferences, satisfaction level of patient participation in making decisions in health centre nursing clinics

**Abstract**

**Aims:** To assess patient preferences their satisfaction level and their participation in decision making with nurses.

**Methods:** Cross-sectional and mixed quantitative-qualitative study carried out in people attending the nursing services of 9 Health Centres in Andalusia. Patients were interviewed immediately after receiving nursing treatment using two different questionnaires for assessing their opinions, satisfaction and perception of involvement in the decisional process. A descriptive analysis using the  $\chi^2$  test ( $P < .05$ ) was performed to assess the differences among close-ended and open-ended questions. Qualitative analysis: Open-ended questions were grouped into categories by a process involving three researchers independently.

**Results:** A total of 235 patients took part, of whom 59% (138) preferred a collaborative role with the nurse when making decisions. In the closed questions, 96.2% (228) of the surveyed patients declared to be satisfied or very satisfied with the decision making process; nevertheless 17.4% (41) made specific suggestions for improving this process. For them the main improvement areas were related to: general communication skills or a more specific one such as: strategies for helping them make decisions, reaching common ground or giving advice.

**Conclusions:** Nurses should be aware that most patients wish to be involved in decision making and in clinical practice this participation can be improved by obtaining specific communicational skills. Surveys that include open-ended questions are more useful to assess the quality of care  
© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Qué se conoce**

La participación del paciente en la toma de decisiones es un aspecto de la atención sanitaria que se considera relacionado con la calidad.

Hay variabilidad en cuanto al grado de implicación que desean los pacientes en la toma de decisiones.

La mayoría de los estudios clínicos sobre este tema se han realizado en las consultas médicas.

**Qué aporta**

Algo más de la mitad de los pacientes, cuando acuden a las consultas de enfermería, desean participar en la toma de decisiones.

Un importante número de pacientes sugiere alternativas para mejorar esta implicación, lo que revela un déficit en su aplicación.

**Introducción**

La participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD) es un aspecto de la atención sanitaria que se considera relacionado con la calidad<sup>1</sup>. Esta participación implica que el profesional involucre a los pacientes en un proceso de compartir información y opiniones y más concretamente compartir las decisiones en una consulta sobre las acciones a tomar. Instituciones como el General Medical Council en Reino Unido<sup>2</sup> y el US Preventive Task Force<sup>3</sup> consideran «la colaboración entre profesional y paciente» como «clave para

la toma de decisiones». Estas tendencias están teniendo su reflejo en el marco político y legal, como la ley 41/2002 de autonomía del paciente en su artículo 2, punto 3<sup>4</sup>. En lo que respecta a la influencia de esta perspectiva en la relación entre enfermería y paciente, McQueen<sup>5</sup> declara que enfermeros y pacientes necesitan considerarse mutuamente como sujetos autónomos que trabajan para conseguir fines comunes. Salvage<sup>6</sup>, en su conceptualización sobre «la nueva enfermería», afirma que «la colaboración incluye aumentar el conocimiento y habilidades de los pacientes dándoles más información, maximizando su independencia, ofreciéndoles opciones y respetando sus decisiones, así como comprendiendo sus necesidades concretas». El código de conducta profesional elaborado por el United Kingdom Central Council for Nursing<sup>7</sup> recoge estas perspectivas que fomentan el trabajo colaborativo entre enfermería y los pacientes, asumiendo que los enfermeros deben compartir su conocimiento y a su vez el poder de decisión.

Sin embargo, los estudios publicados hasta la fecha revelan que los deseos de participación de los pacientes son muy variables. Por ejemplo, en encuestas dirigidas a la población general<sup>8</sup>, señalan que el 52% de los encuestados preferían dejar la decisión final al profesional. Similares resultados obtuvieron en nuestro país Delgado<sup>9</sup> y Coulter<sup>10</sup>, con cifras entre un 60 y un 68%. Será, por lo tanto, un aspecto de gran importancia conseguir evidencias empíricas que nos aporten un conocimiento real inicial de aspectos clave para promover la participación del paciente en las consultas de enfermería. Debe priorizarse la evaluación de las expectativas y las percepciones al respecto de los pacientes cuando acuden a las consultas, así como las de los propios profesionales, el grado en que se produce esta participación en las consultas o las variables que la modulan, entre otros. En nuestro país, sin embargo, no existen suficientes trabajos

sobre estos temas en el ámbito de la atención de enfermería, más allá de algunos que evalúan la participación de familiares en el cuidado de determinados enfermos agudos<sup>11,12</sup>. Por ello, en el presente estudio nos propusimos como objetivos valorar las preferencias de los pacientes sobre su participación, satisfacción y percepción en el proceso de toma de decisiones con la enfermera de atención primaria y explorar las sugerencias de cambio o mejora de los pacientes sobre su participación.

## Método

Se diseñó un estudio observacional descriptivo, y se empleó un enfoque metodológico mixto cualicuantitativo. Como población de estudio, se escogió a pacientes que acudieron a los servicios de enfermería de nueve centros de salud (CS) de Andalucía, escogidos mediante muestreo de conveniencia, de los cuales seis eran de ámbito urbano y tres, rurales. Los pacientes seleccionados acudían a su CS con la finalidad de recibir atención en consultas programadas de enfermería (control de pacientes crónicos con diabetes, hipertensión arterial, obesidad y embarazo y planificación familiar). Se estimó que sería necesario reclutar al menos a 228 pacientes para obtener una precisión del  $\pm 6,5\%$ , para un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 50% para la variable «participación en la toma de decisiones» (fijamos este valor, que se corresponde con la situación de mayor indeterminación, al no disponer de datos de estudios previos). Los pacientes fueron seleccionados por muestreo consecutivo de entre todos los presentes en las salas de espera de enfermería entre octubre de 2008 y junio de 2009. Se excluyó del estudio a los pacientes que acudieron por otros motivos que no fuesen los propios de una consulta programada de enfermería (curas, vacunaciones, etc.). Las entrevistas fueron llevadas a cabo por dos encuestadoras contratadas para este fin, previamente entrenadas (se descartó la autoaplicación del cuestionario, pues el nivel educativo de la población era bastante bajo). Se obtuvieron encuestas de pacientes atendidos entre 5 y 9 enfermeras en cada uno de los centros seleccionados al objeto de conseguir el mayor grado de representatividad en cada CS. La media de pacientes entrevistados fue de 37 en cada CS, con 6 encuestas por cada enfermera seleccionada.

Las variables independientes recogidas fueron edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y motivo de consulta. Para medir los diferentes aspectos relacionados con la toma de decisiones en la consulta programada de enfermería, se diseñó un cuestionario, dado que no encontramos ningún otro validado en el que basarnos para los fines de este estudio. Este cuestionario, antes de su utilización, se sometió a un proceso de validación consistente en comprobar la validez lógica o aparente y de contenido. Se elaboró mediante consenso entre expertos (los propios autores del estudio) con experiencia previa en la creación de este tipo de instrumentos de medida. Posteriormente, el cuestionario fue objeto de un estudio piloto realizado en 60 pacientes usuarios de un CS rural y otro urbano, donde se verificó el nivel de comprensión de las preguntas, así como la factibilidad del sistema organizativo y de recogida de información planeado. Tras la prueba, se realizaron sobre todo modificaciones

organizativas y estructurales para el correcto desarrollo del trabajo de campo.

A los sujetos participantes se les abordaba antes de entrar a la consulta de enfermería y se les explicaba el objetivo del estudio, solicitándoles que firmasen la hoja de consentimiento informado. En caso de aceptar, se pasaba a recoger sus datos sociodemográficos y el motivo de la consulta, y se les avisaba de que a los 2 o 3 días de la consulta se les llamaría por teléfono para hacerles la entrevista. En la entrevista telefónica se les preguntaba sobre quién creían que debía tomar las decisiones en la consulta de enfermería (la enfermera, de mutuo acuerdo o el paciente), se les pedía que valoraran (mediante pregunta cerrada con cuatro opciones de respuesta) el nivel de satisfacción con la forma en que se habían decidido las acciones que se tomaron, así como su percepción sobre quién creían que lo había hecho (el enfermero, el paciente o ambos), y el grado real de participación percibido en la toma de decisiones (para ello se empleó una escala analógica visual de 10 puntos, que fue cualitativizada en tres categorías: ninguna participación, participación compartida y participación total). Finalmente, mediante una pregunta abierta se exploraban los posibles deseos de cambio respecto a su deseo de mayor participación («Con relación a la manera en que se tomó la decisión en la consulta, ¿le haría alguna sugerencia a su enfermera para en próximas visitas mejorar su participación?»).

Los datos fueron objeto de un análisis estadístico descriptivo. Posteriormente se procedió a un análisis de tipo cualitativo mediante un proceso de categorización de las respuestas realizado de manera independiente por dos investigadores. El análisis colectivo del proceso de triangulación de datos se llevó a cabo durante dos sesiones, la primera para consensuar aspectos más relevantes del proceso, y la segunda para poner en común la categorización de las respuestas aportadas por cada investigador. Las discrepancias se resolvieron por consenso. Finalmente se obtuvo un conjunto de categorías y subcategorías que agruparon todas las respuestas obtenidas. La existencia de posibles diferencias entre las medidas obtenidas en las preguntas cerradas y las abiertas (dicotomizadas) se exploró mediante el test de la  $\chi^2$ . Para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y las respuestas a las preguntas sobre el proceso de toma de decisiones, se utilizaron los tests de Kruskal-Wallis y de la  $\chi^2$  (los contrastes empleados fueron bilaterales, para una  $p=0,05$ ). Los datos han sido analizados con los programas SPSS (versión 15.0 para Windows) y EPIDAT (versión 3.1). El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Distrito Sanitario Córdoba-Centro.

## Resultados

Se invitó a participar a 305 pacientes que cumplían criterios de inclusión (tasa de respuesta, 71%); los que rehusaron lo hicieron por diversos motivos (sobre todo por falta de confianza en la confidencialidad), siendo las tasas de rechazo más bajas en los CS de áreas con nivel socioeconómico inferior. De los que dieron su consentimiento a participar, finalmente respondieron a la entrevista telefónica 237 pacientes (tasa de respuesta, 95%), y las causas de la falta de respuesta fueron fundamentalmente la falta de tiempo, la

**Tabla 1** Relación entre las respuestas obtenidas en la pregunta cerrada sobre el grado de satisfacción en la toma de decisiones y las obtenidas con la pregunta abierta (propuestas de cambio)

Pregunta abierta: propuestas de cambio	Pregunta cerrada: nivel de satisfacción				p*
	Muy satisfecho, n (%)	Satisfecho, n (%)	Insatisfecho o regularmente satisfecho, n (%)	Total, n (%)	
Sí	5 (5,9)	31 (21,7)	5 (62,5)	41 (17,4)	< 0,0001
No	80 (94,1)	112 (78,3)	3 (37,5)	195 (82,6)	
Total	85 (100)	143 (100)	8 (100)	236 (100)	

\* Test de la  $\chi^2$  de Pearson.

imposibilidad de contactar tras realizar tres o más intentos y error en el número de teléfono aportado.

La media de edad de los pacientes era  $59,1 \pm 16,8$  (22-89) años; 171 (72,2%) eran mujeres. La mayoría de los encuestados no tenían estudios (38%) o sólo habían cursado estudios primarios (37,6%).

Los principales motivos por los que los pacientes acudieron a la consulta de enfermería fueron el control y/o el seguimiento de su enfermedad crónica: el 50,2% de los pacientes para control de diabetes, el 73% para hipertensión arterial, el 57% por obesidad, el 16% para control de una dislipemia; el 10,1% para control del embarazo y el 6,9% para control del niño sano. Otros motivos menos frecuentes por los que los pacientes asistieron a la consulta de enfermería fueron la realización de espirometrías (1,2%) o de un ECG (0,8%). La mayoría de los usuarios que consultaron tenían varios problemas de salud, como alergias, anemias, diabetes, cáncer, afecciones bronquiales, cardiopatías, artrosis, asma, tiroides, enfermedad reumática, problemas circulatorios, cataratas, cateterismo o descalcificación.

Respecto al rol preferido de los pacientes en la toma de decisiones, 82 (35%) manifestaron desear un rol no activo (la enfermera es la que debe tomar las decisiones), mientras que 138 (59%) preferían un rol colaborativo con la enfermera (la decisión se debe de tomar conjuntamente) y sólo 14 (6%) deseaban asumir la responsabilidad total de la decisión (papel informativo de la enfermera).

El grado de participación percibido en la toma de decisiones, valorado con la escala de 0 a 10, obtuvo un promedio de  $4,31 \pm 3,6$  (mediana, 5) puntos. Se aprecia una relación inversamente proporcional entre el grado de participación y el nivel de instrucción, en el sentido de que un 60% (12) de los pacientes con un nivel cultural elevado percibieron que su grado de participación fue nulo o muy bajo (entre 0 y 3 en la escala), frente al 18,8% (3) de aquellos con el nivel cultural mas bajo ( $p=0,014$ ).

El 24,8% (83) afirmó no haber tenido ninguna participación en la toma de decisiones sobre el proceso por el que acudió a la consulta de enfermería. El 96,2% (228) manifestó sentirse muy satisfecho o satisfecho con la forma en que se tomaron las decisiones en la consulta. Se halló una relación directamente proporcional entre la edad y la satisfacción con el proceso de toma de decisiones (promedio de edad de los que afirmaron estar más satisfechos, 42,9 años; promedio de edad de los más satisfechos, 58,3 años;  $p=0,016$ ) y entre este grado de satisfacción y el sexo (el 27,8% de los varones frente al 50,9% de las mujeres expresaron sentirse muy satisfechos;  $p=0,04$ ).

En la [tabla 1](#) se expone el número de respuestas obtenidas en las diferentes categorías de la pregunta cerrada sobre la satisfacción con la forma en que se tomaron las decisiones en la consulta, así como el número de comentarios de los pacientes que expresaron algún deseo de cambio al respecto. Como se observa, el 17,4% (41 pacientes) hizo propuestas de cambio. Se encontró relación estadística entre las contestaciones a la pregunta cerrada que valoraba el nivel de satisfacción del paciente sobre el proceso de toma de decisiones y la realización de sugerencias de cambio por parte de estos para mejorar el servicio recibido (a mayor grado de insatisfacción, más porcentaje de pacientes que realizan propuestas de cambio).

Finalmente, al preguntar a los pacientes tras la consulta sobre su percepción del grado de participación en las decisiones adoptadas tras ella, un 35,3% (83 pacientes) declaró que no había podido participar en la decisión («fue la enfermera la que decidió lo que tenía que hacer»), un 41,3% (97 pacientes) afirmó que había participado pero compartiendo la decisión con su enfermera («lo decidimos entre la enfermera y yo») y un 23,4% (55 pacientes), que había participado

**Tabla 2** Categorías identificadas con relación a los deseos de cambio sobre la forma en que la enfermera podría ayudarles a participar en la toma de decisiones

Categorías	Subcategorías
1. Habilidades de comunicación	Trato: trato amable, cercanía, trato personal, implicación Información: cantidad de información, calidad de información, tipo: oral y escrita, personalizada Escucha activa Interés Disponibilidad Empatía Dejar hablar al paciente
2. Fomentar la implicación	Ayudar a decidir
3. Gestión de la atención	Consensuar decisiones Aconsejar Más tiempo de atención Frecuencia en cambios de personal

**Tabla 3** Ejemplos de comentarios significativos agrupados por categorías y subcategorías**1. Categoría general de «Habilidades de comunicación»***Necesidad de ser escuchados*

- «Que nos dejen hablar en la consulta. La hacen rápida y no te dejan hablar, no te da tiempo a hacer preguntas»
- «Que sea más receptiva, abierta, que me escuche más, si dices algo enseguida te corta»
- «Que te pongan atención para lo que hables, que te escuchen cuando hables»

*Mayor información y mayor calidad de esta*

- «Más información sobre opciones»
- «Que dé información más detallada»
- «Que dé más información, más asertividad, que den explicaciones. Tú llegas con un proceso que necesita respuestas...»
- «Que me ayude, que me explique algo más, que me informaran más»
- «Aquí es todo muy frío y mecánico. No te habla de otras opciones, vacunas no financiadas por la Seguridad Social, y luego te tienes que informar y actuar por tu cuenta»
- «Dar documentación de apoyo a lo que explica o comenta»

*Trato*

- «Que sea más amable, más cercana. Es muy seca, a lo mejor es su carácter. A lo mejor no es mala gente, pero la verdad es que para un poquito»

**2. Categoría general de «Fomentar la implicación»***Necesidad de recibir consejo*

- «Que me aconseje ella y que yo haga lo que tenga que hacer»
- «Que me aconseje lo que debo hacer, pero yo decido lo que hago»

*Actitudes de negociación y búsqueda activa del consenso*

- «Me gustaría que esta fuera más consensuada entre las dos. Información más completa para no tomar decisiones arbitrarias»

*Personalización a la hora de abordar las formas de solucionar los problemas*

- «Que lo haga más a título individual, trato más personalizado, no generalizar con la atención. Que tenga en cuenta mis necesidades y que me explique mejor»

**3. Categoría general de «Gestión de la atención»***Mayor necesidad de tiempo*

- «Que den más tiempo para que puedan decir más cosas a las personas»

*Cambio frecuente de profesionales*

- «Que se pare más cuando un paciente necesite más tiempo y no cambiar tanto a los enfermeros, ya que tanto cambio es un problema, pues tengo que explicarle mis problemas cada vez que cambien de profesional y es muy incómodo»
- «Que no cambiara de enfermera, que no se entera, y así sabes y puedes decidir con ella. Si fuera siempre la misma, mejor. Puedes opinar porque te conoce. Cuando te cambian de enfermera te pesa, te toma la tensión y ya está»

mucho o completamente («fui yo el que informado por la enfermera decidió qué hacer»).

Las respuestas a los deseos de cambio se agruparon en una serie de categorías. La [tabla 2](#) resume el conjunto de categorías y subcategorías identificadas y la [tabla 3](#), los comentarios más significativos.

## Discusión

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio representan una aproximación descriptiva del proceso de PPTD en consultas de enfermería. En línea con lo publicado hasta ahora, son los pacientes con más nivel sociocultural los más exigentes en cuanto a percepción de participación e, igualmente, la satisfacción es menor en los más jóvenes<sup>13-15</sup>. Apparently, esta población se encuentra más acostumbrada a un tipo de relación colaborativa con el profesional sanitario y rechaza una relación paternalista o impositiva. Nuestros hallazgos apoyarían estos supuestos en nuestro contexto y en la atención de enfermería. Resulta novedoso el hecho de que los varones se sientan más sensibilizados en este aspecto que las mujeres. No obstante, podemos decir que, en general, los deseos de participación de los pacientes son

importantes, ya que hasta casi dos tercios prefieren un rol colaborativo o aceptan asumir un papel protagonista en la toma de decisiones.

Sin embargo, llama la atención que, aunque muchos pacientes declaraban tras una consulta haber participado suficientemente en este proceso y, sobre todo, la práctica totalidad de ellos decían sentirse satisfechos con la forma en que se habían tomado las decisiones en la consulta, al preguntarles de manera abierta si tenían sugerencias para que la enfermera pudiera mejorar este proceso, un número de ellos ofrecía propuestas concretas al respecto. Podemos considerar que la existencia de estas «sugerencias de mejora» matiza el grado de satisfacción de los pacientes que en las preguntas cerradas se declaran satisfechos. La pregunta abierta pretendía detectar posibles aspectos deficitarios en este tema. Efectivamente, otros estudios realizados con ancianos residentes en instituciones utilizando una estrategia de preguntas parecida obtuvieron similares resultados<sup>16,17</sup>. La interpretación inicial que hacemos de estos resultados es que la mayoría de los pacientes que consultan con enfermería en los CS desean que la toma de decisiones sea colaborativa. Sin embargo, un importante número de ellos cree que este proceso puede mejorarse, y así ofrecen sugerencias al respecto. Estas deberían ser



tenidas en cuenta por los profesionales para mejorar la relación con los pacientes y para promover la participación de manera más adecuada. Estos resultados, por lo tanto, reflejarían una limitación en la capacidad de las enfermeras para involucrar a los pacientes.

De manera similar, Florin et al<sup>18</sup> comprobaron que, con relación a sus deseos de participar, los pacientes experimentaban tras las consultas de enfermería un papel más pasivo. Sus enfermeras consideraban, sin embargo, que efectivamente deseaban participar, lo que revelaba también la dificultad de los profesionales para PPTD de acuerdo con sus propias preferencias. Existen trabajos sobre el tema que ponen de manifiesto que, a pesar de la promoción de la participación, especialmente en los hospitales, las enfermeras son abiertamente reticentes en compartir decisiones con sus pacientes<sup>19</sup> o las ideas de participación expresadas en su discurso teórico no se observan en la práctica<sup>20</sup>. En nuestro ámbito, nosotros hemos puesto de manifiesto esta escasa implicación en consultas de atención primaria de médicos y enfermeras<sup>21</sup>. Entre las razones que se han ofrecido para explicar esto, se encuentran que aún muchos profesionales tienen la idea de que los pacientes no desean participar, pero parece más plausible, como dice Henderson<sup>19</sup>, dado que la participación supone una cesión de poder, que el profesional no está del todo dispuesto a ello.

Otro factor que puede estar implicado en esta limitación sería la falta de formación para llevar a cabo el proceso. En este sentido, este estudio aporta aspectos de interés. Uno de ellos es la necesidad de promover habilidades comunicativas, algunas de carácter básico, como respeto, cortesía e interés o la práctica de una escucha activa. Estos elementos son clave para fomentar la participación<sup>22</sup>. Habilidades más complejas, como las relacionadas con estrategias para ayudar a decidir<sup>23</sup>, consensuar decisiones o realizar consejos capacitadores<sup>24</sup>, representan un peldaño más. Pero igualmente algunos de los comentarios de los pacientes tenían que ver con intervenciones concretas de carácter organizativo a realizar más por planificadores sanitarios; son los comentarios relacionados con cambios de personal o incluso tiempos de consulta. Las sugerencias de los pacientes recogidas en este trabajo muestran líneas para diseñar programas formativos dirigidos a enfermeros con el objetivo de adecuar más la PPTD.

El estudio, sin embargo, presenta algunas limitaciones que es preciso considerar. Hubo un porcentaje significativo de personas que rehusaron participar, sobre todo en el momento de la captación, lo que puede conllevar un sesgo de selección. Es más que probable que los pacientes que se negaron a participar en el estudio sean los más insatisfechos y críticos con el sistema, aunque pensamos que el motivo principal de ello fue la falta de suficiente confianza en la confidencialidad de la información solicitada o de seguridad en sí mismos a la hora de enfrentarse a una entrevista. Dado que nuestro objetivo no era diseñar un instrumento de medida y postular su uso, sino sólo explorar aspectos relevantes de la PPTD, optamos por someter el instrumento a una validación de carácter cualitativo (validez aparente, lógica, de contenido y consenso) y a una prueba piloto en una muestra de pacientes similares a la población estudiada, comprobando el grado de comprensión de las preguntas. Finalmente, habría sido de interés conocer las

características personales y profesionales de las enfermeras para determinar su perfil y analizar la posible influencia de estas en los resultados.

## Financiación

Este trabajo ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Ayudas a proyectos de investigación, Expte.: PI0103/2008).

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Kerssens J, Groenewegen PP, Sixma H, Boerma WGW, Van der Eijk L. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Org.* 2004;82: 106–41.
2. General Medical Council. Good Medical Practice: Relationships with patients. [citado 16 Ene 2011; actualizada Oct 2010]. Disponible en: [http://www.gmc-uk.org/guidance/good\\_medical\\_practice/relationships\\_with\\_patients.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/relationships_with_patients.asp).
3. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention. *Am J Prev Med.* 2004;26:56–66.
4. Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado (BOE), 14 de noviembre de 2002.
5. McQueen A. Nurse-patient relationship and partnership in hospital care. *J Clin Nursing.* 2000;9:723–31.
6. Salvage J. The theory and practice of new nursing. *Nursing Times.* 1992;86:42–5.
7. United Kingdom Central Council for Nursing Midwifery and Health Visiting. Code of Professional Conduct. London: UKCC; 2001.
8. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted R. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med.* 2005;20:531–5.
9. Delgado A, LA L-F, De Dios Luna J, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gac Sanit.* 2010;24:66–71.
10. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health.* 2005;15:355–660.
11. Portillo Vega MC, Wilson-Barnett J, Saracíbar Razquín MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después del ictus: metodología y primeros resultados. *Enferm Clin.* 2002;12:94–103.
12. Rodríguez Martínez MC, Rodríguez Morilla F, Roncero del Pino A. Implicación del familiar en los cuidados del paciente crítico. *Enferm Intensiva.* 2003;14:96–108.
13. McKinstry B. Do patient wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ.* 2000;321:867–71.
14. Ford S, Schoefield T, Hope T. Are patients' decision-making preferences being met? *Health Expect.* 2003;6:72–80.
15. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med.* 1998;24:81–8.

16. Levy-Storms L, Schenelle JF, Simmons SF. A comparison of methods to assess nursing home residents' unmet needs. *Gerontologist*. 2002;42:454–61.
17. Levy-Storms L, Simmons SF, Gutierrez VF, Miller-Martínez D, Hickey K, Schenelle JF. A refined protocol for coding nursing home residents' comments during satisfaction interviews. *J Gerontol Soc Sci*. 2005;60B:S326–30.
18. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nursing*. 2006;15:1498–508.
19. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nursing*. 2003;12:501–8.
20. Wellard S, Lillibridge J, Beanland C, Lewis M. Consumer participation in acute care settings: An Australian experience. *Inter J Nurs Pract*. 2003;9:255–60.
21. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Perula de Torres LA, Gavilan Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria*. 2010;42:257–65.
22. Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expectations*. 2010;13:33–44.
23. O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing treatment or screening decisions. *Cochrane Database System Rev*. 2009:CD001431. DOI:10.1002/14651858.CD001431.pub2.
24. Ruiz Moral R. Acordar con el paciente/familia los problemas, las decisiones y las acciones más apropiadas. En: Ruiz Moral R. *Relación clínica. Guía para aprender, enseñar e investigar*. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004. p. 185–220.