

Validación de *Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc)* en español

Gloria Navarrete Floriano^{a,b}, José Manuel Ramírez Aranda^{a,c}, Azucena Maribel Rodríguez González^{a,d}, Ma. Guadalupe Alvarado Rodríguez^{a,b}, Félix Gilberto Islas Ruz^{a,b} y Mónica Morales Ramírez^{a,b}

^a Red Mexicana de Investigadores en Medicina Familiar A. C (México).

^b Instituto Mexicano del Seguro Social (México).

^c Hospital Universitario Dr. José E. González (México).

^d Universidad de Monterrey (México).

Correspondencia: José Manuel Ramírez Aranda. Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González". Ave. Madero y Gonzalitos s/n, Colonia Mitras Centro. Monterrey, Nuevo León, México 64460. Correo electrónico: sersabe2010@gmail.com

Recibido el 7 de mayo de 2020.
Aceptado para su publicación el 1 de septiembre de 2020.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

Objetivo: Validar *Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc)* en español.

Diseño: Estudio transversal, multicéntrico y de validación clínimétrica.

Emplazamiento: Unidades de Atención Primaria.

Participantes: En la fase de adaptación transcultural fueron 31 médicos de familia y en la de validación 219, todos activos en la práctica médica a nivel institucional y/o privado.

Mediciones Principales: Adaptación transcultural (traducción directa, síntesis y conciliación de la versión por un comité de expertos, traducción inversa, conciliación de la traducción inversa con autores del cuestionario original, análisis de comprensión en una muestra de pacientes) y aspectos psicométricos (fiabilidad y validez).

Resultados: Se realizó la adaptación transcultural, la pregunta guía 2 se homologó al SDM-Q-9. No se observaron valores negativos en la correlación de ítem corregido – con la correlación total; todos son mayores que 0,80. El Alfa de Cronbach fue de 0,963. El ítem 1 explicó una varianza del 77,2 %. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,924 con una esfericidad de Barlett estadísticamente significativa. La matriz de correlación de Pearson demuestra una correlación positiva; en general la relación inter-ítem es mayor a 0,606.

Conclusiones: Se ha validado un cuestionario útil, corto y accesible para aplicarse en Atención Primaria, para medir la toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del médico.

PALABRAS CLAVE: Toma de Decisión Conjunta. Medicina Familiar y Comunitaria. Encuestas y Cuestionarios.

ABSTRACT

Validation of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc) in Spanish.

Objective: To validate the Shared Decision Making Questionnaire - physician version (SDM-Q-Doc) in Spanish.

Design: Cross-sectional, multicenter, clinimetric validation study.

Setting: Primary Care Units.

Participants: In the cross-cultural adaptation phase there were 31 family doctors, and in the validation phase there were 219, all active medical professionals at the institutional and / or private level

Main measures: Cross-cultural adaptation (direct translation, synthesis and reconciliation of the version by an expert committee, reverse translation, reconciliation of the reverse translation with authors of the original questionnaire, comprehension analysis in a sample of patients) and psychometric aspects (reliability and validity).

Results: Cross-cultural adaptation was performed, guide question 2 was homologated to SDM-Q-9. No negative values were observed in the corrected item-total correlation- with the total correlation; all are higher than 0.80. Cronbach's Alpha was 0.963. Item 1 explained a variance of 77.2%. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test was 0.924 with a statistically significant Barlett Sphericity. Pearson's correlation matrix shows a positive correlation; in general the inter-item relationship is greater than 0.606.

Conclusions: A useful, short and accessible questionnaire to be applied in Primary Care has been validated to measure shared decision-making from the physician's perspective.

KEY WORDS: Decision Making. Shared; Family Practice. Surveys and Questionnaires.

INTRODUCCIÓN

En la atención médica, existe una tendencia hacia la atención centrada en el paciente (ACP) y a la toma de decisiones compartidas (TDC). La ACP surge como respuesta al enfoque biomédico que se orienta sólo a resolver la enfermedad, que ignora a la persona y carece de sentido humanista^{1,2}. Este modelo de atención, permite la participación del paciente con su médico en la toma de decisiones. Las tendencias mundiales muestran que los pacientes son más participativos, tienen mayor satisfacción y beneficio en su estado de salud³.

La TDC implica una negociación y un compromiso entre el médico y el paciente, es un proceso en el que ambos seleccionan las mejores opciones terapéuticas diagnósticas y basadas en evidencia³.

Se han desarrollado diversos instrumentos de evaluación para la TDC^{4,5}, sin embargo, la mayoría desde la perspectiva del paciente. Otros utilizan un observador que codifica un video o una grabación de audio de la consulta médica, o ambos. Existen pocos instrumentos que consideran la perspectiva del médico, como la escala Observación de la Participación del Paciente en la Toma de Decisiones (OPCIÓN), cuya fiabilidad y validez no han sido evaluadas^{6,7} y el Cuestionario Compartido de Toma de Decisiones de 9 ítems - versión médica (SDM-Q-Doc) con adecuadas propiedades psicométricas⁸.

El SDM-Q-Doc se desarrolló en Alemania con base a una reformulación del SDM-Q-9 en versión para pacientes^{8,9}, consta de 9 preguntas, con respuestas que abarcan de 0 "totalmente en desacuerdo" a 5 "completamente de acuerdo". Se puede obtener una puntuación final de 0 a 45; para que estos valores se adapten de 0 a 100, para facilitar la interpretación, se consigue multiplicando el total de la suma de las respuestas por 20 y dividiéndolo entre 9. Si faltan dos ítems o menos por contestar, se suplen por el valor de la mediana de las respuestas, pero si se encuentran más de dos se elimina la encuesta⁸. Este cuestionario se ha traducido a diversos idiomas, por ejemplo, inglés, hebreo, coreano, malayo y persa¹⁰.

El campo de Atención Primaria carece de un instrumento en español que mida el proceso de TDC en la práctica clínica desde el punto de vista del médico. Para utilizar el SDM-Q-Doc se requiere realizar una adaptación transcultural que incluye la traducción y toma en cuenta aspectos culturales de la población¹¹. Además, es necesario evaluar las características métricas esenciales para valorar la precisión de un instrumento como la fiabilidad y la validez. Dichos procesos permiten aplicar el cuestionario en el entorno deseado y garantizar la calidad de su medida^{12,13}.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es validar la versión en español del SDM-Q-Doc en su versión para médicos. Debido al escasez de cuestionarios

con este constructo, por un lado, y a la necesidad de contar con instrumentos genéricos, en diferentes idiomas, que permitan estudios comparativos a nivel internacional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, multicéntrico y de validación clinimétrica, registrado en el Comité de Investigación y Ética del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el folio R-2015-785-028.

Se realizó adaptación transcultural, utilizando las recomendaciones de *International Test Commission* (ITC), *Guidelines for Translating and Adapting Tests*¹³ y las pautas descritas por Beaton y cols.¹² con las siguientes fases:

- Traducción directa: Dos traductores médicos mexicanos tradujeron de forma independiente el instrumento original al español. Por consenso resolvieron discrepancias culturales y se obtuvo una versión.
- Síntesis y conciliación de la versión por un comité de expertos: El comité se integró por dos médicos de familia, un psicólogo, un psiquiatra y un profesional en el idioma mexicano, este último trabajó en una institución pública en investigación. Evaluaron la equivalencia semántica, de concepto y de contenido, obteniendo una versión preliminar.
- Traducción inversa: Dos traductores alemanes tradujeron de manera independiente la versión preliminar al alemán (desconocían la versión original). Por consenso resolvieron discrepancias culturales y se obtuvo una versión.
- Conciliación de la traducción inversa con autores del cuestionario original: La versión generada fue enviada a los autores originales. Evaluaron similitud con la versión original.
- Análisis de comprensión en una muestra de pacientes: Se realizó muestra por conveniencia. Participaron miembros del Colegio Mexicano de Medicina Familiar A. C. (CMMF). Se les envió el instrumento por correo electrónico, y por ésta misma vía, lo entregaron. El instrumento constó de datos sociodemográficos y comprensión del cuestionario, en caso de no ser comprendida, se indicó que especificara la sugerencia en la redacción; si no fue comprendida en más del 15 %, requirió revisión por el comité de expertos.

La versión final se aplicó en 37 Unidades de Atención Primaria, de 17 estados de la República Mexicana. Se incluyeron: Médicos de familia pertenecientes al CMMF, mexicanos, activos en la práctica médica institucional y/o privado, que tomen decisiones clínico-terapéuticas relacionadas con el diagnóstico y/o tratamiento de un paciente. Se excluyeron médicos que no firmaron el consentimiento informado y se eliminaron cuestionarios con 3 o más preguntas incompletas en las variables principales. Además, se recolectaron datos sociodemográficos y profesionales del médico y características del paciente consultado.

Para el análisis clinimétrico, el tamaño de muestra fue 338 médicos, cuando la hipótesis nula afirmaba que el coeficiente de correlación de Pearson era igual a cero y la hipótesis alternativa era unilateral; la prueba Z de Fisher con una significación de 0,05 tendría una potencia de 0,90 para detectar una correlación de 0,15, calculada en base a nQuery Advisor versión 7,0. El muestreo fue por conveniencia.

El procedimiento fue: el médico en su consultorio antes de iniciar su jornada laboral realizó una aleatorización simple con los pacientes agendados del día, al paciente seleccionado le brindó la atención médica, y en caso de tomar una decisión en el diagnóstico y/o tratamiento, el médico respondió el instrumento inmediatamente al término de la consulta; si no se tomó una decisión, se realizó nuevamente la aleatorización.

Se realizó estadística descriptiva para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. La prueba de chi-cuadrada se utilizó para el tratamiento de variables categóricas y la prueba de la t de Student o la prueba de la U de Mann-Whitney para las variables continuas.

Respecto a la fiabilidad, el criterio para evaluar los items se basó en una correlación inter-item, así como en una correlación corregida de item-escala. Los valores inferiores a 0,60 se consideraron bajos, de 0,61 a 0,69, moderados, y 0,70 o más, altos. La consistencia interna se estimó con el Alfa de Cronbach.

Se realizó análisis factorial con el método de máxima verosimilitud con rotación Varimax, considerando factores significativos con valores superiores a 1 y factores de carga superiores a 0,40. Se utilizaron las pruebas de esfericidad de Barlett para identificar la aplicabilidad del análisis factorial con significancia estadística $p < 0,05$ y Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para relacionar los coeficientes de correlación entre las variables, cuanto más cerca de 1 implica que la relación es alta. Se utilizó el programa *Statistical Product and Service Solutions* (SPSS), versión 22, de *International Business Machines* (IBM), para Windows.

RESULTADOS

En la adaptación transcultural:

- Traducción directa: Hubo pocas discrepancias, como el uso del tiempo verbal; los traductores llegaron a un acuerdo y obtuvieron una versión unificada.
- Síntesis y conciliación de la versión por un comité de expertos: En cuatro items (5, 6, 7 y 8) y las instrucciones, se aceptó la traducción realizada en la fase previa. En cinco items (1, 2, 3, 4 y 9), en la pregunta guía 1 y en las opciones de respuesta, se realizaron modificaciones menores (cambiar alguna palabra para mejorar la comprensión). Y en la pregunta guía 2 se realizó cambio mayor, de "¿Qué de-

cisión se tomó (por ejemplo: ¿Qué tratamiento?) a "Durante la consulta ¿se tomó alguna decisión? (p.ej. ¿Qué tratamiento?)"

- Traducción inversa: Presentó escasas discrepancias y los traductores llegaron a un acuerdo.
- Conciliación de la traducción inversa con autores del cuestionario original: Se decidió que la pregunta guía 2 fuera igual al SDM-Q-9.
- Análisis de comprensión en una muestra de médicos: Participaron 31 médicos, predominaron mujeres con 19 (61,3%); estado civil soltero/a con 16 (51,6 %); media de edad 39,9 años (DE 9,5). Tuvieron buena comprensión de los items a excepción del 8 "Mi paciente y yo hemos elegido conjuntamente una opción de tratamiento", que fue la única con 5 (16,1 %) de discrepancia. Sin embargo, los expertos juzgaron que estaban descontextualizadas y fuera del contenido del ítem, por lo que no fueron modificadas.

Para la evaluación clinimétrica, el cuestionario (Anexo 1) fue enviado a 338 médicos, con tasa de respuesta de 271 (80,1 %). De estos, 52 (19,1 %) fueron eliminados por datos incompletos. Las características demográficas de los 219 médicos analizados se muestran en la Tabla 1. La decisión tomada por el profesional de la salud tuvo que ver con el diagnóstico en 64,8 % y con prescripción de tratamiento farmacológico el 78,5 %.

De los pacientes atendidos, 63,3 % fueron mujeres; con edad media de 39,9 años (DE 9,5), 74,4 % con enfermedades degenerativas crónicas y 25,3% solicitó atención médica debido a infecciones respiratorias y gastrointestinales, predominantemente agudas. El 62,0 % fueron citas programadas.

En general, la TDC fue una media de 73 sobre 100 (DE 29,3). Hubo significancia estadística entre la TDC con pacientes masculinos y con pacientes con cita no programada. En el caso de los médicos, la TDC se asoció al género femenino ($p < 0,05$).

No se observaron valores negativos en la correlación de ítem corregido – con la correlación total, esto muestra que no hay confusión en los items. Los items tienen gran poder de discriminación ya que todos son mayores que 0,80. El Alfa de Cronbach fue 0,963.

En relación al cuestionario, se observó un efecto cielo en los items 1, 5 y 9 (más del 50%) correspondiente a la toma de decisiones, la información de comprensión y el acuerdo de seguimiento médico-paciente; y un efecto de suelo en los items 2, 6 y 8 que corresponde a cómo les gustaría participar al paciente, opción de tratamiento y selección conjunta del tratamiento. Hubo una alta correlación (>0,8) entre items individuales y totales. Los items mostraron un rango medio de 3,1 a 4,1, entre "algo de acuerdo" y "totalmente de acuerdo" (Tabla 2). Para mostrar estos resultados, se utilizó la versión oficial en inglés del documento SDM-Q-Doc de la

Características	Frecuencia n=196	%
Sexo		
- Hombre	72	36,4
- Mujer	124	63,6
Estado civil		
- Soltero/a	45	23,0
- Casado/a	134	68,3
- Otro	17	8,7
Grado máximo de estudios		
- Especialidad de MF	176	89,8
- Maestría	20	10,2
Certificación profesional *		
- Certificado	104	54,2
- Recertificado	45	23,4
- No certificado	43	22,4
	Media	DE
Edad (años)	41,6	8,9
Tiempo de ejercicio (años)	10,8	8,2

Tabla 1. Datos sociodemográficos. MF: Medicina Familiar. DE: Desviación Estándar. * n=192

Items	TD (%)	MD (%)	AD (%)	AA (%)	MA (%)	TA (%)	Media (DE)	IC 95%	Correlación total – ítem corregido
1. Le he informado claramente a mi paciente que se debe tomar una decisión sobre su atención.	11,9	0,0	2,3	1,8	17,4	66,7	4,13 (1,6)	3,89 – 4,34	0,872*
2. Le pregunté a mi paciente exactamente como le gustaría participar en la toma de decisiones.	15,5	2,3	5,0	16,4	30,6	30,1	3,3 (1,79)	3,09 – 3,56	0,836*
3. Le informé a mi paciente que existen diferentes opciones de tratamiento para su problema de salud.	12,8	0,09	1,4	12,3	26,5	46,1	3,7 (1,6)	3,54 – 3,98	0,901*
4. Le expliqué claramente a mi paciente las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos.	13,2	0,5	1,8	11,9	25,1	47,5	3,7 (1,6)	3,54 – 3,99	0,903*
5. Ayudé a mi paciente a entender toda la información.	11,0	0,0	0,9	6,4	24,7	57,1	4,0 (1,5)	3,82 – 4,24	0,896*
6. Le pregunté a mi paciente qué opción de tratamiento prefiere.	15,1	3,2	13,2	20,1	21,0	27,4	3,1 (1,7)	2,86 – 3,32	0,839*
7. Mi paciente y yo hemos valorado ampliamente las diferentes opciones de tratamiento.	14,2	3,2	5,0	16,4	27,9	33,3	3,4 (1,7)	3,16 – 3,62	0,883*
8. Mi paciente y yo hemos escogido conjuntamente una opción de tratamiento.	14,6	5,9	3,7	15,5	28,3	32,0	3,3 (1,7)	3,08 – 3,55	0,867*
9. Mi paciente y yo nos hemos puesto de acuerdo sobre el seguimiento de su atención.	11,9	0,5	0,5	10,0	21,0	56,2	3,9 (1,6)	3,73 – 4,17	0,908*

Tabla 2. Ítems y parámetros. Media, DE, IC del 95% y correlación total de ítem corregido. TD: Totalmente en desacuerdo; MD: Muy en desacuerdo; AD: Algo en desacuerdo; AA: Algo de acuerdo; MA: Muy de acuerdo; TA: Totalmente de acuerdo; DE: Desviación estándar; IC: Intervalo de confianza. $p = 0,01^*$

Dra. Scholl⁸.

Se realizó análisis factorial para conocer el modelo que mejor se ajusta al cuestionario. El ítem 1 explicó una varianza del 77,2 %. El ítem 2 tenía un valor propio de 0,75, y los otros una carga factorial <0,5. El valor propio más bajo correspondió al ítem 9 con 0,069. La prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue

de 0,924 con una esfericidad de Barlett estadísticamente significativa ($X^2 = 2307,3$, $df = 36$ y $p < 0,0001$) (Tabla 3).

La matriz de correlación de Pearson fue positiva; en general la relación inter-ítem es mayor a 0,606 (Tabla 4).

Componente	Valor propio inicial		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,950	77,222	77,222
2	0,753	8,366	85,589
3	0,384	4,263	89,852
4	0,237	2,629	92,481
5	0,176	1,957	94,437
6	0,158	1,761	96,198
7	0,141	1,566	97,764
8	0,132	1,468	99,232
9	0,069	0,768	100,000

Tabla 3. Resultado de análisis de constructo (AMV) con valores propios mayores de 1 y varianza total explicada

Item	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
1	1								
2	0,712	1							
3	0,803	0,724	1						
4	0,782	0,749	0,845	1					
5	0,868	0,712	0,815	0,818	1				
6	0,606	0,697	0,680	0,687	0,614	1			
7	0,660	0,682	0,739	0,734	0,709	0,835	1		
8	0,655	0,645	0,700	0,710	0,675	0,823	0,878	1	
9	0,836	0,682	0,827	0,822	0,903	0,658	0,723	0,747	1

Tabla 4. Matriz de correlación inter - ítem de Pearson. 1 = Tome una decisión, 2 = Cómo participar, 3 = Diferentes opciones, 4 = Ventajas y desventajas, 5 = Comprensión de información, 6 = Opción preferida, 7 = Opciones de evaluación, 8 = Selección conjunta y 9 = Acuerdo de seguimiento. $p = 0,01$

DISCUSIÓN

La adaptación transcultural es uno de los pasos iniciales para contar con un instrumento validado^{11,15}. Una vez realizada la traducción directa, el comité de expertos evaluó los resultados de comprensión, como lo señalan las directrices de desarrollo ITC¹⁶.

Posteriormente, se realizó la traducción inversa, procedimiento similar a otros estudios^{17,18}, para el envío a los autores originales del cuestionario, quienes conformaron un comité para su análisis, como lo han realizado con otros cuestionarios de su autoría.

En la fase de análisis de comprensión del cuestionario, durante la revisión de cada ítem por el comité de expertos se consideró un porcentaje estricto, a diferencia de otro estudio que utilizaron cifras más altas de 20-30 %¹⁹.

Las propiedades psicométricas relacionadas a la consistencia interna fueron adecuadas, similar a los resultados de Ebrahimi y cols., que validaron este cuestionario en médicos iraníes y obtuvieron un resultado de 0,901, aunque este se hizo con urólogos¹⁰. No obstante, este parámetro fue mayor a lo reportado por Scholl y cols. con 0,88⁸.

Al analizar la correlación corregida ítem-total, los 9 ítems tuvieron un gran poder discriminatorio (0,80); esto es notable, de acuerdo a los señalado por Nunnally y Bernstein que 0,30 o más es un punto de corte significativo²⁰.

Con respecto al ítem 1 hay resultados contradictorios¹⁸; si bien, en este estudio explicó la mayor parte de la varianza. Rodenburg-Vandenbussche y cols. tuvieron dificultades con su integración al cuestionario, donde los mejores resultados del modelo fueron cuando se excluyeron los ítems 1 y 9²¹; sin embargo, con base en la coherencia de la teoría y la comparación con otros estudios se decidió conservar los 9 ítems.

Otra diferencia en los resultados de este estudio con los de Scholl y cols. es que las cargas de los factores fueron mayores que 0,4 en uno de los ítems, mientras que en el estudio original fue 0,4 en 7 de 9 ítems⁸. La explicación más plausible podría ser la homogeneidad de la muestra estudiada, ya que los médicos comparten muchas características comunes, principalmente su especialidad y la población a la que asisten.

CONCLUSIÓN

Se ha validado un cuestionario útil, corto y accesible para aplicarse en Atención Primaria, para medir la toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del médico. Sin embargo, es necesario el análisis factorial confirmatorio.

AGRADECIMIENTOS

Isabelle Scholl y Martin Härter, autores originales de la versión alemana del SDM-Q-Doc.

BIBLIOGRAFIA

1. Starfield B. Is Patient-Centered Care the Same As Person-Focused Care? *Perm J*. 2011;15(2):63.
2. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:271-2.
3. Coulter, Collins PA. Making shared decision making a reality. No decision about me, without me. London: Kings Fund. 2011.
4. Scholl I, Loon MK Van, Sepucha K, Elwyn G, Légaré F, Härter M, et al. Measurement of shared decision making - A review of instruments. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011;105(4):313-24.
5. Dy SM. Instruments for evaluating shared medical decision making: A structured literature review. *Med Care Res Rev*. 2007;64(6):623-49.
6. Melbourne E, Sinclair K, Durand MA, Légaré F, Elwyn G. Developing a dyadic OPTION scale to measure perceptions of shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2010;78(2):177-83.
7. Melbourne E, Roberts S, Durand MA, Newcombe R, Légaré F, Elwyn G. Dyadic OPTION: Measuring perceptions of shared decision-making in practice. *Patient Educ Couns*. 2011;83(1):55-7.
8. Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, Buchholz A, Härter M. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire - physician version (SDM-Q-Doc). *Patient Educ Couns*. 2012;88(2):284-90.
9. Simon D, Schorr G, Wirtz M, Vodermaier A, Caspari C, Nener B, et al. Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Educ Couns*. 2006;63(3):319-27.
10. Ebrahimi MAH, Hajebrahimi S, Mostafaie H, Pashazadeh F, Hajebrahimi A. Physicians' Perspectives Toward Shared Decision Making in Developing Countries. *Br J Med Res*. 2014;2:3458-64.
11. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: Revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica Mex*. 2013;55(1):57-66.
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;15;25(24):3186-91.
13. The International Test Commission (ITC) Website [Internet]. [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://www.intestcom.org/page/16>.
14. De las Cuevas C, Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl I, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item Shared Decision-Making Questionnaire. *Heal Expect*. 2015;18(6):2143-53.
15. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(6):619-25.
16. Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. Psi-

- cothema. 2013;25(2):151-7.
17. Braga LM, De Sousa Salgueiro-Oliveira A, Henriques MAP, Arreguy-Sena C, Dos Santos Dinis Parreira PM. Transcultural adaptation of the infiltration scale into the Portuguese culture. *ACTA Paul Enferm.* 2016;29(1):93-9.
 18. Doherr H, Christalle E, Kriston L, Haèrter M, Scholl I. Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies - A systematic review. *PLoS ONE.* 2017;12(3):e0173904.
 19. Garcimartin P, Pardo-Cladellas Y, Verdú-Rotellar JM, Delgado-Hito P, Astals-Vizcaino M, Comin-Colet J. Trans-cultural adaptation into Spanish of the Patient empowerment in long-term conditions questionnaire. *Aten Primaria.* 2019;51(1):24-31.
 20. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory.* 3er., ed. New York: McGraw-Hill;1994.
 21. Rodenburg-Vandenbussche S, Pieterse AH, Kroonenberg PM, Scholl I, van der Weijden T, Luyten GPM, et al. Dutch Translation and Psychometric Testing of the 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) and Shared Decision Making Questionnaire-Physician Version (SDM-Q-Doc) in Primary and Secondary Care. *PLoS One.* 2015;10(7):e0132158.

Anexo 1. SDM-Q. Doc

¿Cuál fue el motivo por el que el paciente acudió a consultar con usted? (p.ej. ¿cuáles eran sus síntomas? o ¿cuál fue su diagnóstico?).

¿Qué decisión se tomó? (p.ej. ¿qué tratamiento?).

Instrucciones: Los siguientes enunciados se relacionan con la consulta. Por favor, seleccione marcando con una cruz la respuesta que mejor le parezca.

1.- Le he informado claramente a mi paciente que se debe tomar una decisión sobre su atención.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.- Le pregunté a mi paciente exactamente como le gustaría participar en la toma de decisiones.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.- Le informé a mi paciente que existen diferentes opciones de tratamiento para su problema de salud.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.- Le expliqué claramente a mi paciente las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.- Ayudé a mi paciente a entender toda la información.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.- Le pregunté a mi paciente qué opción de tratamiento prefiere.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.- Mi paciente y yo hemos valorado ampliamente las diferentes opciones de tratamiento.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.- Mi paciente y yo hemos escogido conjuntamente una opción de tratamiento.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.- Mi paciente y yo nos hemos puesto de acuerdo sobre el seguimiento de su atención.

Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License. To view a copy of the license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

August 2015, translated by Ramirez-Aranda JM and Rodríguez-González AM
 Translation of the original "9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-Doc)".
 Authorised by Martin Härter & Isabelle Scholl (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany)