



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 VALLEJO**

**LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA  
CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**DRA. FERNANDA PEREZ GARCÍA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**ASESORA METODOLÓGICA:**

**DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR**

**GENERACIÓN 2017-2020**

**CIUDAD DE MÉXICO 2020**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA  
CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

---

***DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA***  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR**  
**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF NO. 20**

**LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA  
CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

**ASESORA METODOLOGICA:**

---

***DRA. MARÍA DEL PILAR DEYANIRA LAVIELLE SOTOMAYOR***  
**INVESTIGADOR ASOCIADO “B”, UNIDAD DE INVESTIGACIÓN  
EN EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA,  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI, IMSS**

**LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA  
CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

**Vo. Bo.**

---

***DRA. SANTA VEGA MENDOZA***  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN**  
**EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20**

**LA PARTICIPACION DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA  
CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA**

**Vo. Bo.**

---

***DR. GILBERTO CRUZ ARTEAGA***  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**UMF No. 20**

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS**

### ***A Dios***

Por permitirme tener vida y salud y poder cumplir uno más de los propósitos de vida fijados, en este largo e inalcanzable camino que tengo por delante

### ***A mi familia***

***Mi Madre***, porque con el paso del tiempo ha forjado eh inculcado enseñanzas de vida y valores que me han hecho la persona que ahora soy, me ha enseñado que siempre vale la pena luchar por todo aquello que uno desea a pesar de las circunstancias adversas que se pudieran presentar, porque sin tu gran apoyo no hubiera finalizado la carrera como Médica, eterno agradecimiento y amor tengo para ti, por estar a mi lado de forma incondicional y creer en mí.

### ***A mis amigos***

Por siempre impulsarme a ser mejor, por estar a mi lado en momentos buenos y malos, escucharme, animarme, apoyarme, tener siempre un consejo listo para mí, y siempre confiar en que lo puedo lograr. A mis compañeros de residencia Mireya, Claudia, Hugo, que hicieron de la residencia una experiencia llena de momentos y recuerdos maravillosos.

### ***A mis tutoras***

***Dra. Carmen***, por enseñarme una nueva cara de la medicina familiar, por sus experiencias y lecciones, que fortalecieron mi compromiso y amor con esta especialidad para así continuar ofreciendo lo mejor a mis pacientes. ***Dra. Pilar*** por sus enseñanzas, su paciencia y tiempo, las cuales me permitieron finalizar una parte importante en mi formación como especialista

### ***A mi coordinadora, Dra. Santa.***

Por mostrarme que, siguiendo el camino de la dedicación y disciplina, se obtendrán al final grandes y gratas recompensas.

### ***A la Universidad Nacional Autónoma de México***

Por continuar brindándome grandes oportunidades, las cuales me han llevado a comprometerme a seguir adelante, poniendo en alto el nombre de esta gran institución.

## INDICE

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| RESUMEN.....                     | 1  |
| INTRODUCCION.....                | 4  |
| MARCO TEORICO.....               | 7  |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....  | 12 |
| OBJETIVOS.....                   | 13 |
| HIPOTESIS.....                   | 14 |
| SUJETOS, MATERIAL Y METODOS..... | 15 |
| RESULTADOS.....                  | 22 |
| DISCUSIÓN.....                   | 37 |
| CONCLUSIONES.....                | 41 |
| RECOMENDACIONES.....             | 42 |
| BIBLIOGRAFÍA.....                | 43 |
| ANEXOS.....                      | 46 |

## RESUMEN

### LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA.

**Introducción:** La participación del paciente en la toma de decisiones es un aspecto que tratar en la autonomía del paciente. La importancia del paciente en la toma de decisiones es una realidad palpable en la relación clínica, siendo la toma de decisiones compartida un estilo de relación entre el profesional de la salud y el paciente, que surge a gran velocidad, con intención de cambiar el modelo paternalista que ejercen la mayoría de los médicos. Con esta realidad presente, una de las actividades fundamentales del médico de familia se vuelve una atención centrada en el paciente. **Objetivo:** Determinar las preferencias del paciente en la participación en la toma de decisiones en la consulta de atención primaria. **Material y Método:** Estudio transversal analítico. Previo consentimiento informado se encuestaron 280 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y que acudieron a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario que indaga la preferencia de decisiones compartidas, la Escala de Funcionalidad (HAQ) y la escala de alfabetización en salud (HLS-EU-Q16). El análisis de resultados se realizó a través de estadística descriptiva y analítica  $\chi^2$  cuadrada para determinar el grado de asociación entre las variables. Recursos e infraestructura. Se cuenta con la población blanco y las instalaciones para realizar dicho proyecto. Experiencia de grupos. Formación en investigación, múltiples asesorías. Periodo de realización 2019. **Resultados:** En la toma de decisiones un 65.4% de los pacientes estuvo de acuerdo en que el médico tomara la decisión sobre su tratamiento, siendo en su mayoría mujeres quienes estuvieron de acuerdo, un 58.6% opinaron que debían seguir el consejo médico aun cuando no estuvieran de acuerdo. Respecto a la percepción de compartir decisiones un 88.6% de la población opinó sentirse incluidos, y en un 60% opinaron no sentir problemático el compartirlas. **Conclusiones:** En la toma de decisiones compartidas la población se percibe incluida, más sin embargo en su mayoría prefieren que el médico decida, siendo grupos vulnerables mujeres, adultos mayores y aquellos con nivel socioeconómico bajo.

**Palabras Claves:** Toma de decisiones, Decisiones compartidas, Atención primaria

## ABSTRACT

### PATIENT INVOLVEMENT IN DECISION-MAKING IN PRIMARY CARE APPOINTMENTS

**Introduction:** Patient participation in decision-making is an aspect to treat in the patient's autonomy. The importance of the patient in decision-making is a palpable reality in the clinical relationship, being shared decision-making a style of relationship between the healthcare professional and the patient, which arises at high speed, with the intention of changing the paternalistic model that most doctors exercise. With this present reality, one of the fundamental activities of the family doctor becomes a patient-centered care. **Objective:** Determine patient preferences for decision-making in the primary care consultation. **Material and Method:** Analytical transverse study. Prior informed consent, 280 patients who met the inclusion criteria were surveyed and who went to the external office of the Family Medicine Unit 20 Vallejo. Data collection was carried out through the application of a questionnaire that investigates the preference for shared decisions, Functionality Scale (HAQ) and Health Literacy Scale (HLS-EU-Q16). The results analysis was performed through descriptive statistics and analytical  $\chi^2$  squared to determine the degree of association between the variables. Resources and infrastructure. It has the white population and the facilities to carry out this project. Group experience. Research training, multiple consultancies. Completion period 2019. **Results:** In decision-making 65.4% of patients agreed that the physician should make the decision on their treatment, with women who agreed, 58.6% felt they should follow medical advice even if they disagreed. Regarding the perception of decision-sharing, 88.6% of the population felt included, and by 60% felt not to feel troublesome about sharing them. **Conclusions:** In shared decision-making the population is perceived to include, however they mostly prefer the doctor to decide, being vulnerable groups women, older adults and those with low socioeconomic status.

**Keywords:** Decision-making, Shared decisions, Primary care

# **LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

No. de registro ante el comité: **R-2019-3404-068**

## INTRODUCCION

La participación del paciente en la toma de decisiones es un aspecto de la atención muy afín con la promoción de la autonomía del paciente. La importancia del paciente en la toma de decisiones es una realidad cada vez más palpable en la relación clínica.

La toma de decisiones compartida (TDC) es un estilo de relación entre el profesional de la salud y el paciente, que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada. (1)

Tradicionalmente la práctica médica del profesional de salud ha sido basada en un modelo paternalista, aprendido desde las bases de la carrera, donde la posición de autoridad que ejerce, lo ha llevado a tomar las decisiones finales acerca de tratamientos o procedimientos, dejando de lado la opinión o el pensar de los pacientes.

Sin embargo, el vivir en una gran era del conocimiento, llena de grandes avances tecnológicos, científicos así como médicos, y el fácil acceso a la información, ha llevado al paciente a volverse más crítico del entorno que lo rodea, cambiando el concepto que tenía de la consulta tradicional donde él doctor le indicaba que hacer, volviéndose más participativo de la misma al solicitar información sobre los pruebas complementarias realizadas, las diferentes opciones de tratamiento para su enfermedad, así como posibles complicaciones, modificando su papel pasivo a uno activo.

En este contexto desde hace más de dos décadas ha dejado de ser un tema que muchos pacientes desearían participar activamente en la toma de decisiones en las consultas, para ser una realidad a la que los profesionales debemos adaptarnos de la mejor manera posible. Sigue siendo uno de los pilares fundamentales de la actividad de la medicina de familia desarrollar entrevistas centradas en el paciente. (2)

El aumento de la expectativa de vida y el aumento en la frecuencia de enfermedades crónicas que suponen 80% de las consultas de atención primaria, son factores fundamentales del cambio de papel en los pacientes. Pacientes más informados, formados y activos en su proceso de salud forman parte de un continuo cambio en su papel dentro de los sistemas salud, por lo que la participación del paciente en la toma de decisiones implica gran importancia para el control y autocuidado.

Es importante mencionar como parte de este aumento de expectativa de vida la adherencia terapéutica de los pacientes, la cual juega un papel importante dentro de la toma de decisiones conjuntas, puesto que es considerado por la OMS “un problema mundial de gran magnitud”, ya que, a pesar del avance de la medicina, la prevalencia de múltiples padecimientos crónicos continúa siendo alta y su tratamiento muestra menos efectividad.

Se ha demostrado que la falta de adherencia influida por una falta de comunicación entre el médico y el paciente se asocia con aumento en el número de hospitalizaciones entre los pacientes, esto aumenta el costo de los recursos sanitarios, así como desgaste del personal de salud. (3)

Como ejemplo de estas adherencias, múltiples ensayos clínicos han demostrado que una adecuada adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión puede reducir el riesgo de accidente cerebrovascular entre 30 y 43%, y de infarto de miocardio en un 15%; también se pueden prevenir los altos costos generados al sistema de salud o al menos disminuirlos significativamente. Se ha estimado que, por ejemplo, en Estados Unidos, la no adherencia terapéutica genera costos innecesarios de entre 396 y 792 millones de dólares al año. Así mismos datos obtenidos en México obtenidos de un artículo publicado en Ensayos Revista de Economía del 2018, menciona que en el año de 2015 enfermedades como lo son la Hipertensión y la Diabetes tienen un costo promedio en su tratamiento con y sin complicaciones de \$45 700 y \$45 300 respectivamente. (3)

No obstante, diversas investigaciones a nivel internacional sobre las decisiones compartidas, como la de Josep M., mostraron que La intervención de los pacientes

en la TDC es poco frecuente en las consultas de los médicos. Falta por consensuar cuáles son los elementos necesarios que definen la TDC. (4) Se precisa formación en aptitudes de entrevista clínica centrada en el paciente, así como en favorecer la participación del paciente en la TDC. Existen todavía pocos cuestionarios validados que evalúen la TDC en las consultas. Se requieren más estudios para evaluar la TDC en la consulta, refinar los instrumentos de medida, así como conocer en qué situaciones y pacientes es más conveniente. (5)

En la actualidad la toma de decisiones compartida (TDC) es un estilo de relación entre el profesional de salud y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada. Esto es aplicable a una infección respiratoria aguda (tomar o no paracetamol, un AINE o incluso un antibiótico de forma diferida), a una enfermedad crónica (poner o no un fármaco, mejorar la dieta o el ejercicio o la propia adherencia al tratamiento) o a una actuación preventiva (pedir un PSA o una sangre oculta en heces).

Por lo que determinar las preferencias de los pacientes en la participación en la toma de decisiones en la UMF 20 ayudará a que tanto el médico familiar como el resto del equipo de salud la fomenten. Lo anterior bajo la premisa de que la participación del paciente en cuanto a su salud podría proporcionar la destreza práctica y la motivación para afrontar las exigencias del autocuidado diario determinará el éxito o fracaso de cualquier indicación terapéutica.

## MARCO TEORICO

En las últimas décadas está cambiando el papel que juega el paciente en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a un mayor involucramiento del paciente en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintas esferas donde el paciente ha pasado de ser un mero espectador para convertirse en el protagonista de su propia salud. En el momento actual se están produciendo transformaciones en este sentido, sobre todo en las sociedades occidentales, donde muchos pacientes desean tomar parte activa en las disposiciones que directamente les competen, especialmente las que se relacionan con su salud (2)

En este contexto desde la Declaración de Alma-Ata en el año 1978 y la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud insta a los pacientes a una participación tanto individual como colectiva en la salud. (6) En Europa, el Libro Blanco reitera la importancia de la participación tanto en los procesos de salud individuales como de ámbito colectivo en contextos más locales y regionales. En España el Sistema Nacional de Salud (SNS) incorpora, mediante la Ley 41/2002 de noviembre, la base reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «el reconocimiento explícito de la capacidad de elección e influencia de los pacientes, tanto individual como colectiva, por medio de las organizaciones que los representen». (7)

En este sentido en junio de 2013 se realizó el Séptimo Congreso Internacional de Toma de Decisiones Compartidas (Shared Decision Making) con sede en Lima, Perú. El primero a realizarse en un país de mediano o bajo ingreso, con investigadores y clínicos expertos en el tema, para abordar la globalización de un enfoque centrado en el paciente. Promoviendo el enfoque holístico para la toma de decisiones compartida, fomentando la medicina basada en evidencia y fortaleciendo el rol del paciente en la toma de decisiones, se centrará la atención sanitaria en el paciente, y se avanzará en el derecho a la salud con dignidad para todos. (8)

De hecho, la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones es una realidad cada vez más presente en el sistema de salud, en todos los ámbitos.

En conjunción con un creciente interés por la atención ajustada en el paciente, se acuña por primera vez en 1982 el término Toma de Decisiones Compartidas (TDC).

(9) La TDC se define como un proceso de decisión conjunto entre médico y paciente. Se inicia con la información ofrecida por el profesional al paciente sobre las diferentes alternativas disponibles, las posibles consecuencias asociadas a cada una de ellas, así como sus ventajas e inconvenientes. Posteriormente, el paciente aporta sus valores y preferencias llegando, finalmente, a un acuerdo sobre la opción a elegir. (8)

Actualmente se puede considerar que existen tres modelos de toma de decisiones (TD) que se diferencian por los distintos roles que profesional sanitario y paciente asumen en la selección final del tratamiento. (10)

– Modelo paternalista: el profesional sanitario decide por el paciente y lo deja fuera del proceso de la toma de decisión.

– Decisión informada: el profesional sanitario informa sobre todas las opciones posibles, pero no aconseja, correspondiendo al paciente la responsabilidad de decidir. El sanitario es un mero transmisor de información.

– Toma de decisiones compartida: las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional sanitario y el paciente.

Los diferentes modelos no son compartimentos estancos, ni inalterables.

El paciente puede necesitar pasar de un modelo a otro en función del momento.

La decisión compartida incluye tres elementos esenciales.

- Intercambio de información (personal y médica) entre el paciente y el sanitario
- Deliberación sobre las distintas opciones, y
- Llegar a una decisión consensuada.

Thompson en sus trabajos sobre las dimensiones dinámicas del involucramiento de los pacientes, propone un modelo sobre los factores que influyen sobre la demanda de involucramiento del paciente en la consulta (11)

#### DIMENSIONES DINAMICAS DE LA IMPLICACION (11)

|                                   | <b>Desciende demanda de participación</b> | <b>Aumenta demanda de participación</b> |
|-----------------------------------|---|---|
| <b>Necesidad de cuidado</b>       |   |   |
| <b>Tipo de enfermedad</b>         | Aguda                                     | Crónica                                 |
| <b>Gravedad</b>                   | Alta                                      | Baja                                    |
| <b>Características personales</b> |   |   |
| <b>Conocimiento/Experiencia</b>   | (Variable)                                | (Variable)                              |
| <b>Personalidad</b>               | Pasiva                                    | Activa                                  |
| <b>Relación Profesional</b>       |   |   |
| <b>Confianza</b>                  | Alta                                      | Baja                                    |

En el estudio de Degner y Sloan se identificaron cinco categorías para determinar distintas actitudes del paciente puede en relación con su participación (12):

- Prefiero tomar yo mismo la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir.
- Prefiero tomar yo mismo la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir después de considerar la opinión de mi médico.
- Prefiero que mi médico y yo compartamos la responsabilidad de decidir qué tratamiento es mejor para mí.
- Prefiero que mi médico tome la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir, pero después de considerar mi opinión.

- Prefiero dejar la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir exclusivamente en manos de mi médico.

Sin embargo, no existe una definición precisa y clara sobre lo que se entiende por Involucrar a los Pacientes en la Toma de Decisiones (IPTD). Además, los resultados de los pocos estudios sobre las opiniones de los pacientes sobre su deseo de participación en las consultas no son unánimes. Más aún, no está claro cómo y cuándo debe alentarse su participación en la toma de decisiones, qué herramientas de comunicación deben usarse y cuáles son los instrumentos adecuados para evaluar los resultados. Sin embargo, los resultados de diferentes estudios revelan que el deseo participar de los pacientes es muy variables (7)

Los objetivos básicos de toda relación clínica son: dar respuesta a las necesidades de los pacientes, ayudar, conseguir una relación terapéutica y aliviar. Para conseguir estos propósitos se han propuesto distintos modelos, los cuales presentan objetivos que se deben alcanzar en los encuentros clínicos. Elementos tales como: entender la perspectiva del paciente, compartir información, alcanzar acuerdos sobre los problemas y los planes, capacitar al paciente para manejar el problema y para que elija la opción apropiada para cada problema, se perfilan como tareas clave en ciertos modelos. (13)

Asimismo, la toma de decisiones compartidas (TDC) se ha convertido en un proceso interactivo de gran interés para mejorar la atención para los usuarios.

No obstante, diversos estudios destacan las aportaciones de la TDC a los pacientes. El estudio de Barca Fernández, et. Al (2004), sobre “La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas” cuyo objetivo fue: valorar la información aportada por el médico en consulta, la información solicitada por el paciente y su participación en la toma de decisiones realizando 143 entrevistas, observaron que un 69,4% de los pacientes no participó en la toma de decisiones sobre el tratamiento, puesto que no solicitaron información, independientemente de la otorgada por el médico, secundario a cierta pasividad del mismo, confianza ciega en el médico o trabas en la comunicación(2)

Otros estudios han demostrado cómo la gravedad del problema de salud influye en la actitud que tome el paciente hacia involucrarse en la toma de decisiones. En el trabajo de Deber, realizado con viñetas que describían distintos estados de salud-enfermedad, hubo preferencia por la toma de control del médico en aquellas que describían enfermedades potencialmente mortales. Por lo tanto, estilos más paternalistas pudieran ser preferidos en situaciones más graves o agudas, mientras que el mismo individuo pudiera desear involucrarse más en enfermedades de tipo crónico o en las que la percepción de la enfermedad fuera mayor. (14)

En este sentido Kaplan et al (1989), también han demostrado que adoptar un estilo más participativo puede mejorar los resultados de salud. Estos investigadores llevaron a cabo un trabajo en pacientes con diferentes enfermedades (hipertensión, diabetes, cáncer de mama y enfermedad ulcerosa), incluyendo dos grupos aleatorizados. Un grupo recibió una intervención educativa en la que se les informó sobre las opciones de tratamiento e instruidos en cómo plantear preguntas apropiadas en las consultas, y el otro al que le fue dada información básica. En el primero, se produjo una mayor implicación y una mejora de resultados subjetivos, físicos y funcionales sin que el tiempo de consulta aumentara en ninguno de los grupos. (15)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La relación médico paciente es considerada uno de los pilares básicos de todo encuentro médico, por lo cual la necesidad de incorporar al paciente como sujeto activo en la misma, se ha vuelto tema importante en los últimos años entre los profesionales de la salud y el mismo grupo de pacientes

Actualmente el paciente se encuentra cada vez más informado acerca de la enfermedad que lo aqueja, mostrando mayor interés en ser participe en la decisión acerca del tratamiento que se llevara a cabo para mejorar el padecimiento por el cual nos consulta. No obstante, la relación médico paciente dominada por el paternalismo no ha permitido ejercer una autonomía plena del paciente en cuanto a una toma de decisión libre después de recibir una información completa.

Observando como el médico, la cultura, la sociedad, la educación, son solo unos de los pocos factores que influyen en una toma de decisiones conjuntas durante la consulta para los pacientes, hemos llegado a realizarnos la siguiente interrogante

.

### **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las preferencias de los pacientes sobre su participación en la toma decisiones en las consultas de medicina de familia de la UMF 20 Vallejo?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Determinar la preferencia de participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta de atención primaria.

### **Objetivos específicos**

- Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes encuestados.
- Referir la autopercepción de alfabetización en salud y estado de salud.
- Identificar el rol que prefiere tomar el paciente durante la consulta de medicina familiar
- Mencionar la frecuencia con la cual los pacientes desean participar en la toma de decisiones en la consulta
- Indagar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y el deseo de participar del paciente en la toma de decisiones durante la consulta con el médico familiar

## **HIPOTESIS**

### **HIPOTESIS ALTERNA**

Los pacientes desean participar de forma conjunta con su médico en la toma de decisiones durante la consulta de medicina familiar

### **HIPOTESIS NULA**

Los pacientes no desean participar de forma conjunta con su médico en la toma de decisiones durante la consulta de medicina familiar

## **SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

### **LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO:**

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No 20 ubicada en Calzada Vallejo 675 colonia Magdalena de las Salinas. Ciudad de México, Tel: 55-87-44-22 ext 15320.

### **GRUPO DE ESTUDIO**

Mujeres y hombres mayores de edad afiliados a la Unidad de Medicina Familiar No 20, que acuden a consulta externa de Medicina Familiar.

### **PERIODO DE ESTUDIO**

2019

### **DISEÑO DE ESTUDIO**

Transversal, Analítico

### **CRITERIOS DE ESTUDIO**

#### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que acudan a consulta a la Unidad de Medicina Familiar #20 Vallejo, mayores de 18 años
- Pacientes que sepan leer y escribir
- Pacientes que deseen participar, previo consentimiento informado

#### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con algún impedimento físico (sordera) o mental (deterioro cognitivo, secuelas de EVC) que limite su participación.

#### **Criterios de Eliminación**

- Pacientes que dejen inconcluso el cuestionario.
- Pacientes que una vez iniciada la encuesta decidan abandonarla.

## **TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO**

### **Cálculo del tamaño de la muestra**

Se realizó el cálculo del tamaño muestral teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

### **Parámetro principal del estudio**

Proporción esperada de pacientes que desean participar activamente en la toma de decisiones compartida; de acuerdo con los resultados de un estudio previo  $p=25\%$

Nivel de confianza= 95% (error alfa=5%)

Amplitud del intervalo de confianza (precisión)= 0.10

Utilizando la fórmula para el cálculo del tamaño de muestra para un estudio descriptivo de una variable dicotómica, el número mínimo necesario de pacientes a reclutar para el estudio es de **280 sujetos**.

### **TIPO DE MUESTREO**

Estratificado por grupo de edad. Se dividió en 3 grupos: Adulto joven, Adulto Maduro y Adulto Mayor. Se incluyeron a todos los pacientes que desearon participar durante el periodo de estudio 2019 y que cumplieron con los criterios de inclusión.

## VARIABLES DE ESTUDIO

**Variable de interés (dependiente):** Preferencia en la Toma de decisiones compartidas

**Variables descriptoras (independientes):** edad, género, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, Funcionalidad, alfabetización en salud.

| VARIABLE            | DEFINICION CONCEPTUAL   | DEFINICION OPERACIONAL  | TIPO DE VARIABLE | ESCALA DE MEDICION    | UNIDAD DE MEDICION  |
|---------------------|---|---|------------------|-----------------------|---|
| <b>EDAD</b>         | Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta este momento.                                   | Se evaluará mediante la encuesta preguntando edad.  | Cuantitativa     | Discreta              | Años cumplidos  |
| <b>SEXO</b>         | Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino. | Se evaluará mediante pregunta en encuesta sobre el género o sexo de acuerdo a las características físicas del adolescente | Cualitativa      | Nominal<br>Dicotómica | 1. Mujer<br>2. Hombre   |
| <b>ESCOLARIDAD</b>  | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente                          | Nivel de estudios encuestados   | Cualitativa      | Ordinal               | Primaria<br>Secundaria<br>Preparatoria/Bachillerato<br>Licenciatura |
| <b>ESTADO CIVIL</b> | Condición de soltería, matrimonio, viudez   | Estado civil del encuestado   | Cualitativa      | Nominal<br>Politémica | Soltero<br>Casado<br>Unión libre<br>Viudo<br>Divorciado             |
| <b>OCUPACION</b>    | Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona  | Ocupación del encuestado  | Cualitativa      | Nominal<br>Politémica | Hogar<br>Oficio<br>Empleado<br>Estudiante<br>Vendedor               |

|                                       |  |   |             |                    |   |
|---------------------------------------|--|---|-------------|--------------------|---|
|                                       |  |   |             |                    | Jubilado  |
| <b>NIVEL SOCIOECONOMICO</b>           | Medida total económica y sociológica resultado de la preparación laboral de una persona y social individual o familiar en relación a otras personas basadas en sus ingresos, poder adquisitivo, educación y empleo | Categorizando mediante la suma de preguntas para la medición del nivel socioeconómico del instrumento AMAI (Número de habitaciones, baños, focos, material de piso, electrodomésticos, autos y grado de escolaridad), que categorizando de la siguiente manera:<br><br>1. Nivel A/B: Clase Alta<br><br>2. Nivel C+: Clase media alta<br><br>3. Nivel C: Clase Media<br><br>4. Nivel C-: Clase media Baja<br><br>5. Nivel D+: Clase baja<br><br>6. Nivel D: Clase Bajo Extremo<br><br>7. Nivel E: Clase muy bajo extremo | Cualitativa | Ordinal Politómica | Para fines de estudio, se tomará en cuenta 4 niveles socioeconómicos:<br><br>1 Muy bajo<br><br>2 Bajo<br><br>3 Medio Alto<br><br>4 Alto |
| <b>FUNCIONALIDAD (HAQ)</b>            | Es la capacidad de la persona de realizar en forma autónoma actividades de autocuidado que le prodigan bienestar   | Se medirá a través de un instrumento que evalúa la capacidad funcional de los pacientes en 5 áreas: movilidad, cuidado personal, actividades de la vida cotidiana, dolor y depresión/ansiedad.  | Cualitativa | Nominal            | Adecuada<br><br>Inadecuada  |
| <b>TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS</b> | Las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional de la salud y el paciente  | Se medirá a través de un instrumento que evalúa la preferencia de participación en la toma de decisiones conjuntamente con el médico. Consta de 15 reactivos.   | Cualitativa | Nominal            | 1 De acuerdo en participar<br><br>2 Desacuerdo en participar  |

|                                |  |  |             |             |  |
|--------------------------------|--|--|-------------|-------------|--|
| <b>ALFABETIZACION EN SALUD</b> | Habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud | Se medirá a través de un instrumento que evalúa la capacidad de las personas para obtener, procesar y comprender los servicios e información básica sobre salud, clasificando el grado de dificultad. Consta de 16 reactivos | Cualitativa | Politécnica | 1 Muy fácil<br>2 Fácil<br>3 Difícil<br>4 Muy difícil<br>5 No sabe/ no contesta |
|--------------------------------|--|--|-------------|-------------|--|

## **DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

El estudio se inició con el protocolo de investigación.

Previo registro ante el comité local de investigación y anuencia por autoridades de la unidad, se inició la recolección de datos en las salas de espera de la atención medica de la unidad, para lo cual se seleccionaron a los pacientes que participarían en el estudio tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión que se especificaron.

Se hizo entrega por escrito del consentimiento informado a los pacientes seleccionados y se solicitó respondieran el cuestionario.

Se procedió a la aplicación del instrumento de medición dando tiempo suficiente para su resolución. Al termino se verificó que estuviera completo y se le dio las gracias al paciente participante.

Una vez aplicado el instrumento al total de la muestra, se realizó el vaciado de datos en el Programa Estadístico SPSS versión 22.0 para posterior elaboración de gráficos y análisis de resultados.

Se procedió a la elaboración de tablas de salida, para su análisis y discusión y se realizó la redacción del escrito final. Una vez que se difundieron los resultados se dió por concluida la investigación.

## **INSTRUMENTOS DE MEDICION**

Se aplicó un cuestionario que incluye datos sociodemográficos: edad, género, estado civil, ocupación

### **Funcionalidad (HAQ)**

El Health Assessment Questionnaire, fue desarrollado por James Fires de la Universidad de Stanford para evaluar la capacidad funcional de los pacientes. Contiene las áreas de movilidad, cuidado personal, actividades de la vida cotidiana, dolor y depresión/ansiedad. La escala de medición va 0= no tengo ningún problema

a 3= no puedo hacerlo. Traducida y adaptada al español por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda y colaboradores con un alfa de Cronbach de 0.83. (16)

### **Escala de Preferencias en la Toma de Decisiones**

Es un instrumento para medir las preferencias de los pacientes las dimensiones de la autonomía: el deseo de participar en la toma de decisiones médicas y el deseo de ser informado. Esta escala fue elaborada, por Ende, Kazis, Ash y Mosiowitz, cuenta con un alfa de Cronbach de 0.82. El instrumento está integrado por 9 ítems en una escala tipo Liker de 4 puntos (1=nada de acuerdo a 4=muy de acuerdo). (17)

### **Alfabetización en salud (HLS-EU-Q16)**

Entre los diversos instrumentos para medir la alfabetización, el consorcio Europeo sobre la Alfabetización en Salud diseño el EUROPEAN HEALTH LITERACY SURVEY (HLS-EU-Q16), por medio de su adaptación transcultural, es un instrumento que mide las habilidades cognitivas y sociales que determinan las motivaciones, conocimientos y competencias para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones, clasificando el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada tarea o situación. El instrumento esta integrado por 16 preguntas, que clasifican las respuestas en una escala de Likert con 4 categorías (muy fácil, fácil, difícil, muy difícil). El coeficiente alfa de Cronbach para la escala completa fue 0,982 (18)

### **ANALISIS DE DATOS**

El análisis univariado se realizó con estadística de frecuencias y proporciones, utilizando programa SPSS versión 22.0 (SISTEMAIBM SPSS STATISTIC VERSION 22.0) presentando tablas y graficas según correspondieron al tipo de variable a estudiar.

Se llevó a cabo el análisis bivariado con el cálculo de Chi cuadrada para determinar la asociación entre el deseo de participar en la toma de decisiones juntamente con el médico y variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel socioeconómico), clínicas (estado de salud, diagnóstico y funcionalidad).

## RESULTADOS

### DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

Se encuestaron 280 pacientes que acudieron a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 20 Vallejo.

La muestra estuvo constituida mayoritariamente por pacientes de los grupos de edad de 40 a 59 años en 35.4% (n=99), siguiéndole el grupo de 60 y más en un 33.6% (n=94). Se observó predominio del género femenino en 56.1 % (n=157) y población con un nivel socioeconómico bajo 72.9% (n=204). Dentro del mismo grupo se observó que de la población estudiada predominó el nivel de estudio Secundaria 31.4% (n=88) y Preparatoria 29.3% (n=82), y de ellos un poco más de la mitad se dedicaba al hogar 33.9% (n=95) o realizaba algún oficio 32.1% (n=90). (Tabla 1)

Tabla 1. Variables sociodemográficas

|                             | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|------------|------------|
| <b>EDAD</b>                 |            |            |
| 19-39                       | 87         | 31.1       |
| 40-59                       | 99         | 35.4       |
| 60+                         | 94         | 33.6       |
| <b>GENERO</b>               |            |            |
| Femenino                    | 157        | 56.1       |
| Masculino                   | 123        | 43.9       |
| <b>NIVEL SOCIOECONÓMICO</b> |            |            |
| Muy Bajo                    | 3          | 1.8        |
| Bajo                        | 204        | 72.9       |
| Medio                       | 33         | 11.8       |
| Medio Alto                  | 38         | 13.6       |
| <b>ESCOLARIDAD</b>          |            |            |
| Primaria                    | 62         | 22.1       |
| Secundaria                  | 88         | 31.4       |
| Preparatoria o Bachillerato | 82         | 29.3       |
| Licenciatura/Posgrado       | 48         | 17.1       |
| <b>OCUPACIÓN</b>            |            |            |
| Empleado                    | 41         | 14.6       |
| Estudiante / Profesional    | 54         | 19.3       |
| Hogar                       | 95         | 33.9       |
| Oficio                      | 90         | 32.1       |

## DATOS CLINICOS

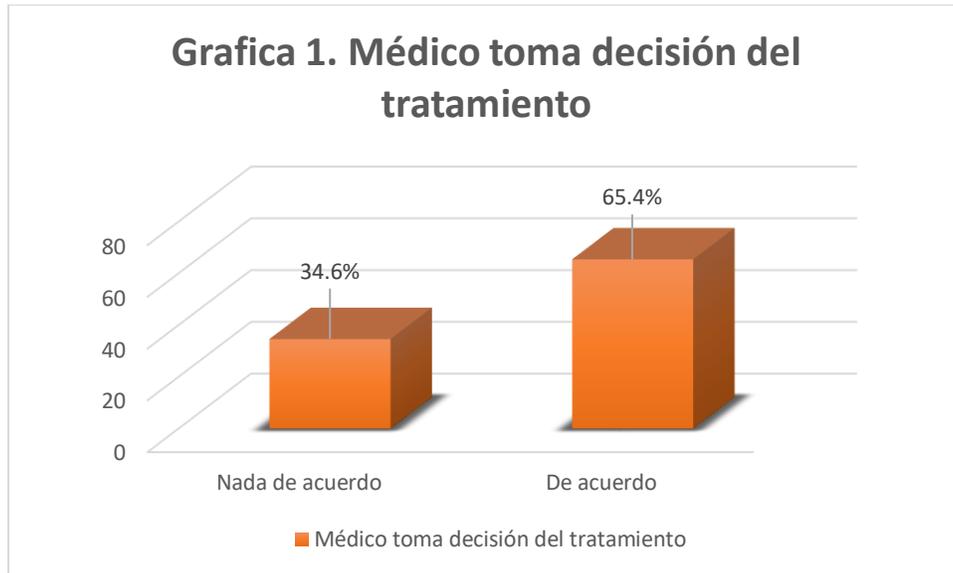
En cuanto a las variables clínicas, más de la mitad de la muestra presentó alguna enfermedad diagnosticada, con predominio de padecimientos crónicos como Hipertensión arterial sistémica en un 19.6% (n=55) y Diabetes mellitus en un 16.4% (n=46)

Con relación al desempeño de actividades de la vida diaria, en su gran mayoría los pacientes consideraron tener una funcionalidad inadecuada en un 55.4% (n=155). Por escala de percepción del estado de salud gran parte de la población la refieren como buena en un 56.4% (n=158). (Tabla 2)

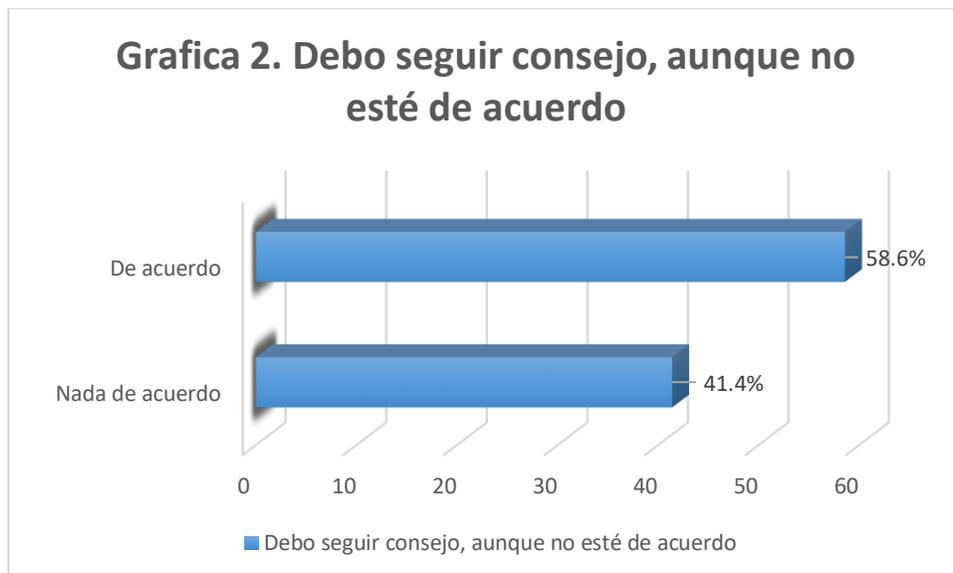
Tabla 2. Variables clínicas

|   | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| <b>DIAGNOSTICO</b>  |            |            |
| Artritis reumatoide   | 22         | 7.9        |
| Diabetes mellitus   | 46         | 16.4       |
| Gastritis   | 22         | 7.9        |
| Hipertensión arterial sistémica   | 55         | 19.6       |
| Otros (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, lupus eritematoso sistémico, hiperplasia prostática benigna, osteoartritis, obesidad, hipotiroidismo) | 23         | 8.2        |
| Sin enfermedad  | 112        | 40         |
| <b>FUNCIONALIDAD</b>  |            |            |
| Adecuada  | 125        | 44.6       |
| Inadecuada  | 155        | 55.4       |
| <b>ESTADO DE SALUD</b>  |            |            |
| Mala  | 122        | 43.6       |
| Buena   | 158        | 56.4       |

Al cuestionar a los pacientes acerca de su intervención y el papel en la toma de decisiones durante una consulta cotidiana se encontró que un 65.4% estaba de acuerdo en cuanto a que el médico tomará la decisión sobre su tratamiento. (Gráfica 1)



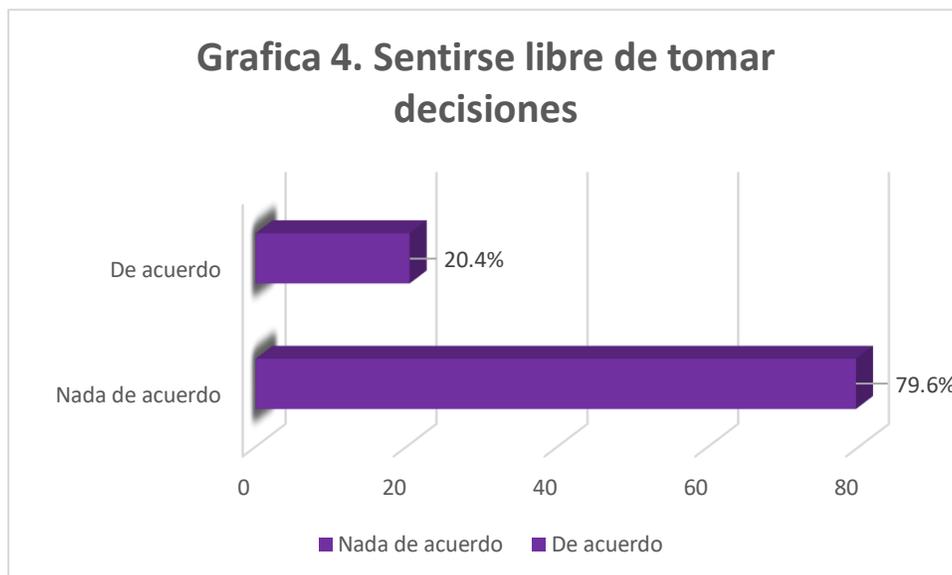
De igual forma, un 58.6% de la población optó por seguir consejos de su médico, incluso si no estuvieran de acuerdo con la misma. (Gráfica 2)



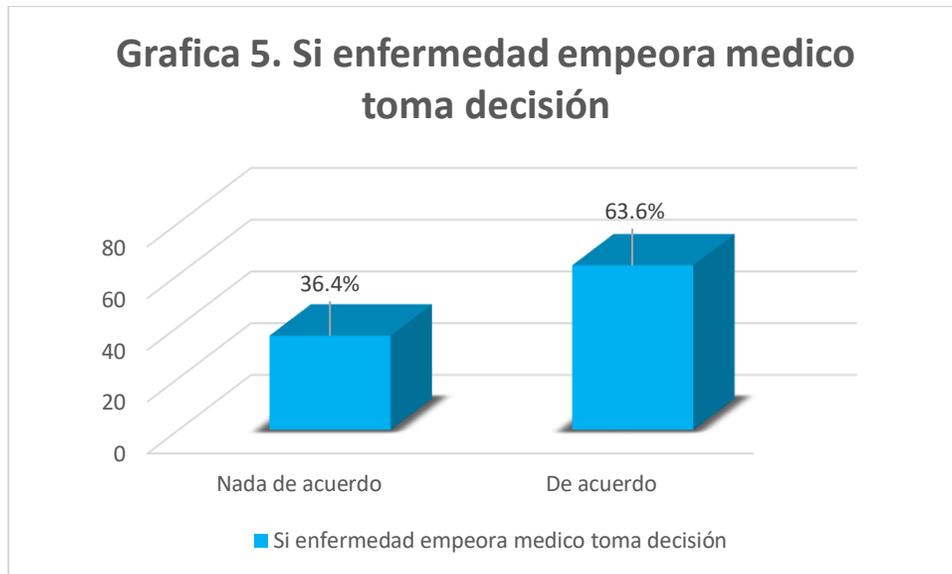
En un 62.5% de la población estudiada reportaron que si están hospitalizados no se sienten con libertad de tomar decisiones. (Gráfica 3)



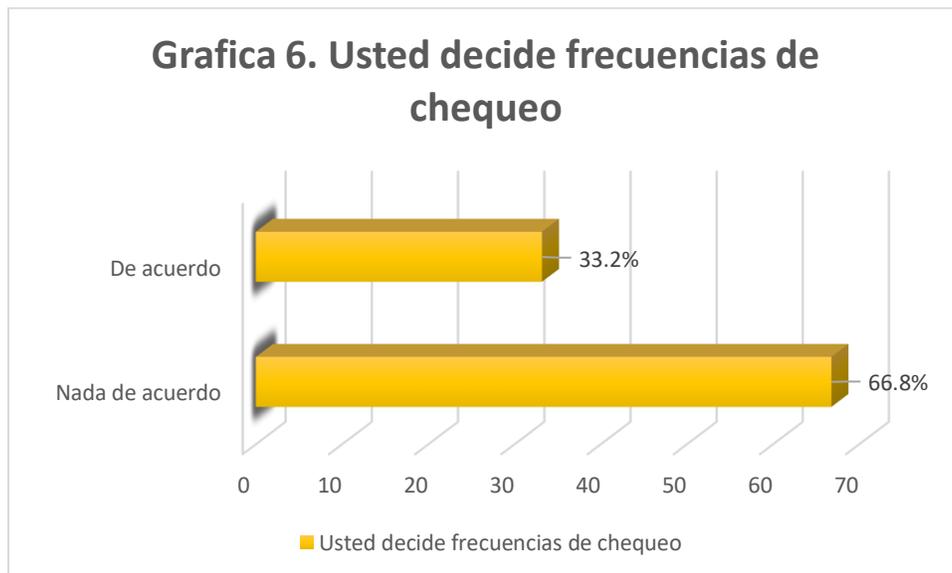
Con relación a si se sienten o no libres a la hora de tomar decisiones un 79.6% percibió no sentirse libres para hacerlo. (Gráfica 4)



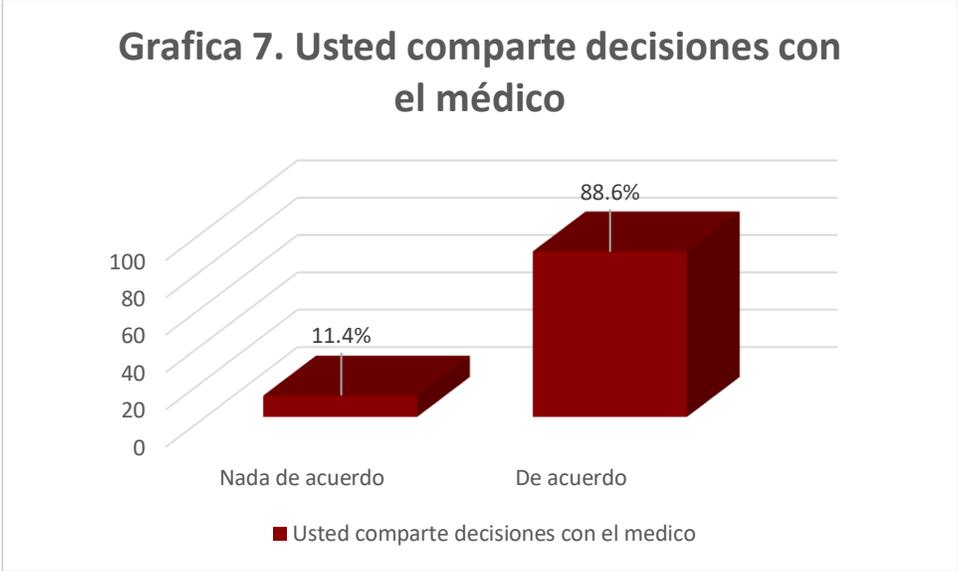
Un 63.6% de los pacientes estuvieron de acuerdo en la consideración de que el médico debía tomar decisiones si el estado de salud de ellos empeoraba. (Gráfica 5)



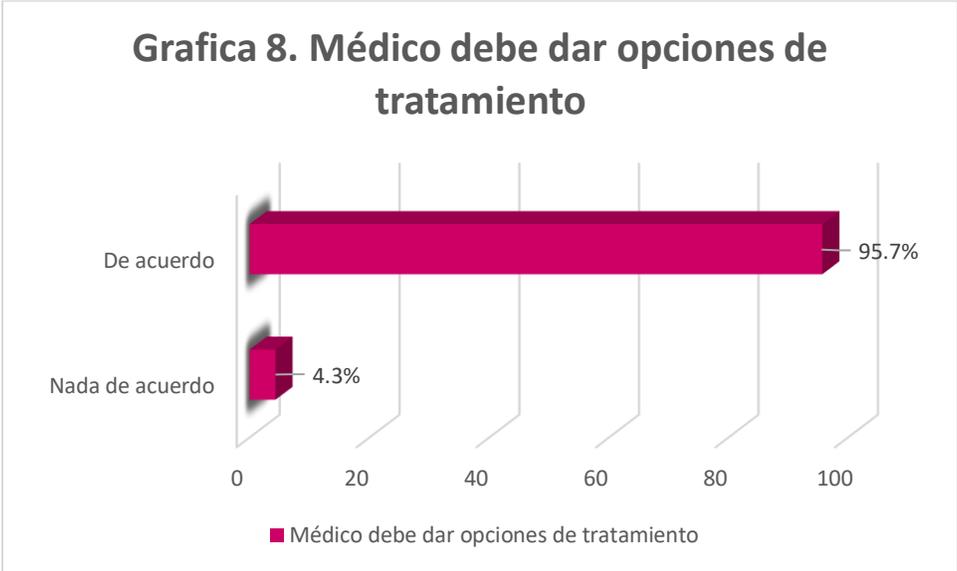
En opinión de los pacientes un 66.8% considero que no debían decidir la frecuencia en la realización de sus chequeos médicos, dejando la decisión a su médico. (Gráfica 6)



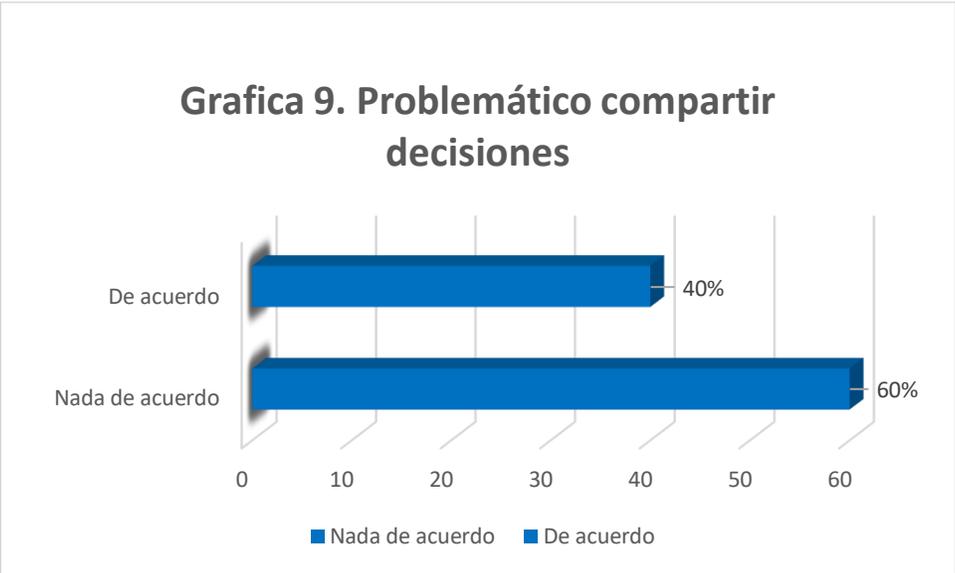
En relación con el tema central del estudio, el compartir las decisiones con el médico, un 88.6%, comento estar de acuerdo en trabajar en conjunto durante la consulta y tomar decisiones con su médico. (Gráfica 7)



Respecto a una toma de decisiones informadas un 95.7% de la población de estudio, estuvo de acuerdo en que sus médicos debían informar siempre opciones de tratamiento con que contarán. (Gráfica 8)



Conforme a la opinión previa de toma de decisiones compartidas como se observó la mayoría de la población considera importante la toma de decisiones compartidas, así como un 60% consideró que no es problemático el compartir las decisiones con el médico. (Gráfica 9)



## ANALISIS BIVARIADO

### PREFERENCIA DEL PACIENTE QUE EL MEDICO TOME LAS DECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO

En relación a la aceptación del paciente que el médico tome las decisiones, los datos mostraron que mientras mayor es el nivel económico disminuye la aceptación de los sujetos de que sea el médico quien tome las decisiones. Aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 3)

Tabla 3. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones sobre el tratamiento según el nivel socioeconómico

| Nivel Socioeconómico | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|----------------------|---|------|--|------|---------|
|                      | n   | %    | n  | %    |         |
| Muy Bajo             | 1   | 20.0 | 4  | 80.0 | p= 0.12 |
| Bajo                 | 64  | 31.4 | 140  | 68.6 |         |
| Medio                | 13  | 39.4 | 20   | 60.6 |         |
| Medio alto           | 19  | 50.0 | 19   | 50.0 |         |

Respecto a la relación entre calidad de vida y toma de decisiones, se encontró que mientras es mejor la calidad vida existe mayor aceptación de que el médico tome las decisiones. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Tabla 4)

Tabla 4. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones sobre el tratamiento según la calidad de vida

| Calidad de vida | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------------|---|------|--|------|---------|
|                 | n   | %    | n  | %    |         |
| Mala            | 1   | 50.0 | 1  | 50.0 | p= 0.17 |
| Regular         | 60  | 39.2 | 93   | 60.8 |         |
| Buena           | 36  | 28.8 | 89   | 71.2 |         |

De acuerdo a la relación entre edad y toma de decisiones, se observó que a mayor edad se acepta más que el médico tome las decisiones. La diferencia no fue estadísticamente significativa. (Tabla 5)

Tabla 5. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones sobre el tratamiento según la edad

| Edad  | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-------|---|------|--|------|---------|
|       | n   | %    | n  | %    |         |
| 19-39 | 37  | 42.5 | 50   | 57.5 | p= 0.15 |
| 40-59 | 29  | 29.3 | 70   | 70.7 |         |
| 60+   | 31  | 33.0 | 63   | 67.0 |         |

Con respecto a la relación entre género y toma de decisiones, se mostró que en mujeres existe una mayor aceptación a que el médico tome las decisiones. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tabla 6)

Tabla 6. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones sobre el tratamiento según el género

| Género    | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------|---|------|--|------|---------|
|           | n   | %    | n  | %    |         |
| Femenino  | 47  | 29.9 | 110  | 70.1 | p= 0.06 |
| Masculino | 50  | 40.7 | 73   | 59.3 |         |

#### **ACEPTACIÓN DEL PACIENTE DE SEGUIR EL CONSEJO DEL MEDICO, AUNQUE NO ESTE DE ACUERDO**

Los datos mostrados con relación a la aceptación del paciente en seguir el consejo médico aun no estando de acuerdo, se observó una menor aceptación conforme es mayor el nivel socioeconómico, optando por una toma de decisiones compartidas el nivel socioeconómico bajo. Las diferencias fueron estadísticamente significativas. (Tabla 7)

Tabla 7. Aceptación del paciente de seguir los consejos del médico, aunque no esté de acuerdo según el nivel socioeconómico

| Nivel socioeconómico | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia en seguir consejo médico |      | p        |
|----------------------|---|------|--------------------------------------|------|----------|
|                      | n   | %    | n                                    | %    |          |
| Muy Bajo             | 2   | 40.0 | 3                                    | 60.0 | p= 0.005 |
| Bajo                 | 73  | 35.8 | 131                                  | 64.2 |          |
| Medio                | 16  | 48.5 | 17                                   | 51.5 |          |
| Medio Alto           | 25  | 65.8 | 13                                   | 34.2 |          |

Conforme a la relación entre calidad de vida y la aceptación del paciente en seguir consejos aun no estando de acuerdo, se observó que con una mejor calidad de vida existe mayor aceptación para que el médico tome la decisión en estos casos. La diferencia estadística no fue significativa. (Tabla 8)

Tabla 8. Aceptación del paciente de seguir los consejos del médico, aunque no esté de acuerdo según la calidad de vida

| Calidad de vida | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia en seguir consejo médico |      | p       |
|-----------------|---|------|--------------------------------------|------|---------|
|                 | n   | %    | n                                    | %    |         |
| Mala            | 1   | 50.0 | 1                                    | 50.0 | p= 0.70 |
| Regular         | 60  | 39.2 | 93                                   | 60.8 |         |
| Buena           | 55  | 44.0 | 70                                   | 56.0 |         |

La relación entre edad y el seguir consejo médico aún sin estar de acuerdo, mostró que conforme aumenta la edad aceptan de mayor forma este hecho, siendo la diferencia estadísticamente significativa. (Tabla 9)

Tabla 9. Aceptación del paciente de seguir los consejos del médico, aunque no esté de acuerdo según la edad

| Edad  | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia en seguir consejo médico |      | p        |
|-------|---|------|--------------------------------------|------|----------|
|       | n   | %    | n                                    | %    |          |
| 19-39 | 50  | 57.5 | 37                                   | 42.5 | p= 0.001 |
| 40-59 | 35  | 35.4 | 64                                   | 64.6 |          |
| 60+   | 31  | 33.0 | 63                                   | 67.0 |          |

Hablando de la relación entre género y seguir consejo médico aún sin estar de acuerdo, en el género femenino se observó una mayor aceptación. La diferencia no fue estadísticamente significativa. (Tabla 10)

Tabla 10. Aceptación del paciente de seguir los consejos del médico, aunque no esté de acuerdo según el género

| Género    | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia en seguir consejo médico |      | p       |
|-----------|---|------|--------------------------------------|------|---------|
|           | n   | %    | n                                    | %    |         |
| Femenino  | 60  | 38.2 | 97                                   | 61.8 | p= 0.21 |
| Masculino | 56  | 45.5 | 67                                   | 54.5 |         |

#### ACEPTACIÓN DEL PACIENTE DE NO TOMAR DECISIONES EN CASO DE HOSPITALIZACION

De acuerdo a la asociación de la aceptación del paciente de no tomar decisiones en caso de ser hospitalizado y nivel socioeconómico, los datos mostraron una menor aceptación conforme aumenta el nivel socioeconómico en cuanto a no tomar decisiones durante hospitalización. La diferencia no fue estadísticamente significativa. (Tabla 11)

Tabla 11. Aceptación del paciente de no tomar decisiones en caso de hospitalización según nivel socioeconómico

| Nivel socioeconómico | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|----------------------|---|------|--|------|---------|
|                      | n   | %    | n  | %    |         |
| Muy Bajo             | 1   | 20.0 | 4  | 80.0 | p= 0.17 |
| Bajo                 | 70  | 34.3 | 134  | 65.7 |         |
| Medio                | 15  | 45.5 | 18   | 54.5 |         |
| Medio alto           | 19  | 50.0 | 19   | 50.0 |         |

En la asociación calidad de vida y aceptación en no tomar decisiones durante hospitalización se observó que con una mejor calidad de vida existe una mayor aceptación. Esta diferencia no fue estadísticamente significativa. (Tabla 12)

Tabla 12. Aceptación del paciente de no tomar decisiones en caso de hospitalización según calidad de vida

| Calidad de vida | Preferencia de toma de decisiones compartidas |       | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------------|---|-------|--|------|---------|
|                 | n   | %     | n  | %    |         |
| Mala            | 2   | 100.0 | 0  | 0.0  | p= 0.12 |
| Regular         | 53  | 34.6  | 100  | 65.4 |         |
| Buena           | 50  | 40.0  | 75   | 60.0 |         |

Con la relación entre edad y aceptación en no tomar decisiones durante hospitalización, se mostró que conforme aumenta la edad existe mayor aceptación a que el médico tome decisiones. La diferencia fue estadísticamente significativa. (Tabla 13)

Tabla 13. Aceptación del paciente de no tomar decisiones en caso de hospitalización según edad

| Edad  | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-------|---|------|--|------|---------|
|       | n   | %    | n  | %    |         |
| 19-39 | 39  | 44.8 | 48   | 55.2 | p= 0.05 |
| 40-59 | 28  | 28.4 | 71   | 71.7 |         |
| 60+   | 28  | 40.4 | 56   | 59.6 |         |

Respecto a la relación entre género y aceptación en no tomar decisiones durante la hospitalización, el género femenino tuvo mayor aceptación. La relación no fue estadísticamente significativa. (Tabla 14)

Tabla 14. Aceptación del paciente de no tomar decisiones en caso de hospitalización según género

| Género    | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------|---|------|--|------|---------|
|           | n   | %    | n  | %    |         |
| Femenino  | 56  | 35.7 | 101  | 64.3 | p= 0.47 |
| Masculino | 49  | 39.8 | 74   | 60.2 |         |

## ACEPTACIÓN DEL PACIENTE QUE EL MEDICO TOMA LAS DECISIONES EN CASO DE QUE SU ENFERMEDAD EMPEORE

Al analizar la asociación entre la aceptación del paciente en que el médico tome las decisiones en caso de que su enfermedad empeore y el nivel socioeconómico se observó que con mayor nivel socioeconómico disminuía la aceptación de los pacientes. La relación no fue estadísticamente significativa. (Tabla 15)

Tabla 15. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones en caso de que enfermedad empeore según nivel socioeconómico

| Nivel Socioeconómico | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|----------------------|---|------|--|------|---------|
|                      | n   | %    | n  | %    |         |
| Muy Bajo             | 1   | 20.0 | 4  | 80.0 | p= 0.30 |
| Bajo                 | 69  | 33.8 | 135  | 66.2 |         |
| Medio                | 14  | 42.4 | 19   | 57.6 |         |
| Medio alto           | 18  | 47.4 | 20   | 52.6 |         |

En la relación entre toma de decisiones si enfermedad empeora y calidad de vida, con una mejor calidad de vida existió una menor aceptación del paciente en que el médico tome las decisiones en caso de que su enfermedad empeore. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Tabla 16)

Tabla 16. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones en caso de que enfermedad empeore según calidad de vida

| Calidad de vida | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------------|---|------|--|------|---------|
|                 | n   | %    | n  | %    |         |
| Mala            | 1   | 20.0 | 4  | 80.0 | p= 0.41 |
| Regular         | 64  | 31.4 | 140  | 68.6 |         |
| Buena           | 13  | 39.4 | 20   | 60.6 |         |

La asociación entre edad y toma de decisiones, los datos mostraron que conforme aumentaba la edad, existía menor aceptación en que el médico tome las decisiones en caso de que su enfermedad empeore. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (Tabla 17)

Tabla 17. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones en caso de que enfermedad empeore según edad

| Edad  | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-------|---|------|--|------|---------|
|       | n   | %    | n  | %    |         |
| 19-39 | 28  | 32.2 | 59   | 67.8 | p= 0.30 |
| 40-59 | 34  | 34.3 | 65   | 65.7 |         |
| 60+   | 40  | 42.6 | 54   | 57.4 |         |

Por último, la relación entre género y toma de decisiones, mostro una mayor aceptación por parte de las mujeres en cuanto a que el médico tomara las decisiones si la enfermedad empeoraba. La relación no fue estadísticamente significativa. (Tabla 18)

Tabla 18. Aceptación del paciente que el médico tome las decisiones en caso de que enfermedad empeore según género

| Género    | Preferencia de toma de decisiones compartidas |      | Preferencia de que el medico tome las decisiones |      | p       |
|-----------|---|------|--|------|---------|
|           | n   | %    | n  | %    |         |
| Femenino  | 56  | 35.7 | 101  | 64.3 | p= 0.76 |
| Masculino | 46  | 37.4 | 77   | 63.6 |         |

Entre los factores de riesgo asociados a la toma de decisiones, se encontró que, con una mayor edad, el paciente prefiere dejar que el médico tome las decisiones en caso de encontrarse hospitalizado.

Se observó que un nivel socioeconómico bajo, así como una edad mayor, se asociaba a preferir seguir el consejo del médico, aunque no estuvieran de acuerdo con la misma. (Tabla 19)

Tabla 19. Factores asociados a preferencia de toma de decisiones por el medico

| Edad del paciente en caso de hospitalización | OR   | IC al 95%   | p     |
|--|------|-------------|-------|
| 19-39/40-59                                  | 2.06 | 1.12 - 3.78 | 0.02  |
| 19-39/60+                                    | 1.62 | 0.87 - 3.02 | 0.16  |
| Edad del paciente en caso de seguir consejo  |      |             |       |
| 19-39/40-59                                  | 2.47 | 1.36- 4.46  | 0.004 |
| 19-39/60+                                    | 2.74 | 1.50-5.02   | 0.001 |

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la opinión de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia de la UMF 20.

Relacionado al objetivo el presente estudio encontró que los pacientes adscritos a la UMF 20 Vallejo, no desean participar de forma conjunta con su médico en la toma de decisiones durante la consulta de medicina familiar, más sin embargo si solicitan una toma de decisiones informadas.

Nuestros datos no se encuentran acorde a lo reportado en la literatura. En un estudio realizado por Ruiz Moral y cols, en el cual evaluaron la visión de los pacientes que acuden a consulta con su médico familiar en relación a su participación en la toma de decisiones, mostró que un 60% tienen deseo de ser partícipes en la consulta y esto puede estar relacionado con el perfil del médico el cual demuestra mayor interés por las ideas del paciente y el que ellos puedan dar sus opiniones lo realmente valorable en el proceso de participación (15), a comparación del perfil del médico con el que contamos de tipo paternalista, y la adopción de la cultura mexicana la cual tiende a ser escasa en autonomía y siempre dirigido a seguir los consejos de quien más sabe.

La única forma en que un médico puede comprender el deseo de un paciente de participar en la toma de decisiones es a través de una investigación directa. La capacidad de comunicar información relacionada con la salud y determinar el deseo de los pacientes de participar en las decisiones médicas debe considerarse como una habilidad clínica básica.

Los resultados del estudio mostraron datos interesantes: la aceptación de la toma de decisiones se relacionó de manera significativa con la edad, el género y el nivel socioeconómico. La calidad de vida no influyo en la aceptación de los pacientes sobre la toma de decisiones.

Respecto la relación entre el género y la toma de decisiones, se pudo observar que las mujeres con mayor frecuencia que los hombres, prefieren que el médico tome las decisiones sobre el tratamiento.

Estos resultados están acordes con el estudio de Delgado y cols, en el cual concluyen que las mujeres desean participar menos en la consulta hasta en un 58%, puede ser por estado de depresión y problemas familiares. Argumentaron que los pacientes se expresan de forma congruente con su *locus* de control y su estilo de afrontamiento (19). Respecto a ello el patrón cultural de nuestro país, pudiera condicionar un puesto de menor autonomía en la mujer, la cual es dominada por el pensamiento machista existente, volviendo sumisa a la mujer ante cualquier tipo de decisión o intervención que desee hacer

Cuando se analizó la asociación entre edad y toma de decisiones, se observó que conforme aumentaba la edad existió una mayor aceptación para seguir consejos del médico, aunque no estuvieran de acuerdo; de igual forma para la aceptación para no tomar decisiones mientras se está hospitalizado se observó que aumentaba la aceptación conforme la edad se incrementaba

Concordamos con lo que Ford y cols quienes refieren que los pacientes que prefirieron que se tomaran decisiones por ellos solían ser mayores en un 51% que los que preferían una mayor participación en 39%. Aludiendo que el grupo de mayor edad puede estar acostumbrado y probablemente más cómodo con una relación médico-paciente de tipo paternalista; pudiera considerar la toma de decisiones compartida como un factor de incertidumbre médica y por ello se muestre más insatisfecho al verse parado frente a este enfoque (20). En relación con nuestra población mexicana, podemos encontrar una explicación similar, además de que al existir la posibilidad de participación durante una consulta le pueda resultar al adulto mayor un evento inesperado, lo cual podría tener un efecto de ansiedad en estos pacientes, llevándolos a una menor intención de participación durante una consulta,

así como el mismo hábito cultural de la relación paternalista donde la posición de poder es quien determina lo que ocurrirá con las decisiones

Respecto a la relación entre calidad de vida y toma de decisiones, aún sin observar una diferencia estadísticamente significativa la tendencia mostró que con una mejor calidad de vida existía mayor aceptación en que el médico tomará decisiones sobre el tratamiento, así como no tomar decisiones mientras se encuentran hospitalizados y seguir consejos, aunque no estuvieran de acuerdo. Para el caso de la aceptación en que el médico tomará decisiones en caso de que enfermedad empeorará los resultados mostraron que conforme mejoraba la calidad de vida se tenía menor aceptación para este hecho. Podemos sugerir que esta relación pudiera estar basada en un menor interés hacia el estado de salud mientras percibieran que no corre peligro la vida, por lo cual dejan la toma de decisiones al médico el cual velara por un mejor estado de salud, al contrario del caso donde el paciente tiene una mala calidad de vida la cual viene asociada a un estado de mayor estrés y ansiedad, en donde muestran mayor preocupación e interés en la resolución de la situación que mejorara su situación actual.

En la asociación del nivel socioeconómico y toma de decisiones, pacientes que contaban con un nivel socioeconómico alto mostraron mayor inconformidad en cuanto a la aceptación de seguir consejo de los médicos aun no estando de acuerdo. Situación en la que podemos inferir puede ocurrir por contar con un mejor acceso de los pacientes hacia otras opiniones médicas, al no estar conformes con la opinión otorgada en una primera consulta, pueden consultar una segunda o incluso tercera opinión médica, hasta encontrar aquella que coincida con la opinión que ellos han tomado.

Nuestro estudio no realizó una investigación acerca del por qué diversos factores socioeconómicos como son la edad, el género, el nivel socioeconómico, o factores clínicos como la funcionalidad, la calidad de vida, enfermedades, intervienen en la

toma de decisiones; por lo cual se sugiere la necesidad de nuevas investigaciones que esclarezcan, el por qué estos factores influyen en la toma de decisiones.

En conclusión, los pacientes prefieren que la toma de decisiones recaiga en el medico, aunque si desean la información al respecto de su tratamiento, no obstante, falta indagar acerca de otros modelos de relación medico paciente; ampliar la muestra a diferentes grupos etarios, considerar los motivos de solicitud de atención, u padecimientos que pongan en peligro la vida o la función, explorar la percepción del médico tratante entre otras.

## CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el estudio se puede llegar a las siguientes conclusiones:

El 55.4% de la población estudiada se encontró con una percepción de la funcionalidad adecuada. Así como un 56.4% tuvo una percepción de su estado de salud buena.

Con respecto a la toma de decisiones un 65.4% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que el medico tomara la decisión sobre su tratamiento. Un 58.6% opinaron que debían seguir el consejo médico aun cuando no estuvieran de acuerdo. En el caso de encontrarse hospitalizados un 62.5% concordaron en que no se sentían libres de tomar decisiones. En el caso de que enfermedad empeora un 63.5% de los pacientes estuvieron de acuerdo en que el medico eran quien tendría que tomar las decisiones. Para el caso de la percepción de compartir decisiones un 88.6% de la población opinó sentirse incluidos, y en un 60% opinaron no sentir problemático el compartirlas.

Las asociaciones presentes en relación con la toma de decisiones con variables sociodemográficas y clínicas fueron:

Conforme aumento la edad, se relacionó una mayor aceptación en seguir consejos médicos aun no estando de acuerdo, así como la no toma de decisiones mientras se encuentran hospitalizados.

Un nivel socioeconómico alto tuvo menor aceptación en seguir indicaciones medicas si no estaban de acuerdo.

Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna.

## RECOMENDACIONES

- Conformar sesiones informativas a nivel institucional que abarque tema relacionado a toma de decisiones, que es, quienes están involucrados, así como los beneficios de llevar a cabo esta práctica.
- Diseñar o introducir cursos para el personal de salud para profundizar o conocer más acerca de la toma de decisiones compartidas y el impacto en la relación médico paciente, así como la calidad de vida de este.
- Ampliar la investigación sobre los datos mostrados que influyeron en toma de decisiones, como son la edad, el género, el nivel socioeconómico, con la finalidad de determinar por qué estos factores fueron determinantes para las decisiones compartidas.
- Realizar un nuevo estudio que aborde la percepción de los médicos de familia acerca de la toma de decisiones compartidas y así poder conjuntarla con percepción de pacientes para poder enfocar platicas recomendadas del tema.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. Rev Hosp Ital BAires [Internet]. 2013;33(2):60–4.
2. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alexandre Lázaro G, López De Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Aten Primaria [Internet]. 2004;33(7):361–5
3. Juan J, Cerda O, Herrera DS, Adrián Ó, Miranda R, Manuel J, et al. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Medigraphic. 2018;16(3):226–32. (3)
4. Serrano V, Larrea-Mantilla L, Rodríguez-Gutiérrez R, Spencer-Bonilla G, Málaga G, Hargraves I, et al. Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: Un desafío para Latinoamérica. Rev Med Chil. 2017;145(5):641–9. (4)
5. Tardáguila Lobato M del P, Méndez Pérez CL, Torres Vélez JC, Méndez García T, Benito Martín B, Lopez de Castro F. La Información al paciente y su participación en la Toma de Decisiones en las Urgencias de Atención Primaria. Rev Clínica Med Fam. 2008;2(4):145–8. (5)
6. Mendoza P.S., Jofré A.V., Valenzuela S.S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 86-92
7. Rubio MDN. Pacientes Implicados: Participación Del Paciente En La Toma De Decisiones. Papeles Econ Española [Internet]. 2014;142:85–91
8. Zeballos-Palacios C, Morey-Vargas OL, Brito JP, Montori VM. Toma de decisiones compartidas y medicina mínimamente impertinente en el manejo de las enfermedades crónicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(1):111-7

9. Bae J-M. Shared decision making : Related Concepts and Facilitating Strategies. *Epidemiol Health*. 2017;1–5.
10. Moharra M, Pons JM, Bañeres J, Bosch JM, Costa N, Vallés R. Shared Decision making: a new step forward in improving decision making process / La toma compartida de decisiones: un nuevo paso adelante en la mejora de proceso de toma de decisiones. *Int J Integr Care*. 2016;15(8):19–21.
11. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: Formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit [Internet]*. 2012;26(SUPPL.1):158–61.
12. N. Padilla-Garrido, F. Aguado-Correa, M. Ortega-Moreno, J. Bayo-Calero EB-L. La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso. *An Sist Sanit Navar*. 2017;40(1):25–34.
13. Ortega-Moreno M, Padilla-Garrido N, Huelva-López L, Aguado-Correa F, Bayo-Calero J, Bayo-Lozano E. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en oncología: percepciones de los pacientes. *Rev Calid Asist [Internet]*. 2017;32(3):141–5
14. Bosch Fontcuberta JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Atención Primaria*. 2012;44(7):385–6.
15. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula De Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión De La Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria [Internet]*. 2012;44(1):5–10.
16. Esteve-Vives J, Batle-Gualda E, Reig A. Spanish versión of Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1993; 20: 2116-22
17. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy. *J Gen Intern Med*. 1989;4(1):23–30.

18. Nolasco A, Barona C, Tamayo-fonseca N, Irlles MÁ, Más R, Tuells J, et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit [Internet]*. 2018;8–11.
19. Delgado A, López-Fernández LA, 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(1):66–71.
20. Ford S, Schofield T, Bm MA, Frcp B, Ma TH. Are patients' decision-making preferences being met? *Heal Expect*. 2003; 6:72–80.

# **ANEXOS**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD.  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.  
(Anexo 1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

**“La participación del paciente en la toma de decisiones en la consulta de atención primaria”**

|  |   |
|--|---|
| Nombre del estudio:  | NO APLICA   |
| Patrocinador externo (si aplica):  | NO APLICA   |
| Lugar y fecha:   | Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México D.F. Delegación G.A.M. a ____ de Mayo del 2019.  |
| Número de registro:  | Pendiente   |
| Justificación y objetivo del estudio:  | La toma de decisiones compartidas, son decisiones que se adoptan entre medico y paciente. Durante últimas décadas ha cambiado el papel que juega el paciente en los sistemas de salud, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno ha llevado a un mayor involucramiento del paciente en la toma de decisiones. Esta circunstancia se ve reflejada en distintas esferas donde el paciente ha pasado de ser un mero espectador para convertirse en el protagonista de su propia salud, llevándolos a tomar parte activa durante la consulta a la cual asisten, motivo que nos ha llevado a determinar la opinión de los pacientes sobre la percepción que tienen acerca de su participación en la toma de decisiones durante las consultas de medicina de familia de la UMF 20. |
| Procedimientos:  | Para obtener la información se solicitará al paciente la realización de la encuesta.  |
| Posibles riesgos y molestias:  | Este estudio no genera riesgo de salud o denegarse la atención médica.  |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:                  | Al contestar esta encuesta no se obtiene ningún beneficio personal, sin embargo, los resultados son valiosos para aplicarlos a todos los pacientes, informando al personal de salud que tomará medidas y estrategias que favorezcan la participación del paciente en conjunto con sus médicos para la toma de decisiones conjuntas  |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:                    | Todos los datos proporcionados ante una publicación de los resultados o difusión de estos se realizará respetando el anonimato de cada uno de los trabajadores participantes y solo se otorgaran de manera general en gráficas o tablas, de manera que respetará la confidencial  |
| Participación o retiro:  | El abandonar el estudio en el momento que el paciente desee no modificará de ninguna manera la atención médica que recibe en el instituto.  |
| Privacidad y confidencialidad:   | Su identidad será protegida y ocultada. En caso de que solicite sus resultados sólo se hará de manera personalizada y para proteger su identidad le asignaremos un número de folio o código y con el podrá solicitar sus resultados previa cita.  |
| En caso de colección de material biológico (si aplica):                        |   |
| <input type="checkbox"/>   | No autoriza que se tome la muestra.   |
| <input type="checkbox"/>   | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.  |
| <input type="checkbox"/>   | Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.   |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):          |   |
| Beneficios al término del estudio:   |   |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: |   |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Investigador Responsable:  | Dra. María del Carmen Aguirre García. Médico Especialista en Medicina Familiar. <u>Matricula:10859357</u> . Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 20. Dirección: Calzada Vallejo 67 5, Col. Magdalena de las Salinas, CP 07750 México, D.F. Tel: 55-87-44-22 Ext. 15307 y 15320. Correo electrónico: <a href="mailto:carmenaguirre1@yahoo.com.mx">carmenaguirre1@yahoo.com.mx</a> |  |
| Colaboradores:   | Dra. Fernanda Pérez García. Residente de Segundo año en la especialidad de Medicina Familiar. Matricula; 98354800. Unidad de Medicina Familiar No. 20.IMSS. Dirección: Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de Las Salinas, CP 07750 Ciudad de México. Tel: 55-87-44-22 Ext.15307 y 15320. Correo electrónico: <a href="mailto:fgg221439@hotmail.com">fgg221439@hotmail.com</a>           |  |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a> |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma</p> </div> <div style="text-align: center;"> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> </div> </div>   |  |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>Testigo 1</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Testigo 2</p> <hr style="width: 20%; margin: 0 auto;"/> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p> </div> </div>                    |  |  |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. <b>Clave: 2810-009-013</b>  |  |  |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 3404.  
U MED FAMILIAR NUM 20

Registro COFEPRIS 18 CI 09 005 002

Registro CONBIOÉTICA CONBIOETICA 09 CEI 013 2018082

FECHA Lunes, 14 de octubre de 2019

Dra. Ma. del Carmen Aguirre García

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **LA PARTICIPACIÓN DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2019-3404-068

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. **ALEJANDRO HERNÁNDEZ FLORES**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3404

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20 "VALLEJO".**  
**COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**(ANEXO 2)**

Esta encuesta tiene como finalidad conocer tu forma de pensar, actuar y sentir sobre tomar decisiones en la consulta médica.

**NADIE** conocerá sus respuestas, por lo que puede contestar con absoluta sinceridad.

Por favor conteste las preguntas según lo que realmente hace o piensa.

No existen respuestas buenas o malas, ya que no es un examen.

**No deje ninguna pregunta sin contestar**

1. **Edad** \_\_\_\_\_ años cumplidos    2. **Género** (1) femenino (2) masculino

3. **Escolaridad** \_\_\_\_\_ número de años de estudio terminados

4. **Estado civil:** (1) casado/unión libre (2) soltero (3) divorciado    (4) viudo

5. **Ocupación:** \_\_\_\_\_

**6. Cuál es el nivel de estudios del jefe(a) de tu familia**

|  |  |                                   |
|--|--|-----------------------------------|
| (1.a) No estudio                           | (2.b) Primaria incompleta                | (3.c) Primaria completa           |
| (4.d) Secundaria incompleta                | (5.e) Secundaria completa                | (6.f) Carrera comercial o técnica |
| (7.g) Preparatoria/bachillerato incompleta | (8.h) Preparatoria/bachillerato completa | (9.i) Licenciatura incompleta     |
| (10.j) Licenciatura completa               | (11.k) Maestría                          | (12.L) doctorado                  |

**7. Tú casa cuantas:**

|   | número |
|---|--------|
| (a.1) Sin incluir los baños, <b>habitaciones tiene</b> (recámaras, sala, cocina, comedor, cuarto de lavado, cuarto de TV, biblioteca, cuarto de servicio) |        |
| (b.2) <b>baños con regadera</b> para uso exclusivo de la familia  |        |
| (c.3) cuantos <b>focos</b>  |        |
| (d.4) cuantos <b>automóviles</b> propios (no taxis)   |        |

**(e) De que material es el piso de tu casa**

(1) Tierra (2) cemento (3) Otro tipo de material o acabo

| <b>En tu casa hay:</b>  | No (0) | Si (1) |
|---|--------|--------|
| (f) calentador de agua  |        |        |
| (g) aspiradora que funcione   |        |        |
| (h) lavadora de ropa que lave y enjuague automáticamente que funcione |        |        |
| (i) microondas que funcione   |        |        |
| (j) tostador eléctrico de pan que funcione                            |        |        |
| (k) DVD que funcione  |        |        |
| (l) Computadora Personal propia que funcione                          |        |        |

**8. Marca con una X el número que mejor describa cómo es su estado de salud actual**

Muy malo

Muy bueno

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**9. El médico le ha diagnosticado algún tipo de enfermedad (como diabetes, asma, presión alta, ulcera gástrica, artritis, sida, cáncer, etc.)**

(0) no (1) si

Cual \_\_\_\_\_

**SELECCIONA UNA OPCIÓN (ponga una X)**

**10. Movilidad**

- (0) No tengo problemas para caminar \_\_\_\_\_
- (1) Tengo algunos problemas para caminar \_\_\_\_\_
- (2) Tengo que estar en la cama \_\_\_\_\_

**11. Cuidado personal (ej: bañarse, vestirse, alimentarse)**

- (0) No tengo problemas con el cuidado personal \_\_\_\_\_
- (1) Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme \_\_\_\_\_
- (2) Soy incapaz de lavarme o vestirme \_\_\_\_\_

**12. Actividades cotidianas (ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)**

- (0) No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_
- (1) Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_
- (2) Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas \_\_\_\_\_

**13. Dolor/Malestar**

- (0) No tengo dolor o malestar \_\_\_\_\_
- (1) Tengo moderado dolor o malestar \_\_\_\_\_
- (2) Tengo mucho dolor o malestar \_\_\_\_\_

**14. Ansiedad/Depresión**

- (0) No estoy ansioso ni deprimido \_\_\_\_\_
- (1) Estoy moderadamente ansioso o deprimido \_\_\_\_\_
- (2) Estoy muy ansioso o deprimido \_\_\_\_\_

### 15. Qué tan difícil o fácil es para ti hacer las siguientes actividades

| 1 = muy fácil 2= fácil 3= difícil 4= muy difícil  | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| <b>ENCONTRAR INFORMACION SOBRE:</b>   |   |   |   |   |
| a.15 Los síntomas de una enfermedad de tu interés   |   |   |   |   |
| b.15 El tratamiento de una enfermedad de tu interés   |   |   |   |   |
| c.15 Qué hacer en caso de una emergencia médica   |   |   |   |   |
| d.15 Donde conseguir ayuda profesional cuando lo necesitas (médico, psicólogo, etc.)                                |   |   |   |   |
| <b>ENTENDER:</b>  |   |   |   |   |
| e.15 Lo que te dice el médico   |   |   |   |   |
| f.15 las instrucciones que vienen en tus medicamentos   |   |   |   |   |
| g.15 Qué hacer en caso de emergencia médica   |   |   |   |   |
| h.15 entender las instrucciones del médico sobre cómo tomar las medicinas   |   |   |   |   |
| <b>JUZGAR:</b>  |   |   |   |   |
| i.15 En qué medida la información proporcionada por el médico es aplicable a tu situación                           |   |   |   |   |
| j.15 Ventajas y desventajas de los distintos tratamientos posibles  |   |   |   |   |
| k.15 Cuándo puedes necesitar una segunda opinión de otro médico   |   |   |   |   |
| <b>ENCONTRAR:</b>   |   |   |   |   |
| L.15 Información para saber qué hacer con respecto a los hábitos no saludables (fumar, sedentarismo, beber alcohol) |   |   |   |   |
| M.15 Información sobre vacunas, pruebas de detección temprana de enfermedades                                       |   |   |   |   |
| N.15 Información para prevenir problemas de salud como la hipertensión arterial o niveles de colesterol altos, etc. |   |   |   |   |
| <b>ENTENDER:</b>  |   |   |   |   |
| O.15 Las consecuencias de los hábitos como fumar, sedentarismo, etc.  |   |   |   |   |

|   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| P.15 Por qué necesitas vacunarte  |  |  |  |  |
| Q.15 Por qué necesitas hacerte pruebas de detección temprana de enfermedades                              |  |  |  |  |
| <b>JUZGAR:</b>  |  |  |  |  |
| R.15 Cuándo necesitas acudir al médico a hacerte una revisión   |  |  |  |  |
| S.15 Cuáles son las vacunas que puedes necesitar  |  |  |  |  |
| T.15 Cuáles son las pruebas de detección de enfermedades y las revisiones médicas que deberías realizarte |  |  |  |  |

Ponga una X en el número

1 = nada de acuerdo 2= poco de acuerdo 3= de acuerdo 4= muy de acuerdo

**16. CONSIDERA QUE:**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| a.16. Las decisiones importantes sobre su tratamiento las debe tomar el médico, no usted                          |   |   |   |   |
| b.16. Debe seguir el consejo de su médico incluso si no está de acuerdo con él                                    |   |   |   |   |
| c.16 Si está hospitalizado, no debe tomar decisiones sobre su propio cuidado                                      |   |   |   |   |
| d.16. Debe sentirse libre para tomar decisiones sobre problemas médicos cotidianos                                |   |   |   |   |
| e.16. Si estuviera enfermo, a medida que su enfermedad empeorara, querría que su médico tome todas las decisiones |   |   |   |   |
| f.16. Usted es el que debe decidir con qué frecuencia necesita hacerse un chequeo                                 |   |   |   |   |
| g.16. Usted debe tomar parte en las decisiones en la consulta con el médico                                       |   |   |   |   |
| h.16. El médico le debe dar las opciones de tratamiento para su enfermedad  |   |   |   |   |
| i.16. Que usted tome parte en las decisiones en la consulta con el médico es problemático                         |   |   |   |   |
| j.16. A medida que se enferma, se le debe informar cada vez más sobre su enfermedad                               |   |   |   |   |
| k.16. Debe comprender completamente lo que está sucediendo dentro de su cuerpo como resultado de su enfermedad    |   |   |   |   |
| l.16. Debe estar bien informado, incluso si las noticias son malas  |   |   |   |   |
| m.16. Su médico debe explicar el motivo de las pruebas de laboratorio   |   |   |   |   |
| n.16. Usted debe recibir información solo cuando la solicite  |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| o.16. Es importante que usted conozca todos los efectos secundarios de su medicamento                    |  |  |  |  |
| Q.16. La información sobre su enfermedad es tan importante para usted como el tratamiento                |  |  |  |  |
| R.16. Cuando hay más de un tratamiento para su padecimiento, se le debe informar sobre cada uno de ellos |  |  |  |  |

Qué rol prefiere tomar en la consulta con su médico

**YO PREFIERO**

**17.** Tomar **YO** la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir

(1) Si      (2) no

**18.** Tomar **YO** mismo la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir después de considerar la opinión de mi médico.

(1) Si      (2) no

**19.** Que **MI MEDICO Y YO** compartamos la responsabilidad de decidir qué tratamiento es mejor para mí.

(1) Si      (2) no

**20.** Que **MI MEDICO** tome la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir, pero después de considerar mi opinión.

(1) Si      (2) no

**21.** Dejar la decisión final sobre el tratamiento que debo seguir exclusivamente en manos de **MI MEDICO**

(1) Si      (2) no