



ORIGINAL

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



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

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

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

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

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

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

Disponible en Internet el 26 de diciembre de 2019

PALABRAS CLAVE

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

Resumen

Objetivo: Pese a la importancia de la «atención centrada en la persona» (ACP), hay evidentes limitaciones para valorarla y medirla, debidas probablemente a la dificultad para definirla. El objetivo del estudio fue identificar herramientas validadas que midiesen la ACP o algunos de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria.

Diseño: Revisión sistemática.

Fuentes de datos: MEDLINE, Embase, Cochrane, PSYCinfo, IME-Biomedicina, LILACS y TESEO hasta del 31 de mayo de 2018.

Selección de estudios: Los criterios de inclusión fueron: a) estudios de validación de cuestionarios, revisiones sistemáticas sobre estudios de validación u otros estudios descriptivos, b) realizados todos ellos en el ámbito de la atención primaria y c) que midieran aspectos de la ACP en profesionales y/o pacientes. Dos investigadores revisaron de forma independiente los artículos y sus discrepancias fueron resueltas por un tercer investigador.

Extracción de datos: Se recogieron datos sobre los aspectos de la ACP medidos, población a la que se dirige, tipo de cuestionario, y datos sobre validez y fiabilidad.

Resultados: Se localizaron 1.415 artículos a los que se añadieron 54 referencias adicionales identificadas a través de referencias de los artículos de la revisión sistemática. Tras una depuración finalmente fueron 75 los artículos que cumplieron todos los criterios y 39 las herramientas identificadas y clasificadas según las dimensiones analizadas.

* Autor para correspondencia.

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

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

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

KEYWORDS

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

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

Abstract

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

Design: Systematic review

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

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

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

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

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

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

Introducción

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

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

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

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

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

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

Una herramienta que permitiese al médico comprobar su nivel de ACP podría tener diversas utilidades para el médico de familia: detectar problemas en la relación médico-paciente, ver su capacidad para empoderar a sus pacientes, valorar cómo determinadas circunstancias influyen o no sobre el grado de ACP de su práctica, o incluso incidir sobre la propia formación de los profesionales orientándola hacia una atención verdaderamente centrada en la persona.

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

Con el propósito final de obtener información para diseñar y validar un cuestionario autocumplimentado que permita al médico de familia la autovaloración de su ejercicio desde la perspectiva global de la ACP, se decidió realizar esta revisión sistemática y abordar un estudio Delphi contando con expertos en Medicina de Familia de nuestro medio.

El objetivo de esta revisión ha sido identificar y analizar todas las herramientas conocidas, publicadas y validadas (atendiendo a su proceso de construcción y validación) que midan la ACP o algunos de sus aspectos en el ámbito de la atención primaria. Se ha prestado especial atención a las validadas en nuestro medio y a las autocumplimentadas por el propio médico de familia, pero incluyendo también aquellas que valoran la experiencia del paciente.

Métodos

Revisión sistemática y protocolo

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

Criterios de inclusión

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

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

Criterios de exclusión

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

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

Estrategia de búsqueda y selección de artículos

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

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

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

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

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

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

Extracción de datos

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

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

Clasificación dimensiones ACP

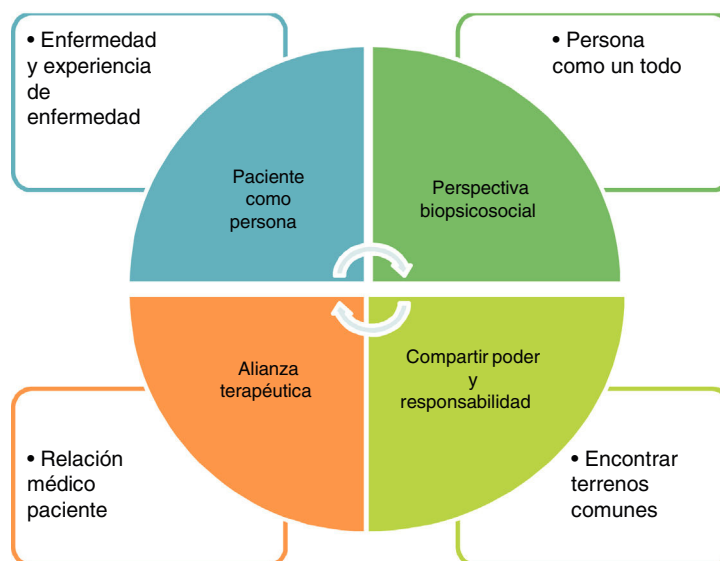


Figura 1 Clasificación de dimensiones de la atención centrada en el paciente (ACP).

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

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

Resultados

Selección de los estudios

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

Características de los estudios

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

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

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

Estudio de la calidad de las herramientas

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

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

La persona como un todo/Perspectiva biopsicosocial

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

SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS (diagrama de flujo)

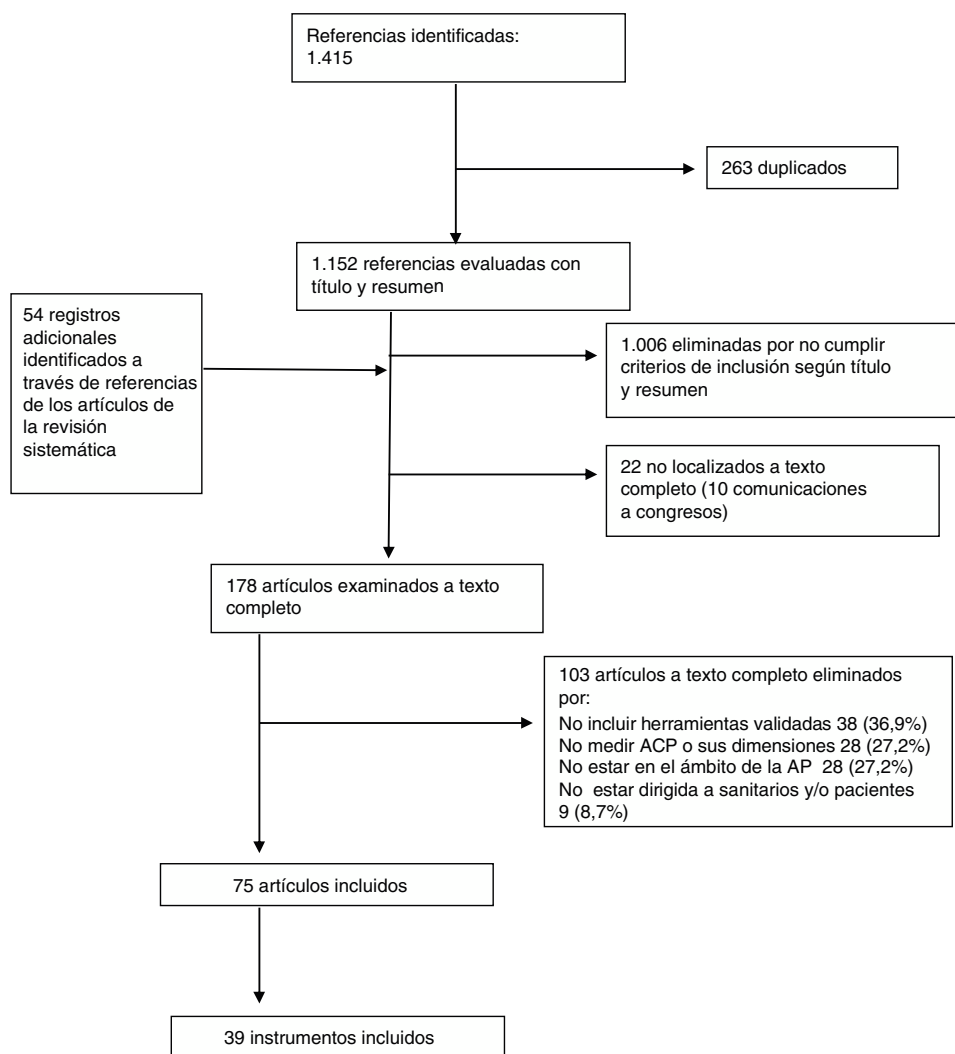


Figura 2 Selección de instrumentos (diagrama de flujo).

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

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

Enfermedad y experiencia de enfermedad/Paciente como persona

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

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

Encontrar terrenos comunes/Compartir poder y responsabilidad

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

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

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

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

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

Relación médico paciente/Alianza terapéutica

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

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

Discusión y conclusiones

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

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

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

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

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

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

Tabla 3 (continuación)

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

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

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

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

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

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

Limitaciones

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

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

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

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

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

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

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

objetivan importantes problemas de calidad en los instrumentos identificados.

Conclusiones

Las principales conclusiones obtenidas tras la revisión sistemática realizada serían:

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

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

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

Lo conocido sobre el tema

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

Qué aporta este estudio

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

Financiación

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

Autoría

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

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

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

Bibliografía

1. Casado Vicente V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. *Perspectiva mundial y europea*. *AMF*. 2018;14:79–86.
2. Mira JJ, Gilabert M, Pérez-Jover V, Lorenzo S. Barriers for an effective communication around clinical decision making: An analysis of the gaps between Doctors and patients point of view. *Health Expect*. 2014;17:826–8239.
3. *People-centred and integrated health services an overview of the evidence*. Geneva: WHO; 2015.
4. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract*. 1969;17:269–76.
5. McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editores. *Communicating with medical patients*. London: Sage; 1989.
6. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centred medicine: transforming the clinical method*. London: Sage; 1995.
7. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: A review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2002;48:51–61.
8. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011;9:155–64.
9. Liberati A, Altman DC, Tetzlaff J, Mulrow C, Gotzsche P, Ioannidis J, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions; explanation and elaboration. *BMJ*. 2009;339:b2700.
10. Mokkink LB, de Vet HCW, Prinsen CAC, Patrick DL, Alonso J, Bouter LM, et al. COSMIN Risk of Bias checklist for systematic reviews of Patient-Reported Outcome Measures. *Qual Life Res*. 2018;27:1171–9.
11. Brown J, Stewart M, Tessier S. *Assessing communication between patients and doctors: a manual for scoring patient-centred communication*. London, ON: Thames Valley Family Practice Research Unit; 1995 (Working paper series 1995;95-2).
12. Bain DJ, Bassett W, Haines A. Difficulties encountered in classifying illness in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1973;23:474–9.
13. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51:1087–110.
14. Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res*. 2007;42:1235–56.
15. Harris-Haywood S, Goode T, Gao Y, Smith K, Bronheim S, Flocke SA, et al. Psychometric evaluation of a cultural competency assessment instrument for health professionals. *Med Care*. 2014;52:e7–15.
16. Tucker CM, Nghiem KN, Marsiske M, Robinson AC. Validation of a patient-centered culturally sensitive health care provider inventory using a national sample of adult patients. *Patient Educ Couns*. 2013;91:344–9.
17. Clayton MF, Latimer S, Dunn TW, Haas L. Assessing patient-centered communication in a family practice setting: How do

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