



**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**



**COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA PARTICIPACION DE LA TOMA DE
DECISIONES ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARISOL KEJEL GUERRERO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA

TUTORA 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.

**COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA PARTICIPACION DE LA TOMA DE
DECISIONES ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARIA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 20

**COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA PARTICIPACION DE LA TOMA DE
DECISIONES ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

ASESORA METODOLOGICA:

Vo Bo.

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

**COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA PARTICIPACION DE LA TOMA DE
DECISIONES ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN EL
PRIMER NIVEL DE ATENCION**

Vo. Bo.

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

DEDICATORIA

A todas las personas que me quieren y que cuando me vieron caída me dieron la mano para poder levantarme y así seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Por darme la fuerza necesaria para seguir adelante cuando estaba a punto de abandonar todo.

A mi familia y amigos

A **mis padres y a mi hermano** por siempre estar conmigo física y espiritualmente y tener siempre una palabra a pesar de todo lo que ha pasado. Mónica, Delia, Héctor gracias chicos un año más en el que me demuestran que son mis amigos de verdad. Andy gracias por hacer nuestras guardias más amenas, mejor compañera no me hubiera tocado.

A mis coordinadoras

Doctoras de corazón les agradezco la “enorme” paciencia y el apoyo que me dieron a lo largo de estos tres años y les hago saber mi admiración porque son mujeres que me demostraron la disciplina y la dedicación.

Dra. Carmen. Gracias por enseñarme la pasión y el gusto a esta hermosa especialidad que es la medicina familiar y por brindarme su tiempo para este trabajo.

Dra. Pilar por su tiempo y enseñanzas en este trabajo que no voy a olvidar.

Dra. Santa gracias por su enorme apoyo y enseñanzas en estos tres años.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social. Por ser mi casa desde que nací y ahora en mi vida profesional.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
TITULO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MARCO TEÓRICO.....	7
JUSTIFICACION.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	16
OBJETIVOS.....	17
HIPÓTESIS.....	18
SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS.....	19
TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	20
VARIABLES.....	21
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
DESCRIPCION.....	25
INSTRUMENTOS DE MEDICINON.....	26
RECOLECCION DE DATOS.....	27
RESULTADOS.....	28
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES.....	42

RESUMEN

COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA PARTICIPACION DE LA TOMA DE DECISIONES ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS FAMILIARES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Kejel-Guerrero M ¹, Aguirre-García MC²; Lavielle-SotoMayor P³

1. Alumna del tercer año del curso de especialización
2. Investigador principal
3. Investigador asociado

Introducción: El modelo de toma de decisiones compartidas (TDC) implica un proceso de interacción, en donde el profesional de la salud ayuda a su paciente a escoger el mejor tratamiento para su situación clínica, informándoles sobre los riesgos y beneficios que conlleva y la diferencia de puntos de vista entre médicos familiar adscritos y médicos residentes de medicina familiar. **Objetivo:** Comparar las preferencias de los médicos de base y de los médicos residentes acerca de las decisiones compartidas en el primer nivel de atención. **Material y Método:** Estudio transversal analítico. Previo consentimiento informado, se encuestaron 146 médicos entre adscritos y residentes de la especialidad de medicina familiar de la Unidad de Medicina Familiar #20 Vallejo, quienes aceptaron y cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de cuestionario de decisiones compartidas (Baker) y la percepción de alfabetización del paciente (European Health Literacy Survey Questionnaire) los cuales fueron modificadas para el objetivo del estudio. El análisis de resultados se realizó a través de estadística descriptiva y analítica χ^2 cuadrada (prueba de Fisher/ Mantel-Haenszel) para determinar el grado de asociación entre las variables. **Resultados:** En la toma de decisiones importantes sobre el tratamiento el 64% de los adscritos mencionaron que las debe tomar el médico, no el paciente, el 49.3% de los residentes opinaron lo mismo. Concuerdan que el paciente debe sentirse libre para tomar decisiones sobre sus problemas médicos cotidianos, al igual que recibir malas noticias, que la información sobre la enfermedad es tan importante para el paciente como el tratamiento. **Discusión:** La decisión compartida sólo es posible desde una relación de confianza, a diferencia de la relación de dominación en la que el paciente no opina porque «el poder» está en manos del experto. Existen aún preguntas a la relectura de lo conocido hasta ahora ya que existen diferentes modelos en la toma de decisiones compartidas desde la paternalista hasta el modelo de la mente compartida. **Conclusión:** Se puede observar que tanto en los médicos residentes como en los médicos adscritos sigue prevaleciendo el modelo paternalista, sin embargo debemos fomentar otros modelos de relación médico-paciente en la formación de los médicos.

Palabras Claves: toma de decisiones compartidas, modelo paternalista, médicos y paciente.

ABSTRACT

PREFERENCE COMPARISON IN THE PARTICIPATION OF DECISION MAKING BETWEEN RESIDENT DOCTORS AND FAMILY DOCTORS IN THE FIRST LEVEL OF CARE

Kejel-Guerrero M¹, Aguirre-García M C², Lavielle-SotoMayor P³

1. Resident third year Family Medicine, UMF20 IMSS.
2. Doctor family, UMF20, Master of Science in Education, UMF20 IMSS.
3. Master in clinical epidemiology, CMN Siglo XXI IMSS.

Introduction: The shared decision-making model (TDC) implies an interaction process, where the health professional helps his patient to choose the best treatment for his clinical situation, informing them about the risks and benefits that it entails and the difference of points of view between attached family doctors and resident family medicine doctors. **Objective:** To compare the preferences of base doctors and resident doctors about shared decisions in the first level of care. **Material and Method:** Analytical cross-sectional study. With prior informed consent, 146 doctors were surveyed among members and residents of the family medicine specialty of the Family Medicine Unit # 20 Vallejo, who accepted and fulfilled the inclusion criteria. Data collection was carried out by applying the shared decision questionnaire (Baker) and the perception of patient literacy (European Health Literacy Survey Questionnaire HLS-EU-Q) which were modified for the purpose of the study. The analysis of results was carried out using descriptive and analytical statistics χ^2 square (Fisher / Mantel-Haenszel test) to determine the degree of association between the variables. **Results:** Results: In making important decisions about treatment, 64% of those enrolled mentioned that they should be made by the doctor, not the patient, 49.3% of the residents believed the same. They agree that the patient should feel free to make decisions about their everyday medical problems, as well as receive bad news, that information about the disease is as important to the patient as treatment. **Discussion:** The shared decision is only possible from a relationship of trust, unlike the relationship of domination in which the patient does not opine because "power" is in the hands of the expert. There are still questions for rereading what has been known so far, since there are different models in shared decision-making, from the paternalistic to the model of the shared mind. **Conclusion:** It can be seen that both the resident physicians and the affiliated physicians continue to prevail the paternalistic model, however we must promote other models of doctor-patient relationship in the training of physicians.

Key Words: shared decision making, paternalistic model, doctors and patient.

**COMPARACIÓN DE PREFERENCIA EN LA
PARTICIPACION DE LA TOMA DE DECISIONES
ENTRE MEDICOS RESIDENTES Y MEDICOS
FAMILIARES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION**

No. de registro ante el comité: **R-2019-3404-071**

INTRODUCCION

Se define “toma de decisiones” al proceso intelectual que lleva a una elección entre varias posibilidades y que es común a varias situaciones. A partir de este concepto, el proceso de solución de los problemas de salud de individuos enfermos puede ser considerado como un proceso continuo de toma de decisiones médicas, de las cuales depende, invariablemente, el éxito o el fracaso de la gestión del médico. (1)

Las creencias, actitudes y conductas de los profesionales de la salud influyen en el deseo de participación de los pacientes. Uno de los obstáculos principales es la negativa del médico de abandonar su rol tradicional y delegar el poder.

Si bien los estudios actuales encuentran que los médicos generales prefieren la participación de los pacientes, al mismo tiempo un gran porcentaje de los médicos de primer nivel de atención expresan descontento y preocupación con lo que ellos consideran como una pérdida de autonomía profesional, tanto en relación con las autoridades de salud como en relación con paciente.

Existen varias formas de conceptualizar y ordenar los roles del médico y el paciente de acuerdo con el grado de participación del paciente en la toma de decisiones. Por lo general, la participación de los pacientes que va desde la relación del médico paternalista-paciente pasivo (el médico por el modelo paternalista implica que el paciente no esté informado y no participa en las decisiones); con base a la información proporcionada por su médico la toma de decisiones informada en donde el paciente de manera autónoma toma las decisiones. (2)

En tiempos que Hipócrates y Galeno establecían las primeras normativas respecto a los pacientes con el médico, la toma de decisiones respecto a la propia salud era

un proceso que se establecía más por la capacidad y autoridad del profesionalismo que por la capacidad de decisión que podía tener el paciente.

Mientras que la toma de decisiones compartida se encontraría entre estos dos extremos de participación cada vez más las decisiones que antes eran tomadas unilateralmente se han reemplazado por un proceso en donde el paciente debe de escoger entre diferentes alternativas antes de optar por una terapia determinada, porque cada paciente posee una problemática concreta que la medicina debe respetar.

La participación del paciente en la toma de decisiones representa actualmente en la práctica clínica la piedra angular del principio ético médico de autonomía.

La relación del Médico Familiar con los pacientes se sustenta fundamentalmente en la accesibilidad, continuidad, concebida como el seguimiento de un problema de la salud atendido por el mismo médico y el seguimiento de los problemas salud lo cual afectará a las personas a lo largo de su vida, y la duda es una característica que el Médico Familiar considera como inherente al proceso de la toma de decisiones. (3)

Existe evidencia de que los médicos generales experimentan la presión social de los pacientes como un factor de influencia en la toma de decisiones médicas, lo que a veces incluso anula el juicio clínico del médico (4)

Así muchos pacientes desean desempeñar un papel activo en las decisiones de sus padecimientos, otros no se comportan de la misma forma, situación que favorece la existencia de los modelos dinámicos de decisiones, que recorren grados de interacción y adaptación entre los pacientes y los profesionales, según las circunstancias en salud que se enfrentan.

La integración del contexto social, familiar, económico, cultural y científico asistencial asegura una adecuada toma de decisiones. Ninguna decisión debiera tomarse considerando solo alguno de los dominios aislados.(5)

MARCO TEORICO

Los principales modificadores de efecto sobre la toma de decisiones se relacionan con la condición clínica específica del paciente y con la forma en que el personal de salud se debe comunicar hacia ellos, ya que existen otros modificadores que tienen que ver con sus características culturales, físicas (edad, género), psicológicas, situaciones o experiencias anteriores y también en la actitud que tienen ante la enfermedad y evidentemente la ideología y valores de los pacientes.

Cuando una persona hace uso de su decisión autónoma para dar a entender cómo quiere ser tratada, su postura está señalando hacia un tipo de vida *digna* que desea llevar. Una cosa es su propia decisión (autonomía) y otra por qué la decide (dignidad).

Según la tabla modificada de Thorne acerca del proceso de comunicación entre el médico y el paciente, menciona que si este último: (6)

PACIENTE		MÉDICO
Desea ser informado	—————>	El médico debe obtener el consentimiento Informado.
Tomar la mejor decisión	—————>	Dirigir la decisión, transmitir eficacia.
Disminuir Ansiedad	—————>	Reducir y mejorar el conflicto decisional.
Controlar los síntomas	—————>	Adherencia terapéutica.
Conservar la esperanza	—————>	Manejo poco realista de la esperanza

Cuando no se aceptan dichas decisiones por parte de los médicos (si son autónomas, competentes) no sólo no se respeta la autonomía, también se atenta contra la dignidad de la persona al negarle un tipo de vida que quiere llevar. La obligatoriedad de respeto por la dignidad marca límites a la moralidad, pues obliga a respetarla con independencia de qué opinión concreta tenga la persona, qué beneficio esperar, etc. Por tanto, no es posible sostener ningún principio ético si no hay previamente un respeto por la dignidad de la persona. (7)

Respecto a la condición clínica, la percepción del riesgo varía con la enfermedad siendo el cáncer y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) las enfermedades en las que parece apreciarse más vulnerabilidad y se percibe mayor

gravedad. La condición clínica no resulta modificable por los profesionales, mientras que el estilo de comunicación sí. Por tanto, para conseguir una adecuada transmisión del riesgo habrá que atender al proceso de entrevista clínica (8).

Estudios sobre la toma de decisiones compartidas, encontraron que el 95,8% de médicos manifiesta ofertarla habitualmente a sus pacientes y, sin embargo, menos de la mitad de los pacientes indica haberla recibido, lo que demuestra un problema en la transmisión y recepción de la información. Esto puede deberse a las diferencias de criterio respecto a las decisiones que son capaces de tomar (o no) los pacientes. Lo que demuestra este estudio es que profesionales, pacientes y acompañantes tienen percepciones muy diferentes de una misma vivencia.(9)

En 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. (10).

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». (11)

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.

- **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.

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
- 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.(12)

En el estudio de Degner y Sloan se identificaron cinco categorías para determinar distintas actitudes del paciente puede en relación con su participación (13):

- 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 (TD). Además, los resultados de los pocos estudios sobre las opiniones de los profesionales de la salud y 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. (14)

En la toma de decisiones compartidas se relacionan como mínimo 2 personas, el profesional de la salud y el paciente, aunque es posible que la familia y/o amigos jueguen un papel importante. Ambos participan en el proceso de la decisión. Para lo cual es necesario establecer un ambiente en el que el paciente manifieste sus sentimientos con relación a los diversos tratamientos. (15)

La información compartida es un requisito para la toma de decisiones: el equipo de profesionales de la salud le informa qué riesgos y beneficios conllevan las distintas opciones terapéuticas y el paciente establece cuáles son sus valores y preferencias con relación a éstas. Finalmente, se llega a un consenso sobre qué línea terapéutica llevar a cabo que esté más acorde con los valores y preferencias del paciente.

No obstante, también es posible que no se alcance ningún acuerdo sobre el tratamiento, por lo que el paciente acude a otro profesional u otros tratamientos alternativos. (16)

Aunque éstas son las características principales del modelo, hay que remarcar que el objetivo de esta relación clínica ha de ser la de diagnosticar, prevenir y tratar al paciente. Para ello, los profesionales han de orientar y guiar el proceso terapéutico con relación a la Medicina Basada en la Evidencia.

El objetivo ha de ser determinar qué línea terapéutica es la que mejor se adapta a los valores, prioridades, necesidades del paciente.

Dentro de 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. (17)

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 modelo de toma de decisiones compartidas implica un proceso de interacción, en donde el profesional de la salud ayuda a su paciente a escoger el mejor tratamiento para su situación clínica, así mismo le informa los riesgos y beneficios que conlleva. De esta forma se introduce al paciente en la toma de decisiones.

Con base a lo anterior, se puede establecer las características que distinguen al modelo de toma de decisiones compartidas de otros modelos de relación asistencial. (18)

El modelo de toma de decisiones compartidas la ventaja es su fiabilidad clínica, basado en un asesoramiento clínico, pero también es positivo en tanto que se fundamenta en los principios éticos. En particular, los médicos parecen desviarse de su supuesto ideal en la práctica clínica.

Hay algunos factores que favorecen la implementación de cambios en los equipos de trabajo en general y que también podrían aplicarse a la TDC y son: la decisión del grupo de implementar determinados cambios, tener apoyo de la organización, contar con reuniones de equipo, tener objetivos claros, y contar con auditoría. Entre los factores que dificultan la implementación de las TDC se mencionan: la falta de tiempo, la falta de aplicabilidad debido a características del paciente y/o de la

situación clínica, la motivación del profesional y el impacto percibido en el proceso clínico y en los resultados en el paciente (19).

Otro ejemplo de paternalismo se ilustra en la conducta del personal de salud que no considera que mentir al paciente es un comportamiento no profesional. De la misma manera, los médicos son reacios a alentar la participación de los pacientes, debido a que no desean delegar poder o control o tienen miedo de perder su identidad.

Están menos estudiado las características de los médicos que permiten que los pacientes participen en la consulta. Se ha encontrado que las mujeres parecen estar más a favor de compartir decisiones que los hombres. Las creencias, actitudes y conductas de los profesionales de la salud influyen en la el deseo de participación de los pacientes. Uno de los obstáculos principales es la negativa del médico de abandonar su rol tradicional y delegar el poder

Si bien los estudios actuales encuentran que la mayoría de los médicos generales prefieren la participación de los pacientes, al mismo tiempo un gran porcentaje de los médicos de primer nivel de atención expresan descontento y preocupación con lo que ellos consideran como una pérdida de autonomía profesional, tanto en relación con las autoridades de salud como en relación con pacientes. (20)

JUSTIFICACION

En las últimas décadas, en un gran número de países, se ha presentado la necesidad de una mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones. Esto se debe al desarrollo social en muchos países, lo que implica mayor acceso a la información (8)

Diversas investigaciones a nivel internacional sobre las decisiones compartidas, como la de Josep M., mostraron que la intervención de los pacientes en la toma de decisiones compartida (TDC) es poco frecuente en las consultas de los médicos. Se precisa que los médicos reciban formación en aptitudes de entrevista clínica centrada en el paciente, así como en favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones compartida (TDC) (10)

En la actualidad la toma de decisiones compartida 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 anti-inflamatorio 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 prueba de antígeno prostático o una sangre oculta en heces) (11).

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.

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.(16)

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. (14).

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.

Un ejemplo de paternalismo se ilustra en la conducta del personal de salud que no considera que mentir al paciente es un comportamiento no profesional. De la misma manera, los médicos son reacios a alentar la participación de los pacientes, debido a que no desean delegar poder o control o tienen miedo de perder su identidad. Esta menos estudiado las características de los médicos que permiten que los pacientes participen en la consulta. (15)

Por lo que determinar las preferencias de los médicos 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 médico y del paciente en cuanto a su salud podría proporcionar la destreza prácticas así como la motivación para afrontar las exigencias del autocuidado diario determinará el éxito o fracaso de cualquier indicación terapéutica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La literatura con la que contamos al momento no es concluyente acerca de los tipos de intervenciones más eficaces para aumentar la adopción de la TDC por parte de profesionales de la salud (médicos/médicos residentes).

Las creencias, actitudes y conductas de los profesionales de la salud influyen en el deseo de participación de los pacientes. Uno de los obstáculos principales es la negativa del médico de abandonar su rol tradicional y delegar el poder.

Si bien los estudios actuales encuentran que los médicos generales prefieren la participación de los pacientes, al mismo tiempo un gran porcentaje de los médicos de primer nivel de atención expresan descontento y preocupación con lo que ellos consideran como una pérdida de autonomía profesional, tanto en relación con las autoridades de salud como en relación con pacientes

Existe evidencia de que los médicos generales experimentan la presión social de los pacientes como un factor de influencia en la toma de decisiones médicas, lo que a veces incluso anula el juicio clínico del médico.

Diferentes estudios han demostrado que adoptar un estilo más participativo puede mejorar los resultados de salud. 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.

Actualmente 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 factores que influyen en una toma de decisiones conjuntas durante la consulta por lo que hemos llegado a realizarnos la siguiente interrogante:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existen diferencias en las preferencias de participación en la toma de decisiones compartida entre los médicos de base y médicos residentes familiares de los tres grados de la UMF 20 Vallejo?

OBJETIVOS:

Objetivo general

Comparar las preferencias de los médicos familiares de base y de médicos residentes de medicina familiar hacia la toma de decisiones compartida en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos

- Describir variables sociodemográficas y laborales de los médicos encuestados.
- Identificar el rol del paciente que considera el médico familiar y/o residente de medicina familiar durante la consulta.
- Conocer la percepción del médico que tiene acerca de la funcionalidad del paciente para encontrar, entender y juzgar información médica.
- Mencionar la asociación entre variables sociodemográficas y la preferencia del médico sobre la participación del paciente en la toma de decisiones.

HIPOTESIS

HIPOTESIS ALTERNA

Existen diferencias en las preferencias para participar en la toma de decisiones compartidas médico-paciente entre los médicos familiares de base y médicos residentes de medicina familiar.

HIPOTESIS NULA

No existen diferencias en las preferencias para participar en la toma de decisiones compartida entre los pacientes médicos de base y médicos residentes.

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.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estuvo constituida por médicos familiares de base de ambos turnos y residentes de medicina familiar cursando los tres grados de dicha especialidad de la Unidad de Medicina Familiar No 20 Vallejo.

GRUPO DE ESTUDIO

Médicos familiares y residentes de medicina familiar que laboran y/o desarrollan su carrera profesional en la Unidad de Medicina Familiar No 20.

PERIODO DE ESTUDIO: 2019-2020

DISEÑO DE ESTUDIO

Tipo de estudio

- Por el control de la maniobra: experimental.
- Por el investigador: Observacional.
- Por la captación de la información: Proyectivo.
- Por la medición de los fenómenos en el tiempo: Transversal.
- Por la presencia de un grupo control: Analítico.
- Por la dirección del análisis: Transversal o encuesta.
- Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: Abierto.

TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO.

➤ CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Con una prevalencia 15% de aceptación de la toma de decisiones compartida y una amplitud total del intervalo de confianza de 0.10, con un nivel de confianza del 95%:

Total de médicos: 146 de los cuales

- Médicos adscritos de bases: 76
- Médicos residentes de primer año: 22
- Médicos residentes de segundo año: 24
- Médicos residentes de tercer año: 24
-

Se tomó la n de los grupos naturales conformados por años de residencia así como de la plantilla de médicos familiares adscritos a la unidad

➤ SELECCIÓN DE MUESTREO

La muestra fue no probabilística, por conveniencia.

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, experiencia laboral, antigüedad, práctica privada, pública o mixta, año de la residencia.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPOS DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS	Las decisiones se adoptan de manera conjunta entre el profesional de la salud y el paciente.	Se midió 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 2.- Desacuerdo en participar
EXPERIENCIA LABORAL	Es la acumulación de conocimientos prácticos que una persona o empresa ha adquirido en el desempeño de sus funciones. Así, la experiencia laboral está estrechamente.	Se midió a través de un instrumento que evalúa la cantidad en años de ejercer en este caso la medicina.	Cuantitativa	Discreta	Número de años laborados
PRÁCTICA CLÍNICA ES EN INSTITUCIÓN	Realización del desempeño laboral, en diferentes unidades.	Se midió a través de donde han laborado o laboran actualmente	Cualitativa	Discreta	Privada Pública Ambas
ALFABETIZACIÓN EN SALUD	La alfabetización en salud hace referencia a las 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" (OMS - Organización Mundial de la Salud)	16 preguntas que clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada tarea o situación	Cualitativa	Dicotómica	Muy Fácil, Fácil Difícil Muy Difícil No Sabe/No Contesta
AÑOS DE RESIDENCIA	Es el sistema de formación de especialistas médicos.	Se midió a través de un instrumento que evalúa la cantidad en años de realizar una especialidad médica	Cuantitativa	Nominal	Número de años que dure la especialidad o residencia médica. 1°, 2° y 3° año

EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento hasta este momento.	Se evaluó mediante la encuesta preguntando edad	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos
SEXO	Características fenotípicas y genotípicas que identifican al individuo como masculino y femenino.	Se evaluó mediante pregunta en encuesta sobre el género o sexo de acuerdo a las características físicas del adolescente	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Mujer Hombre
ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Nivel de estudios encuestados	Cualitativa	Ordinal	Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura
ESTADO CIVIL	Condición de soltería, matrimonio, viudez	Estado civil del encuestado	Cualitativa	Nominal Politómica	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
OCUPACIÓN	Trabajo, oficio, empleo que desarrolla una persona.	Ocupación del encuestado	Cualitativa	Nominal Politómica	Para fines de estudio, se tomara en cuenta 4 niveles socioeconómicos: 1 Muy bajo 2 Bajo 3 Medio Alto 4 Alto

GRUPO DE ESTUDIO

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LOS MÉDICOS

1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Médicos familiares de base del turno matutino y vespertino aceptaron participar.
- Residentes de la especialidad de medicina familiar que aceptaron participar.

1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Médicos Familiares y de residentes de medicina familiar con baja laboral de al menos 3 meses durante el periodo de estudio.
- Que se encontraron con permiso de licencia, incapacidad u otro en el momento de la encuesta.

1.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Médicos que dejaron inconclusa la encuesta.
- Médicos que se desearon retirar de la encuesta

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Después del registro ante el comité local de investigación y anuencia por autoridades de la unidad, se inició la recolección de datos en los consultorios y el auditorio y biblioteca de la unidad médica de Medicina Familiar No. 20, para lo cual se seleccionaron a los médicos y residentes de medicina familiar que participaron en el estudio tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión que se especificaron.

Se hizo entrega por escrito del consentimiento informado y se solicitó respondan el cuestionario. Se procedió a la aplicación del instrumento de medición dando tiempo suficiente para su resolución. Al término se verificó que este completo y se le dio las gracias al 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.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

Se aplicó un cuestionario que incluye datos sociodemográficos: edad, género, estado civil, ocupación, experiencia laboral, antigüedad, práctica pública, privada o mixta, años de residencia.

ALFABETIZACIÓN EN SALUD HLS-EU-Q16

Entre los diversos instrumentos para medir la alfabetización en salud, el Consorcio Europeo sobre Alfabetización en Salud diseñó el European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q), utilizado en la Encuesta Europea sobre Alfabetización en Salud. Cuenta con un alfa de Cronbach 0.982.

El cuestionario HLS-EU-Q16, consta de 16 preguntas que clasifican el grado de dificultad percibida por el encuestado en cada tarea o situación en muy fácil, fácil, difícil, muy difícil o no sabe/no contesta. La suma de las puntuaciones de los 16 ítems, considera «nivel inadecuado o problemático» (puntuación entre 0 y 12) y «nivel suficiente» (puntuación entre 13 y 16)¹⁰. Se calculó el índice de alfabetización estandarizado (IAS) como: $(\text{media de ítems contestados} - 1) \times (16 / 3)$, siendo «media» la media aritmética de las puntuaciones de los ítems contestados.

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)

RECOLECCION DE DATOS

La manera en que se recolectaron los datos fue por medio de una encuesta estructurada tipo cuestionario que fue aplicado a médicos de base de ambos turnos que laboran en la Unidad y residentes de que actualmente cursan la especialidad de medicina familiar de Medicina Familiar No. 20.

ANALISIS DE DATOS

El análisis univariado se realizó con el cálculo de frecuencias y proporciones, utilizando programa SPSS versión 22.0 (SISTEMA IBM SPSS STATISTIC VERSION 22.0) presentando tablas y graficas según corresponda al tipo de variable a estudiar. Se utilizó la prueba de Chi cuadrada para determinar la asociación entre el deseo de participar en la toma de decisiones del médico conjuntamente con los pacientes y variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel socioeconómico) así como alfabetización del estado de salud.

Considerando significancia estadística cuando $p \leq 0.05$.

RESULTADOS

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA DE MÉDICOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 20.

➤ EDAD

Como se puede ver en la tabla 1 la mayoría de los médicos residentes estuvieron en el grupo de edad de 24 a 30 mientras que los médicos adscritos tenían edades de 31 a 45 años. (Tabla y Grafico 1).

EDAD	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
24-30 años	62 (87.3)	1 (1.3)
31-35 años	9 (12.7)	17 (22.7)
36-40 años	0	20 (26.7)
41-45 años	0	18 (24.0)
>45 años	0	19 (25.3)

Tabla 1. Edad de los médicos residentes y adscritos

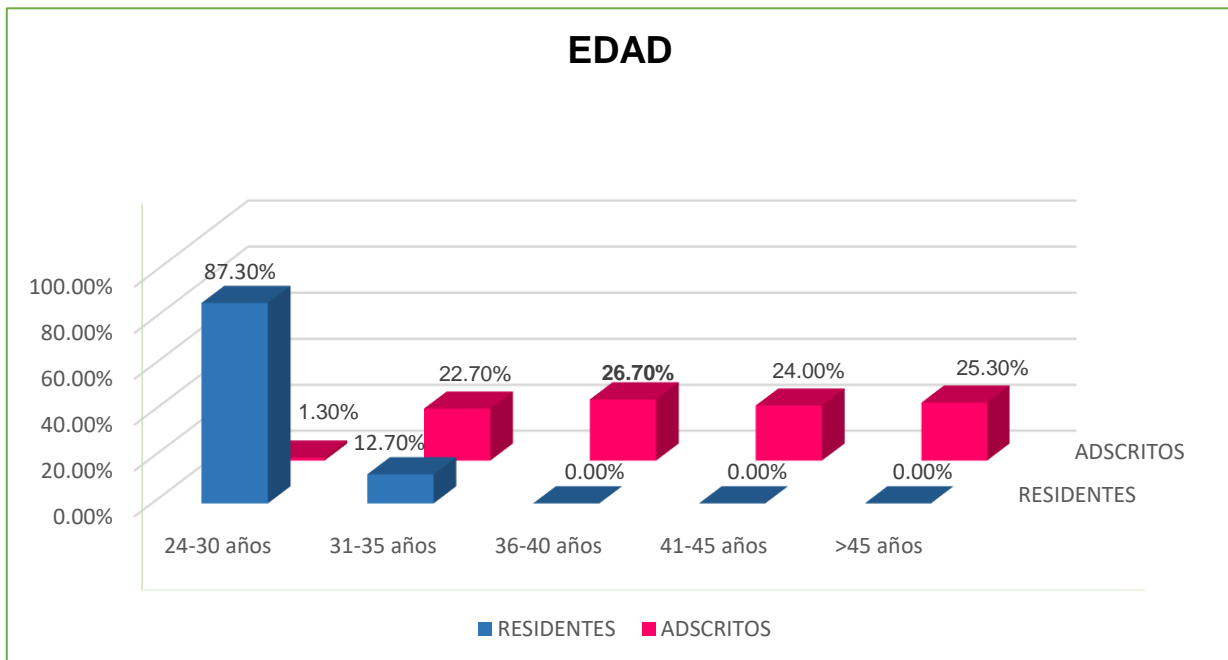


Gráfico1. Edad de los médicos residentes y adscritos

➤ **GENERO**

Se observó un 62.0% del sexo femenino con respecto a la cantidad de hombres con un 29.3% en el grupo de residentes mientras que en el grupo de los adscritos también hubo una minoría en cuanto al género masculino con un 29.3% y 70.7% de mujeres en este mismo grupo como se puede ver en la siguiente tabla. (Tabla/Grafico 2).

GENERO	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
Femenino	44 (62.0%)	53 (70.7%)
Masculino	27 (38.0%)	22 (29.3%)

Tabla 2. Género de los médicos residentes y adscritos

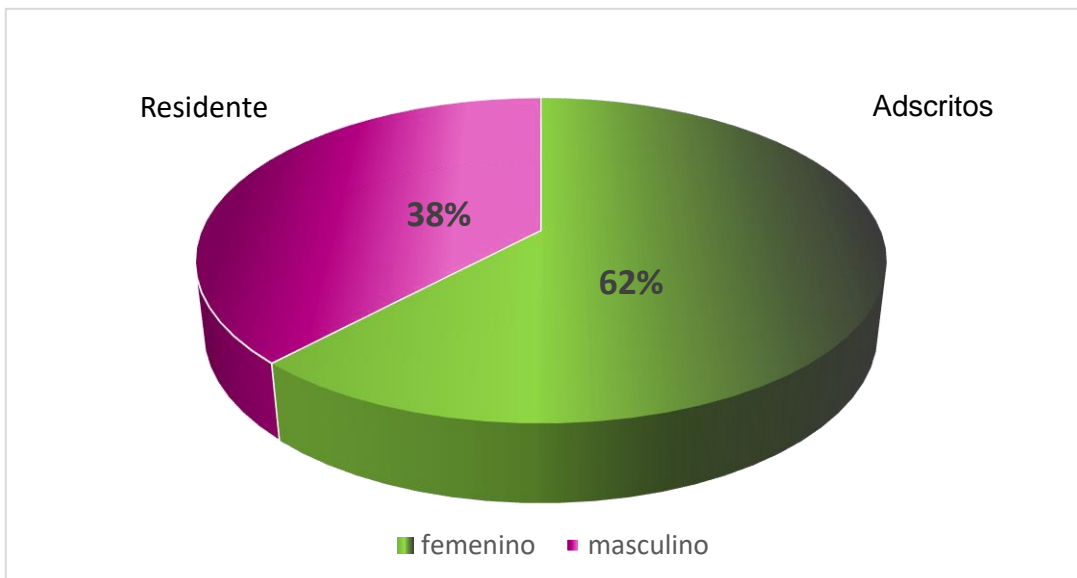


Gráfico 2. Género de los médicos residentes y adscritos

➤ **ESTADO CIVIL**

Como se puede ver en la tabla 3 la mayoría de los médicos residentes estuvieron en el grupo de solteros con un 68.4% a diferencia de los médicos adscritos quienes resultaron en su mayoría en el grupo de casados con un 49.3%. (Tabla y Grafico 3).

ESTADO CIVIL	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
Soltero	46 (68.4)	34 (45.3)
Casado	25 (35.2)	37 (49.3)
Divorciado	0 (0.0)	4 (5.3)

Tabla 3. Estado civil de los médicos residentes y adscritos

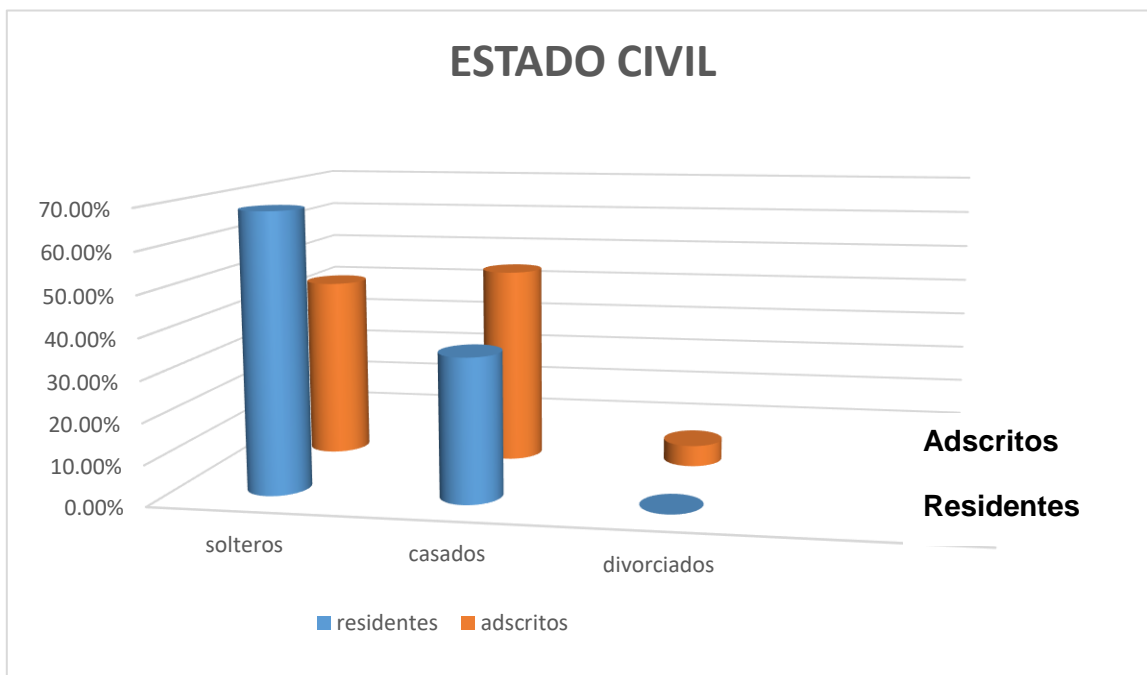


Gráfico 3. Estado civil de los médicos residentes y adscritos

➤ **EXPERIENCIA LABORAL**

En la siguiente tabla se puede observar que en su mayoría de los adscritos con 46.7% tienen una experiencia laboral entre 6 a 10 años mientras que en los residentes el 100% se encuentra con una experiencia laboral menor a 5 años.

EXPERIENCIA LABORAL	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
< 5 años	71 (100)	0 (0.0)
6-10 años	0 (0.0)	35 (46.7)
11-15 años	0 (0.0)	19 (25.3)
16-20 años	0 (0.0)	14 (18.7)
>20 años	0 (0.0)	7 (9.3)

Tabla 3. Experiencia laboral de los médicos residentes y adscritos

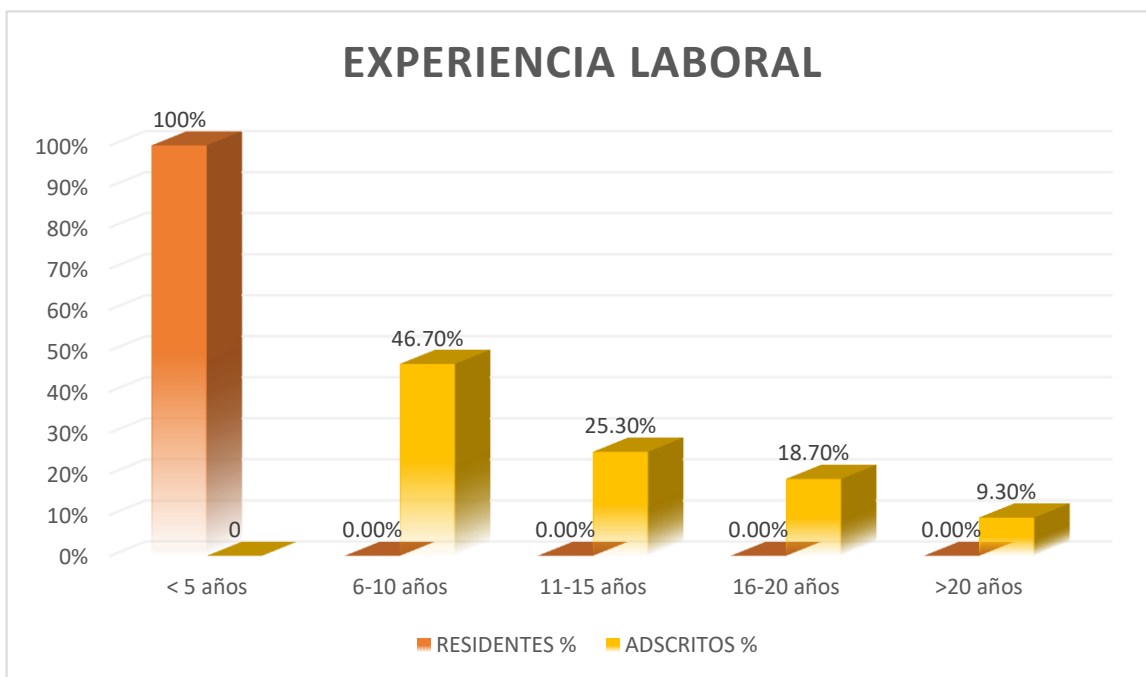


Gráfico 3. Experiencia laboral de los médicos residentes y adscritos

➤ INSTITUCIÓN

En cuanto al lugar donde se desempeñan como médicos esta en primer lugar las instituciones públicas tanto para residentes como para adscritos con un 87% y 80% respectivamente, mientras que el laborar de ambas formas solo tienen un 4.2% por parte de los residentes y un 12% por parte de los adscritos.

INSTITUCIÓN	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
Pública	62 (87.3)	60 (80.0)
Privada	6 (8.5)	6 (8.0)
Ambas	3 (4.2)	9 (12.0)

Tabla 4. Práctica clínica a nivel institución de los médicos residentes y adscritos

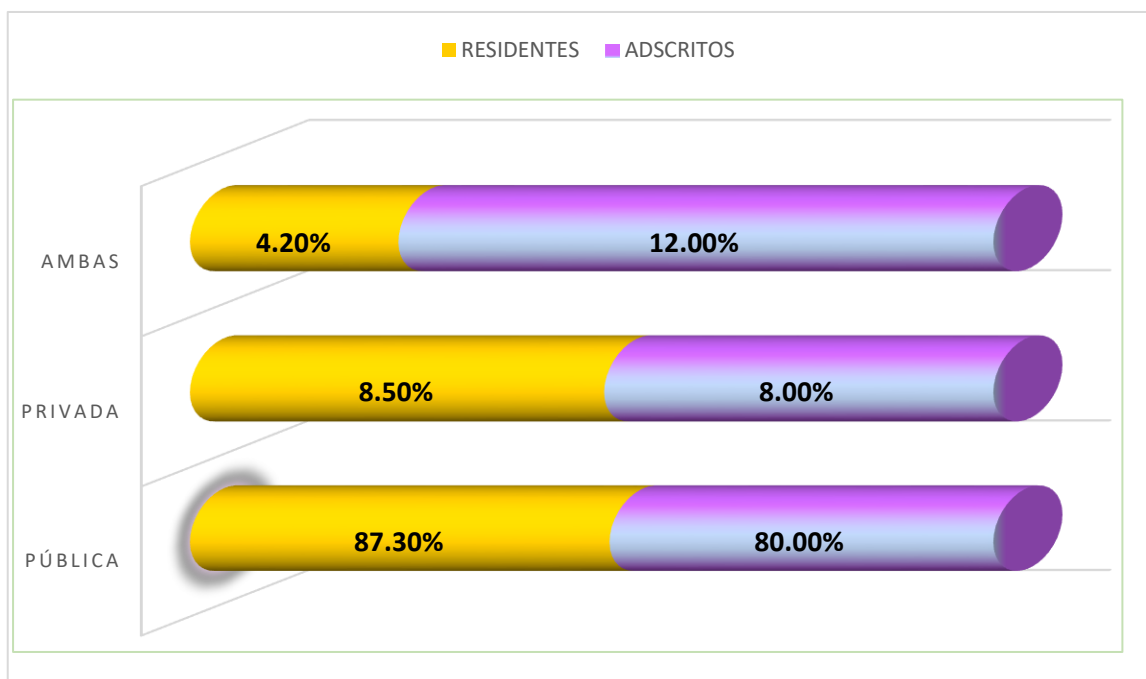


Gráfico 4. Práctica clínica a nivel institución de los médicos residentes y adscritos

➤ **NIVEL DE ESTUDIOS**

Como se puede observar en la siguiente tabla solo un 22.7% de los médicos adscritos cuentan con un posgrado y no solo con el nivel de la especialidad de medicina familiar, en el caso de los residentes es evidente que el 100% aún no cuenta con un posgrado a diferencia de los médicos de base.

NIVEL DE ESTUDIOS	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
Licenciatura	71 (100.0)	0 (0.0)
Especialidad	0 (0.0)	58 (77.3)
Posgrado	0 (0.0)	17 (22.7)

Tabla 5. Nivel de estudios de los médicos residentes y adscritos

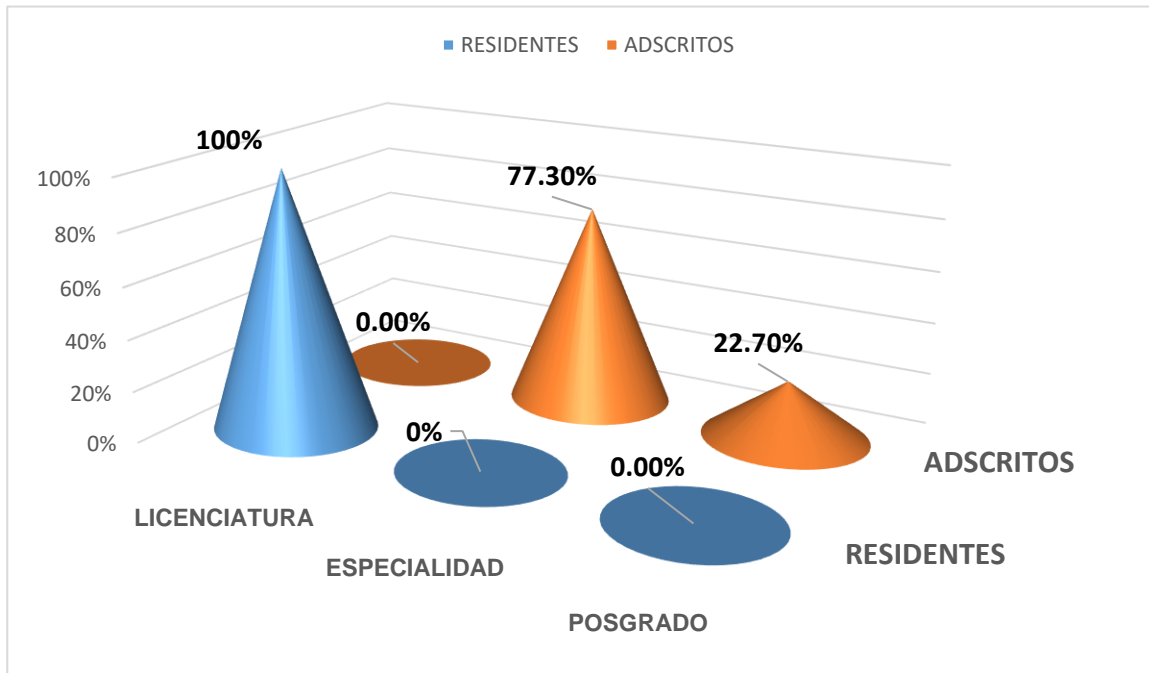


Gráfico 5. . Nivel de estudios de los médicos residentes y adscritos

➤ TOMA DE DECISIONES

Preferencias de los médicos familiares de base y de médicos residentes de medicina familiar hacia la toma de decisiones compartida en el primer nivel de atención.

TOMA DE DECISIONES 1	RESIDENTE n (%)	ADSCRITOS n (%)
	DE ACUERDO	DE ACUERDO
Las decisiones importantes sobre el tratamiento las debe tomar el médico, no el paciente.	35 (49.3)	48 (64.0)
El paciente debe seguir el consejo de su médico incluso si no está de acuerdo con él.	24 (33.8)	35 (47.3)
Si el paciente está hospitalizado, no debe tomar decisiones sobre su propio cuidado.	22 (31.0)	24 (32.0)
El paciente debe sentirse libre para tomar decisiones sobre sus problemas médicos cotidianos.	60 (84.5)	61 (81.3)
El paciente, a medida que su enfermedad empeora, querría que el médico tome todas las decisiones.	31 (43.7)	27 (36.0)
El médico debe decidir con qué frecuencia el paciente necesita hacerse un chequeo.	56 (78.9)	58 (77.3)
El paciente debe tomar parte en las decisiones en la consulta con el médico.	59 (83.1)	59 (78.7)
El médico le debe dar al paciente las opciones de tratamiento para su enfermedad.	64 (90.1)	68 (90.7)
Es problemático que el paciente tome parte en las decisiones en la consulta con el médico.	26 (36.6)	31 (41.3)

Tabla 6. Preferencias hacia la toma de decisiones compartida en el primer nivel de atención.

➤ **TOMA DE DECISIONES**

TOMA DE DECISIONES	RESIDENTE n (%) DE ACUERDO	ADSCRITOS n (%) DE ACUERDO
Al paciente a medida que empeora, se le debe informar cada vez más sobre su enfermedad	59 (84.3)	59 (78.7)
El paciente debe comprender completamente lo que está sucediendo dentro de su cuerpo como resultado de su enfermedad	66 (93.0)	72 (97.3)
El paciente debe estar bien informado, incluso si las noticias son malas	70 (98.6)	75 (100.0)
El médico debe explicar al paciente el motivo de las pruebas de laboratorio	62 (87.3)	68 (90.7)
El paciente debe recibir información solo cuando la solicite	30 (42.3)	27 (36.0)
Es importante que el paciente conozca todos los efectos secundarios de su medicamento	66 (93.0)	66 (90.4)
La información sobre la enfermedad es tan importante para el paciente como el tratamiento	65 (92.9)	68 (91.9)

Tabla 6. Preferencias hacia la toma de decisiones compartida en el primer nivel de atención.

OPINIÓN

- Opinión de los médicos residentes y adscritos a cerca del grupo de pacientes en los que la toma de decisiones compartida puede ser difícil o inapropiada.

OPINION	RESIDENTES N (%) DE ACUERDO	ADSCRITOS N (%) DE ACUERDO
De acuerdo a las circunstancias	2 (3.2)	3 (4.5)
Con deterioro cognitivo	29 (46.0)	27 (40.3)
Con bajo nivel escolar	1 (1.6)	3 (4.5)
Con adicciones	2 (3.2)	0 (0)
Con diagnóstico de dm2	7 (11.1)	10 (14.9)
Con discapacidad	1 (1.6)	4 (6.0)
Adulto mayor	17 (27.0)	11 (16.4)
Que no sigue las indicaciones	2 (3.2)	2 (3.0)
Con religión diferente	1 (1.6)	6 (9.0)

OPINION EN LA TOMA DE DECISIONES

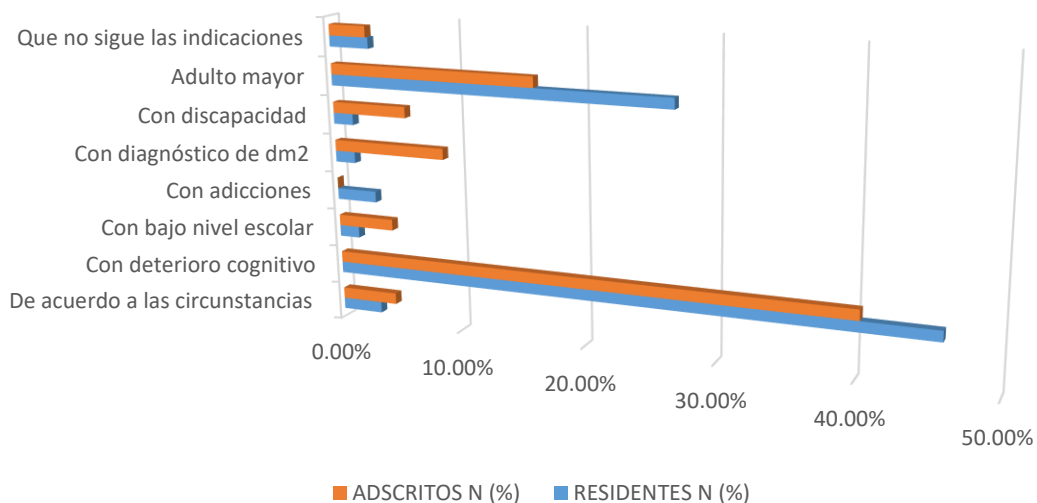


Tabla y Grafico 7. Opinión de residentes y adscritos en la toma de decisiones compartida en el primer nivel de atención.

- Opinión de los médicos residentes y adscritos a cerca de las razones por las que la toma de decisiones compartida puede ser difícil o inapropiada.

RAZONES	RESIDENTES n (%)	ADSCRITOS n (%)
<i>no se responsabiliza</i>	1 (1.6%)	6 (8.7%)
<i>poca comprensión</i>	13 (21.0%)	4 (5.8%)
<i>Dependencia</i>	14 (22.6%)	29 (42.0%)
<i>hacerlos entrar en razón</i>	9 (14.5%)	2 (2.9%)
<i>mal apego al tratamiento</i>	6 (9.7%)	2 (2.9%)
<i>tipo de patología</i>	5 (8.1%)	10 (14.5%)
<i>poca cooperación</i>	4 (6.5%)	4 (5.8%)
<i>Negación</i>	2 (3.2%)	5 (7.2%)
<i>por el tipo de paciente</i>	4 (6.5%)	4 (5.8%)

Tabla 8. Opinión de residentes y adscritos a cerca de las razones por las que la toma de decisiones compartida puede ser difícil o inapropiada

DISCUSION

Se encontró que en cuanto a los datos sociodemográficos hubo una mayor prevalencia de médicos adscritos con edad de entre 36-40 años con un 26.7% mientras que con los médicos residentes se encontró una prevalencia del 87.3% entre las edades de 24 a 30 años. Sin embargo hubo un equilibrio en cuanto a los médicos adscritos con porcentajes de entre 22.7 a 26.7 y las edades de entre 31 hasta >45 años. Lo cual como veremos más adelante influye para continuar llevando un modelo paternalista.

Por otra parte hubo mayor número de médicos del sexo femenino tanto en medios de base así como en médicos residentes con 62% de prevalencia del género femenino en residentes así 70.7% en médicos adscritos. Se puede observar que en su mayoría de los adscritos tienen una experiencia laboral entre 6 a 10 años con 46.7%, mientras que en los residentes el 100% se encuentra con una experiencia laboral menor a 5 años. En cuanto al lugar donde se desempeñan como médicos esta en primer lugar las instituciones públicas tanto para residentes como para adscritos con un 87% y 80% respectivamente, mientras que el laborar de ambas formas solo tienen un 4.2% por parte de los residentes y un 12% por parte de los adscritos. Solo un 22.7% de los médicos adscritos cuentan con un posgrado y no solo con el nivel de la especialidad de medicina familiar, en el caso de los residentes es evidente que el 100% aún no cuenta con un posgrado a diferencia de los médicos de base.

Los resultados sobre la Toma de Decisiones mostraron que los residentes están de acuerdo en que el paciente debe sentirse libre para tomar decisiones sobre sus problemas médicos cotidianos con un 84.5% de los médicos residentes de acuerdo, mientras que existe un 49.3% de acuerdo en que las decisiones importantes sobre el tratamiento las debe tomar el médico y no el paciente. En cuanto a los adscritos el 64% piensa que el médico debe tomar las decisiones importantes sobre el

tratamiento del paciente. Sin embargo este concepto se debe desterrar principalmente de médicos que llevan el modelo paternalista y cambiar la idea de que los médicos son los que pilotan el proceso de decisiones compartidas. Si fuese así se perpetuaría una relación asimétrica, que además puede desarrollarse fuera de la propia entrevista y en todo caso, es el paciente quien decide lo que desea compartir. La mayoría de médicos acoge este modelo ya sea por la falta de tiempo (que casi siempre es una excusa)

Existen autores quienes han desarrollado el concepto de mente compartida (shared mind), en el que pueden aparecer nuevas ideas y perspectivas cuando se comparten pensamientos, sentimientos, percepciones y significados en las interacciones entre dos o más personas. El modelo de mente compartida propone, en referencia a la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente, considerar no solo las perspectivas individuales de los pacientes, sus familias y los miembros del equipo asistencial, sino también las perspectivas que surgen de las interacciones entre ellos. Se han descrito diversas barreras para la aplicación de este nuevo modelo de atención sanitaria. Entre ellas se destaca la falta de tiempo, una elevada presión asistencial, la necesidad de más información actualizada sobre el tema, una mayor familiaridad con la Toma de Decisiones Compartidas, así como un necesario entrenamiento en la comprensión del paciente desde su perspectiva. Quedan interesantes preguntas y puertas abiertas a la relectura de lo conocido hasta ahora debido a que existen diferentes modelos en la toma de decisiones compartidas desde la paternalista hasta de las más actuales como es el modelo de la mente compartida. Todo esto apunta al diseño de nuevos estudios que permitan redefinir la epistemología de la Toma de Decisiones Compartidas. Otras cuestiones que podríamos plantearnos serían:

Hasta qué punto la formación de los estudiantes de medicina y en la residencia facilita la permeabilidad en la Toma de Decisiones Compartidas con los pacientes?, ¿ qué metodología de enseñanza sería la más adecuada para permitir, si el paciente lo desea, trabajar hacia modelos de Toma de Decisiones Compartidas?, ¿ cuáles

son los elementos actitudinales de los profesionales para favorecer este tipo de práctica clínica?,

Por otra parte 98.6% de los residentes piensan que el paciente debe de estar bien informado incluso si las noticias son malas mientras que el 100% de los adscritos están de acuerdo con informar al paciente de su estado no importando que existan noticias poco agradables.

Se observó un alta prevalencia con el adulto mayor seguida de los pacientes diagnosticados con DM2 por parte de ambos grupos (residentes y adscritos). Diversos estudios han demostrado que los pacientes adultos mayores o con menor capacidad intelectual como lo vimos en los resultado acerca de la opinión de los médicos en la toma de decisiones acoge favorablemente el modelo paternalista sin embargo puede depender mucho del planteamiento de la pregunta quién debe tomar las decisiones, usted o el médico?, conllevará casi siempre una respuesta: el Médico. Pero si preguntamos: cuando el médico tome algún decisión acerca de su tratamiento, le gustaría que tuviera en cuenta sus opiniones? probablemente adoptará una postura más activa y comprometida.

Pero existen algunos autores como Epstein observan que las personas, en el contexto de enfermedades serias, generalmente precisan de la ayuda de otros para permitirles pensar y sentir a su manera, frente a la toma de decisiones complejas.

Los datos analizados en cuanto a la opinión de los médicos residentes y adscritos a cerca del grupo de pacientes en los que la toma de decisiones compartida puede ser difícil o inapropiada, el 46% de los residentes opinan que el deterioro cognitivo influye en la toma de decisiones compartidas difíciles y los adscritos con 40.3% están de acuerdo con esta causa.

Otra de las causas más sobresalientes que pudimos observar en los resultados fue la Dependencia ya sea por un familiar o por el propio médico para la toma de decisiones, se observó un 22.6% de los residentes que piensan que esta es una de las causas más comunes, mientras que los médicos adscritos por su experiencia mencionan una mayor incidencia de dependencia por parte de los pacientes con un 42%. La decisión compartida sólo es posible desde una relación de confianza, a diferencia de la relación de dominación en la que el paciente no opina porque «el poder» está en manos del experto. Hay que señalar que la recomendación de compartir decisiones no debe convertirse en una imposición.

CONCLUSIONES

- En la toma de decisiones importantes sobre el tratamiento el 64% de los adscritos mencionaron que las debe tomar el médico, no el paciente, el 49.3% de los residentes opinaron lo mismo.
- Para el 84.5% de los médicos residentes el paciente debe sentirse libre para tomar decisiones sobre sus problemas médicos cotidianos.
- Sin embargo el 100% de los médicos adscritos están de acuerdo en que el paciente debe estar bien informado, incluso si las noticias son malas.
- Ambos grupos opinaron que la información sobre la enfermedad es tan importante para el paciente como el tratamiento con un 92.9% por parte de los residentes y un 91.9% de los adscritos.
- La opinión de los médicos residentes y adscritos a cerca del grupo de pacientes en los que la toma de decisiones compartida puede ser difícil o inapropiada resultó con mayor incidencia el deterioro cognitivo con 46% de los residentes opinando acerca de esto y el 40% de los adscritos coincidiendo con este motivo.
- Le sigue en frecuencia el adulto mayor con 27% por parte de los residentes y 16% de los adscritos.
- Dentro de los beneficios de la toma de decisiones compartida encontramos apego al tratamiento 28.6% por parte de los residentes a diferencia de los adscritos quienes piensan que el mayor beneficio es el Empoderamiento/autonomía con un 21.6%.
- Coincidiendo ambos grupos en que uno de los mayores beneficios es mejorar la relación médico-paciente con un 15.7% por parte de los médicos residentes y un 16.0% de los médicos adscritos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Viviane Jofré A, Sandra Venezuela S c. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa 2003 (7) 111-118.
- 2.- Ruiz M., Peralta I., Munguia C, Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia 2010; (8), 34-55.
- 3.-Ortega-Moreno M, Padilla-Garrido N, Huelva-López L, Aguado-Correa F, BayoCalero 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):141–153.
- 4.- Bosch R, Fontcuberta J. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. Atención Primaria. 2012; 44 (7):385–6
- 5.- Hamann C, Johannes E; Cohen V, Rudolf K; Leucht B, Stephan B, Raymonde T; Kissling R, Patients with Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? Am J Psychiatry. 2005: 16 (2) 382-2384.
- 6.-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.
- 7.- Rubio M. 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.

- 8.- Barani M, Kopitowski K. Toma de decisiones compartidas: centrando los cuidados médicos realmente en nuestros pacientes. *Rev Hosp Ital BAires* . 2013;33(2):60–4.
- 9.- Esteve-Vives J, Batle-Gualda E, Reig A. Spanish versión of Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol* 1993; (20): 21: 16-22.
- 10.- Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz M. Measuring patients' desire for autonomy 1989. *J Gen, Intern Med.*;4 (1) :23–30.
- 11.- Delgado A, López, de Dios J, Saletti Cuesta L, Garrido N, González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud, *Gac Sanit.* 2010, 24 (1):66–71.
- 12.- Ford S, Schofield T, Barani M, Kopikousky K. Are Patients Decision-Making preferences being met?, *Healt Expect.*: 2003, 10 (6):72–80.
- 13.- Steinhart B. Patient, Autonomy: Evolution of the Doctor-Patient. Relationship. (2002); 8: (4) : 41- 57.
- 14.- Marjoribanks T, Lewis JM. Reform and autonomy: perceptions of the Australian general practice community. *Social Science & Medicine*; (2003), 5 (6): 222-939.
- 15.-Sculpher MJ, Watt I, Gafni A. Shared Decision Making in a Publicly. FundedHealth care System (2017). *British Medical Journal*: 2009 3 (19): 725-726.
- 16.- Wirtz V, Cribb A, Barber N. Patient (2015); Doctor decision-making about treatment within the consultation and critical analysis of models. *Social Science & Medicine.* 2003 6 (4): 116-124.

17.- Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz M. Measuring patients' desire for autonomy. *Journal of General Internal Medicine* 2009;4 (7): 23-30.

18.- Hamann E, Johannes J; Leucht Y, Stephan L; Kissling G, Werner S, Decision making in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand.* 2003, 10, (7):403-409.

19.- Ruiz R, Peralta M L, De Torres L, Olloqui J, De La Fuente T, Sobrin 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.

20.- Longtin Y, Sax H, Lucian L., Leape R, Susan E. Sheridan O, Donaldson L, Pittet D. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clin Proc.* 2010; 8 (1): 53-62.

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)*

No. De Folio:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio: Comparación de preferencia en la participación de la toma de decisiones entre médicos residentes y médicos familiares en el primer nivel de atención

Patrocinador externo (si aplica): NO APLICA

Lugar y fecha: Unidad de Medicina Familiar No. 20, Calzada Vallejo 675 col. Magdalena de las Salinas México Ciudad de México. Delegación G.A.M. a 30 de Mayo del 2019.

Número de registro: Pendiente

Justificación y objetivo del estudio: La toma de decisiones compartidas, son decisiones que se adoptan entre médico y paciente. Se precisa que los médicos reciban formación en aptitudes de entrevista clínica centrada en el paciente, así como en favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones compartidas, el modelo paternalista que actualmente rige aún la formación de los médicos residen y con la que se perpetúa hasta ser médicos de base y a lo largo de su carrera profesional contribuye a la falta de adherencia influida por una falta de comunicación entre el médico y el paciente lo que 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.

Procedimientos: Para obtener la información se solicitará a los médicos de base y residentes de los tres grados de medicina familiar 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 médico desee no modificará de ninguna manera en su carrera profesional.
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: carmenaquirre1@yahoo.com.mx
Colaboradores:	Dra. Marisol Kejel Guerrero, Médico Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, Matrícula: 98354915 . 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: solkejel@gmail.com
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: comision.etica@imss.gob.mx	
_____	_____
Nombre y firma	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____	_____
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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. **Clave: 2810-009-013**

ANEXO II

ENCUESTA MÉDICOS

Esta encuesta tiene como finalidad conocer su forma de pensar y actuar sobre la toma de decisiones compartida entre el paciente y el médico durante la consulta. Sus respuestas son anónimas, por lo que puede contestar con absoluta sinceridad. Por favor conteste las preguntas según lo que realmente hace o piensa. No deje ninguna pregunta sin contestar

1. **Edad** _____ años cumplidos 2. **Género** (1) femenino (2) masculino
3. **Estado civil:** (1) casado/unión libre (2) soltero (3) divorciado (4) viudo
4. **Especialidad** _____ 4.a. **Experiencia laboral** _____ (número de años)
5. **Su práctica clínica es en Institución:** (1) Pública (2) Privada (3) ambas
6. **Cuál es su nivel de máximo de estudios:** (1) Licenciatura (2) Especialidad (3) postgrado

7. Qué tan fácil o difícil es para el paciente:

1 = muy fácil 2= fácil 3= difícil 4= muy difícil	1	2	3	4
ENCONTRAR INFORMACION SOBRE:				
a. Los síntomas de una enfermedad				
b. El tratamiento de una enfermedad de su interés				
c. Qué hacer en caso de una emergencia médica				
d. Dónde conseguir ayuda profesional (médico, psicólogo, etc.)				
ENTENDER:				
e.10 Lo que le dice el médico				
f.10 las instrucciones que vienen en sus medicamentos				
g.10 Qué hacer en caso de emergencia médica				
h.10 las instrucciones del médico sobre cómo tomar las medicinas				
JUZGAR:				
I.10 Qué la información proporcionada por el médico es aplicable a su situación				
j.10 Ventajas y desventajas de los distintos tratamientos disponibles				
k.10 Cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico				
ENCONTRAR:				
L.10 Información para saber qué hacer con respecto a los hábitos no saludables (fumar, sedentarismo, beber alcohol)				
M.10 Información sobre vacunas, pruebas de detección temprana de enfermedades				
N.10 Información para prevenir problemas de salud (hipertensión, diabetes, etc.)				
ENTENDER:				
O.10 Las consecuencias de los hábitos como fumar, sedentarismo, etc.				
P.10 Por qué necesita vacunarte				
Q.10 Por qué necesita hacerse pruebas de detección temprana de enfermedades				
JUZGAR:				
R.10 Cuándo necesita acudir al médico a hacerse una revisión				
S.10 Cuáles son las vacunas que puede necesitar				
T.10 Cuáles son las pruebas de detección de enfermedades y las revisiones médicas que debería realizarse				

Ponga una X en el número que mejor refleje su opinión

11. CONSIDERA QUE:

1 = nada de acuerdo 2= poco de acuerdo 3= de acuerdo 4= muy de acuerdo	1	2	3	4
a.11. Las decisiones importantes sobre el tratamiento las debe tomar el médico, no el paciente				
b.11. El paciente debe seguir el consejo de su médico incluso si no está de acuerdo con él				
c.11 Si el paciente está hospitalizado, no debe tomar decisiones sobre su propio cuidado				
d.11. El paciente debe sentirse libre para tomar decisiones sobre sus problemas médicos cotidianos				
e.11. El paciente, a medida que su enfermedad empeorara, querría que el médico tome todas las decisiones				
f.11. El médico debe decidir con qué frecuencia el paciente necesita hacerse un chequeo				
g.11. El paciente debe tomar parte en las decisiones en la consulta con el médico				
h.11. El médico le debe dar al paciente las opciones de tratamiento para su enfermedad				
i.11. Es problemático que el paciente tome parte en las decisiones en la consulta con el médico				
j.11. Al paciente a medida que empeora, se le debe informar cada vez más sobre su enfermedad				
k.11. El paciente debe comprender completamente lo que está sucediendo dentro de su cuerpo como resultado de su enfermedad				
l.11. El paciente debe estar bien informado , incluso si las noticias son malas				
m.11. El médico debe explicar al paciente el motivo de las pruebas de laboratorio				
n.11. El paciente debe recibir información solo cuando la solicite				
o.11. Es importante que el paciente conozca todos los efectos secundarios de su medicamento				
Q.11. La información sobre la enfermedad es tan importante para el paciente como el tratamiento				

R.11. Cuando hay más de una opción de tratamiento para su padecimiento, se le debe informar al paciente sobre cada uno de ellos				
---	--	--	--	--

12. ¿Qué porcentaje de los pacientes considera que desearían participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento _____%

13. ¿En cuánto tiempo considera que comenzará a tomar decisiones junto con el paciente?

(1) En un mes (2) En seis meses (3) No lo haré (4) Ya lo hago

14. Qué rol prefiere que el paciente tome en la consulta con el médico. Numere del 1 al 4

1 = lo que menos le gustaría

4 = lo que más le gustaría

<u>PREFIERO QUE:</u>	número
El paciente tome la decisión final sobre el tratamiento que debe seguir	
Que el médico tome la decisión final sobre el tratamiento que debe seguir, pero después de considerar la opinión del paciente	
Que el paciente y el médico compartan la responsabilidad de decidir qué tratamiento es mejor para el paciente	
Dejar la decisión final sobre el tratamiento que debe seguir el paciente, exclusivamente en manos del médico	

15. ¿Existen algún grupo de pacientes adultos en los que la toma de decisiones compartida pudiera ser difícil o inapropiada?

(1) Si (2) no

15.1 ¿Cuáles? _____

15.2 ¿Por qué? _____

17. ¿Qué aspectos positivos tiene la participación del paciente en las decisiones?

“DOY CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR Y QUE UTILICEN LOS DATOS
PROPORCIONADOS EN LA ENCUESTA DE FORMA ANÓNIMA

FIRMA _____ Ciudad de México a _