

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



TITULO:

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la
Universidad Católica de Santa María sobre la toma de
decisiones compartidas (shareddecisionmaking) Arequipa
- 2012”

Presentado por la Bachiller:

Natalia Lucía del Carmen
Lizárraga Tamayo

Para obtener el título profesional de Médica
Cirujana

Asesor:

Dr. Germán Javier Málaga Rodríguez

Arequipa- Perú

2013

INDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
CAPÍTULO II. RESULTADOS.....	10
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	43
CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES.....	52
CAPÍTULO V. RECOMENDACIONES.....	54
CAPÍTULO VI. BIBLIOGRAFÍA.....	56
 <u>ANEXOS</u>	
ANEXO I. PROYECTO DE TESIS.....	58
ANEXO II. CUESTIONARIO.....	84
ANEXO III. MATRIZ.....	89

RESUMEN

El interno de Medicina es quien pasa mayor tiempo con el paciente; es quien más puede saber acerca de las creencias, miedos, conocimientos y preferencias acerca de su enfermedad. Es así que el presente estudio plantea investigar la información y actitudes de los internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (shareddecisionmaking).

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en los ambientes de los diferentes hospitales y clínicas de Arequipa, Lima, Juliaca, donde los alumnos se encontraban realizando su internado, durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2012. El cuestionario en este estudio fue creación propia, basado en cuestionarios de la literatura. Se indagó las características de los estudiantes (edad, sexo), la información (capacitación teórica y/o práctica) que tienen los internos de medicina sobre “Toma de decisiones compartidas” y las actitudes acerca de implementar un modelo similar en nuestro medio.

Resultados: Participaron un total de 91 internos de Medicina, 49.45% hombres, 50.55% mujeres. El 5.49% había recibido información o capacitación sobre “toma de decisiones” tanto a nivel teórico como práctico. En lo que respecta a las actitudes se encontró sobretodo que : el 49.45% le gustaría tener el rol del médico 5; el 59.34% estaría realizando el rol del médico 3; el 39.56% percibe que la mayoría de sus docentes realiza acciones como el médico 1. Ante las diferentes situaciones presentadas en la mayor parte de las mismas actuarían como el médico 1 (45.45%), seguido del médico 3 con un 36.36%. El 35.16% en general, el 42.22% entre los de sexo masculino y el 28.26% de mujeres opinan que si se debería implementar el modelo de “toma de decisiones compartidas”.

Conclusiones: La mayoría de los internos de Medicina tienen una actitud favorable ante el modelo de toma de decisiones compartidas, pero en la práctica actual no le dan la debida importancia, la que además está relacionada con el actuar de docentes con los que trabaja; pero al hablar de un escenario ideal a todos les gustaría actuar como el “médico ideal nº5” : da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, riesgos y beneficios, las discute con el paciente, invita a que el paciente comente lo que sabe sobre estas opciones, invita a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y conjuntamente: paciente y médico deciden un tratamiento apropiado.

Palabras clave: Toma de decisiones compartidas, Internos de Medicina, relación médico paciente.



ABSTRACT

The Intern of Medicine is the person who spends more time with the patient, therefore, is the one who knows more about the beliefs, fears, knowledge and preferences about the patient's illness. Thus, this study proposes to investigate the attitudes and Information that the Intern of Medicine of the Catholic University of Santa Maria on shared decision making have.

Material and Methods: An observational, cross-sectional descriptive study was held in the different hospitals and clinics in Arequipa, Lima and Juliaca, where students were conducting their internship during the months of November and December 2012. The questionnaire in this study was self-created, based on surveys of the literature. The study explores the characteristics of students (age, gender), information (theoretical and / or practical) that the interns of medicine have on shared decision making and their attitudes about implementing a similar model in our society.

Results: A total of 91 interns of medicine participated, 49.45% male, 50.55% female. 5.49% had received information or training on "decision making" both theoretic and practical. When speaking about the attitudes, it was found that: 49.45% would like to have the role of "doctor number 5", 59.34% would be performing the role of "doctor number 3", 39.56% perceive that most of their teachers perform actions such as "doctor number 1". Given the different situations presented; in the majority of these, interns would act as "doctor number 1" (45.45%), followed by "doctor number 3" with 36.36%. 35.16% overall, 42.22% for male and 28.26% of women believe that a "shared decision making" model should be implemented.

Conclusions: Most interns of medicine are supportive to the model of shared decision making, but in actual practice they do not give it due importance, which can be related to the way their teachers, who work as their mentors act. When an ideal scenario was presented, all would act as the "ideal physician n ° 5": the one who provides information about various treatment options, risks and benefits, discuss with the patient, invites the patient to comment on what they know about these options, the doctor invites the patient to explore treatment options together considering the patient's values and preferences regarding treatment, and together: patient and doctor decide an appropriate treatment.

Key words: Shared decision making, interns of Medicine, Patient- Doctor Relationship

INTRODUCCIÓN

En la medicina existen muchas áreas de incertidumbre, en las cuales hay más de una alternativa de tratamiento razonable y la evidencia científica no provee una sola respuesta. Esas opciones generan diferentes riesgos, entonces la decisión debe incluir una evaluación integral de riesgos y beneficios. En estas situaciones es ideal usar un modelo de toma de decisiones compartidas, en el cual el paciente tiene la posibilidad de escoger con su médico la opción de tratamiento que más se acomode a sus propios valores y preferencias.

El internado de Medicina es el último año, en el cual el alumno tiene de formación académica antes de convertirse en Médico. Durante ese año tiene el beneficio de tratar a pacientes en consultorios, hospitalización, sala de operaciones y a la vez sigue recibiendo entrenamiento teórico de parte de sus docentes.

El interno es quien acompaña al paciente la mayor parte del tiempo, por tanto si es que está comprometido con su profesión, sabe acerca de las preferencias, conocimientos, miedos y experiencias previas que puede o no haber tenido el paciente, lo que influiría en su manera de actuar en su situación actual. Lo que beneficia enormemente al Sistema de Salud ya que los pacientes pueden saber de primera mano (a través de su médico o interno) las opciones que existen, disipar miedos y dudas y poder tomar así una determinación más adecuada.

La información y las actitudes que tienen los internos de Medicina hacen que este modelo de decisiones compartidas funcione o no, y beneficie a ambos tanto a médicos como a pacientes.

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO FUERON:

Objetivo general:

- Evaluar el nivel de información y las actitudes que tienen los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre “toma de decisiones compartidas”.

Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de información que tienen los internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre “toma de decisiones compartidas”.
- Determinar las actitudes de los internos de Medicina de la UCSM sobre toma de decisiones compartidas.
- Determinar la opinión de los internos de medicina acerca de implementar un modelo de Toma de Decisiones Compartidas en nuestro medio.



CAPÍTULO I
MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente trabajo corresponde a una investigación: observacional, descriptiva, transversal.

1.1. POBLACIÓN:

Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, que realizaron su internado durante el año 2012.

1.2. MUESTRA:

No se realizó muestreo. Se trabajó con el total de la población que cumpliera los criterios de elegibilidad.

De un total de 104 internos matriculados al 1° de Noviembre del 2012, se logró la participación de 91 internos. Tasa de pérdida 12.5%

- Criterios de Inclusión
 - o Interno de Medicina de la UCSM que haya iniciado su internado en Enero del 2012.
- Criterios de Exclusión
 - o Interno de Medicina que se niegue a participar del estudio.

2. MATERIALES DE CAMPO

El presente estudio se realizó en los ambientes de los diferentes hospitales, clínicas de Arequipa, Lima, Juliaca, donde los internos se encontraban realizando su internado.

- El cuestionario en este estudio fue creación propia, basado en cuestionarios de la literatura, se encuentra dividido en 3 secciones:
 1. Características de los estudiantes (edad, sexo)
 2. Nivel de información sobre “Toma de decisiones compartidas”.
 3. Actitudes acerca de la “Toma de Decisiones Compartidas”.

3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se utilizó la encuesta estructurada en 4 pruebas piloto. Esta se aplicó a 10 estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina de la UPCH y/o médicos residentes de especialidades clínicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia, con el propósito de probar la metodología asumida y evaluar la claridad y comprensión de las preguntas por los entrevistados, de encontrarse problemas se realizaron los cambios respectivos y se procedió a realizar una segunda prueba piloto, en la cual hubo mejor respuesta de parte de los encuestados, la tercera prueba fue con estudiantes, y la cuarta fue durante el examen de simulacro de ENAM que dan los internos de la UPCH. Se basó en todo lo estudiado de la literatura relacionada con el tema y se plantearon en preguntas simples, para evitar confundir a los participantes. La validación final la dio un Comité de Expertos de la UPCH y su Comité de ética.

3.1. A NIVEL DE LA RECOLECCIÓN

Las encuestas se manejaron de manera anónima asignando un código a cada encuesta, ya sea la ficha de recolección de datos o el cuestionario.

3.2. A NIVEL DE LA SISTEMATIZACIÓN

La información obtenida de las encuestas fue procesada en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente se analizó con el paquete estadístico SPSS v.18.

3.3. A NIVEL DE ESTUDIO DE DATOS

No se consideró en el análisis respuestas dobles a una misma interrogante.

Para analizar los resultados, se realizó un análisis de las respuestas con índices estadísticos no paramétricos. Se utilizaron índices que describen la distribución de las respuestas (p.e. varianza de la respuesta), índices que describen el grado de relación entre la respuesta y criterios internos y externos, y finalmente índices que reúnan los dos aspectos anteriores. Se utilizaron las pruebas de chi cuadrado y t de student.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Tabla N° 1

Sexo y edad de los internos de Medicina participantes

Sexo	Total	Masculino	Femenino
Edad	N°	N°	N°
(años)			
Media aritmética	24.70	24.78	24.63
Mediana	25	25	24
Desviación estándar	1.287	1.146	1.42
Mínima	22	23	22
Máxima	28	27	28
Número	91	45	46

Fuente: Elaboración propia

t de Student : 0.544

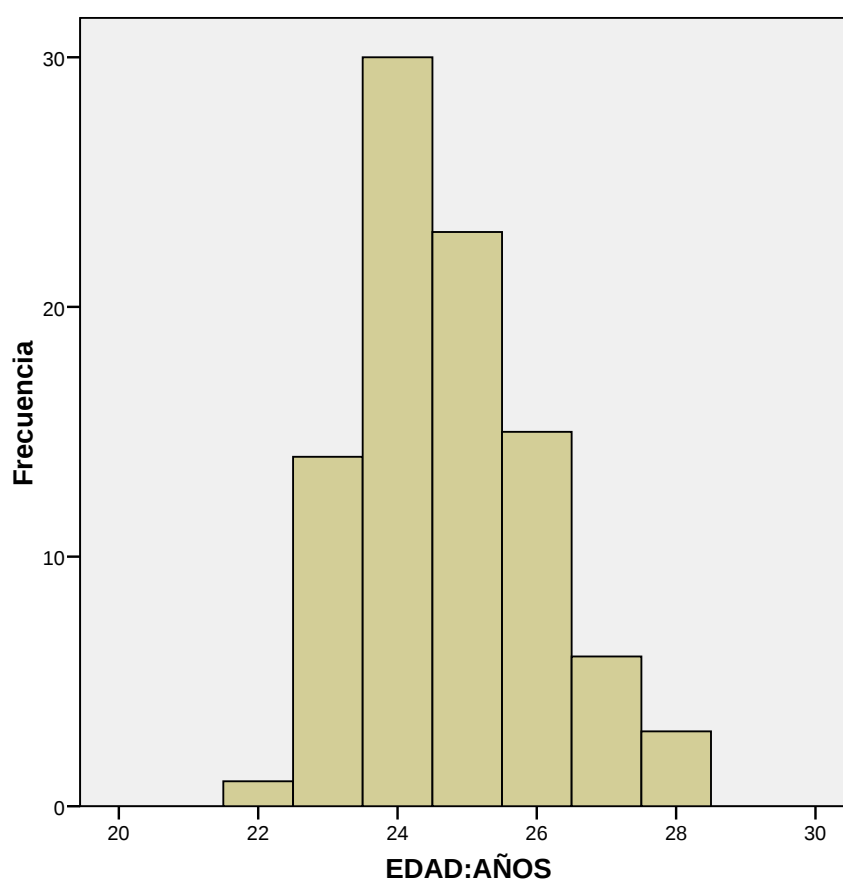
P = 0.588

En la tabla 1, se observa que la edad media de los internos participantes fue de 24.7 años; siendo muy similar tanto en los de sexo masculino como femenino: así mismo la edad mínima fue un año menor (22 años) entre las mujeres y la edad máxima (28 años) también fue mayor entre ellas; sin embargo no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Gráfico N° 1

Distribución de los participantes según edad



Fuente: Tabla N° 1

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Tabla N° 2

Distribución de los internos participantes según sexo

Sexo	N°	%
Masculino	45	49.45%
Femenino	46	50.55%
TOTAL	91	100.00%

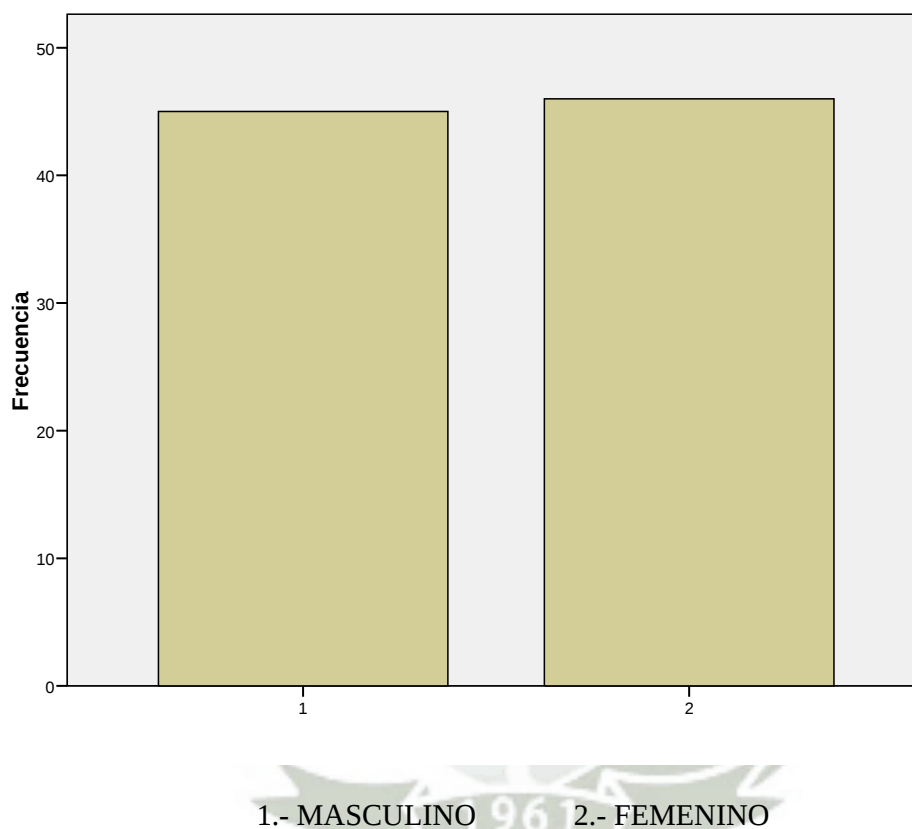
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N° 2 se encontró que hubo un discreto predominio del sexo femenino, 50.55%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Gráfico N°2

Distribución de los internos participantes según sexo



“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Tabla N° 3

Distribución de los internos participantes según hospital de procedencia

HOSPITAL	N°	%
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza	30	32.97%
Hospital Goyeneche	22	24.18%
Hospital Militar Regional- Arequipa	15	16.48%
Hospital de Policía- Arequipa	10	10.99%
Clínica Arequipa	4	4.40%
Hospital III Yanahuara- EsSalud	3	3.29%
Clínica San Juan de Dios	3	3.29%
Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo- EsSalud	1	1.09%
Hospital 2 de Mayo-Lima	1	1.09%
Hospital de EsSalud –Juliaca	1	1.09%
Hospital Nacional Edgardo RebagliatiMartins-Lima	1	1.09%
TOTAL	91	100.00%

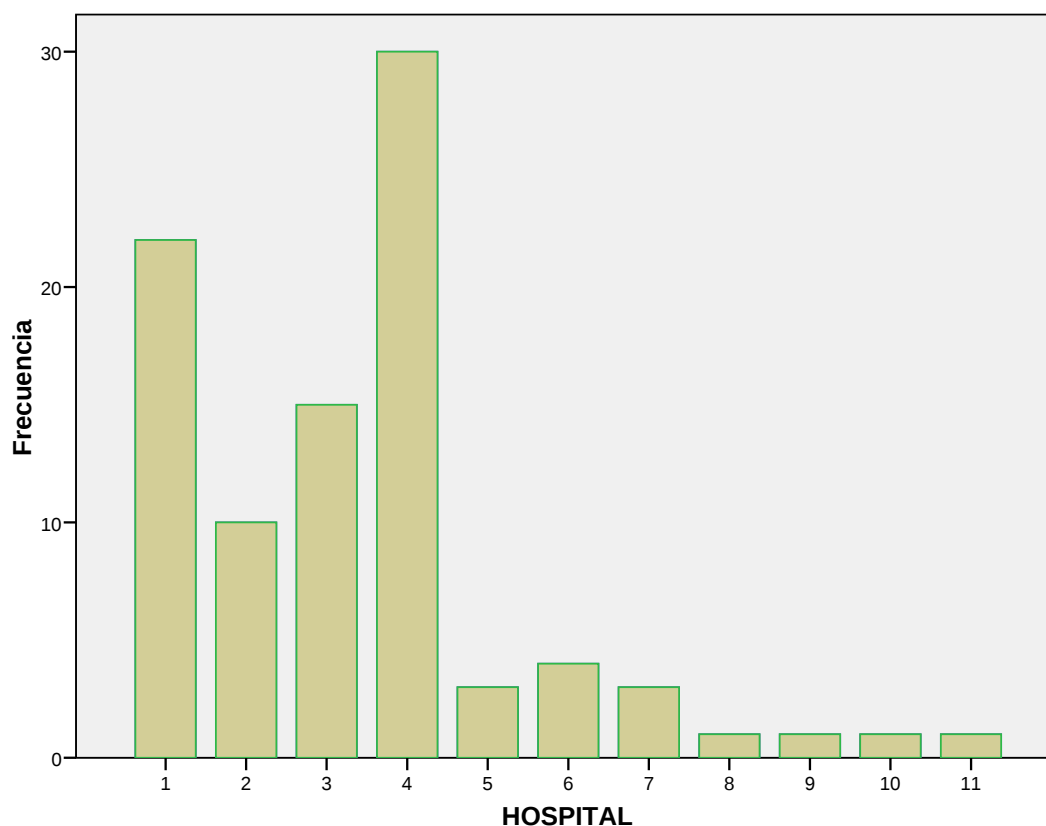
Fuente: Elaboración propia

En la tabla N°3 se observa que la mayor frecuencia de los internos, realizó su entrenamiento en el hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; en casi la tercera parte (32.97%) seguido de Hospital Goyeneche (24.18%) y el Hospital Regional Militar (16.48%).

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa - 2012”

Gráfico N° 3

Distribución de los internos participantes según hospital de procedencia



Fuente: Tabla N°3

- 1.- Hospital Goyeneche
- 2.- Hospital de Policía- Arequipa
- 3.- Hospital Regional Militar- Arequipa
- 4.- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa
- 5.- Clínica San Juan de Dios- Arequipa
- 6.- Clínica Arequipa
- 7.- Hospital III- Yanahuara
- 8.- HNCASE
- 9.- Hospital 2 de Mayo – Lima
- 10.-Hospital EssaludJuliaca
- 11.- Hospital Edgardo RebagliatiMartins - Lima

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 4

Información (capacitación) teórica que tienen los internos participantes acerca de “toma de decisiones”

Recibieron educación	Número	Porcentaje %
SI Recibieron capacitación	5	5.49%
Congresos	1	20.00%
Cursos en la Universidad	1	20.00%
Cursos Externos	2	40.00%
Otros	1	20.00%
NO Recibieron capacitación	86	94.51%
Total	91	100.00%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°4, nos describe sobre si recibieron información o capacitación teórica sobre “toma de decisiones”, se observó que 5 internos de medicina del total de los participantes si la recibieron; siendo el medio más frecuente de capacitación los cursos externos.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 5

Información (capacitación) práctica que tienen los internos participantes acerca de “toma de decisiones”

Recibió educación	N°	%
Si	5*	5.49%
Cursos en la Universidad	1	20.00%
Cursos externos	2	40.00%
No	86	94.51%
Total	91	100.00%

Fuente: Elaboración propia

*Dos internos no indicaron dónde.

En la tabla N° 5, acerca de haber recibido la información o capacitación práctica ; se encontró la misma frecuencia que para el caso de la teórica; sin embargo hubo dos de los internos que no refirieron el lugar.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 6

Información (capacitación) teórica y práctica que tienen los internos participantes acerca de “toma de decisiones” según sexo

Recibió educación	Sexo	Total N° (%)	Masculino N° (%)	Femenino N° (%)	X² P
TEÓRICA:					0.236
	SI	5 (5.49%)	3(6.67%)	2(4.35%)	0.627
	NO	86(94.51%)	42(93.33%)	44(95.65%)	
PRÁCTICA:					0.236
	SI	5 (5.49%)	3(6.67%)	2(4.35%)	0.627
	NO	86(94.51%)	42(93.33%)	44(95.65%)	

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°6: Al hacer el análisis según sexo de la información y/o capacitación, se pudo observar que en ambos casos , ya sea de forma teórica o práctica la frecuencia fue la misma en el sexo masculino y en el sexo femenino; no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos en cuanto a su respuesta

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 7

Distribución de los internos participantes según rol que les gustaría tener

SEXO ROL QUE LE GUSTARÍA	Total N° (%)	Masculino N° (%)	Femenino N° (%)
MÉDICO 1	3 (3.30%)	0	3(6.52%)
MÉDICO 2	3(3.30%)	3(6.67%)	0
MÉDICO 3	33(36.26%)	20(44.44%)	13(28.26%)
MÉDICO 4	7(7.69%)	1(2.22%)	6(13.04%)
MÉDICO 5	45(49.45%)	21(48.49%)	24(52.17%)
TOTAL	91(100.00%)	45(100.00%)	46(100.00%)

Fuente: Elaboración propia

$$X^2 = 11.247$$

$$P = 0.024$$

Tabla N°7: De acuerdo al rol que les gustaría tener; se encontró que tanto en general como en ambos sexos fue la del Médico n°5.

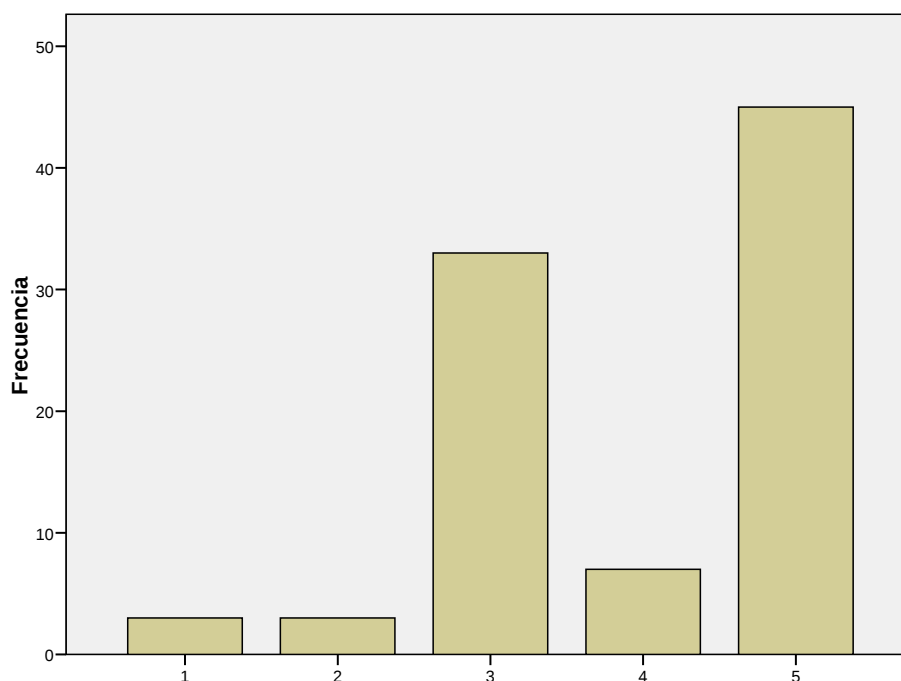
Al análisis estadístico respectivo se encontró que **habría diferencia estadísticamente significativa** entre ambos sexos; por lo cual diremos que son las mujeres quienes más tienen esta actitud hacia como quisieran actuar, además es importante referir que entre los varones no se encontró ningún caso a desear ser como el médico 1; Y por el contrario entre las mujeres a ninguna le gustaría ser como el médico 2.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*)

Arequipa – 2012”

Gráfico N°4

Distribución de los internos participantes según rol que les gustaría tener



Fuente: Tabla N° 7

1.- Médico 1:El medico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente

2.- Médico 2 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir

3.- Médico 3 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos , y las discute con el paciente, explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente

4.- Médico 4 : El médico da información básica acerca de las diversas opciones de tratamiento, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente, informándole sobre sus beneficios y riesgos.

5.- Médico 5 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente, invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones, invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y paciente y médico deciden un tratamiento apropiado

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N°8

Distribución de los internos participantes según rol que realiza según sexo

SEXO ROL QUE REALIZA INTERNO	Total N° (%)	Masculino N° (%)	Femenino N° (%)
MÉDICO 1	7(7.69%)	1(2.22%)	6(13.04%)
MÉDICO 2	5(5.49%)	5(11.11%)	0
MÉDICO 3	54(59.34%)	24(53.33%)	30(65.22%)
MÉDICO 4	16(17.58%)	10(22.22%)	6(13.04%)
MÉDICO 5	9(9.89%)	5(11.11%)	4(8.70%)
TOTAL	91(100.00%)	45(100.00%)	46(100.00%)

Fuente: Elaboración propia

$$X^2 = 10.399$$

$$P = 0.035$$

En la tabla 8, tenemos lo relacionado con el rol que realiza el interno participante, donde tanto en forma general como en ambos sexos lo harían como el médico 3 (59.34%); además se observó que entre las mujeres no actuarían como el médico 2 (0%).

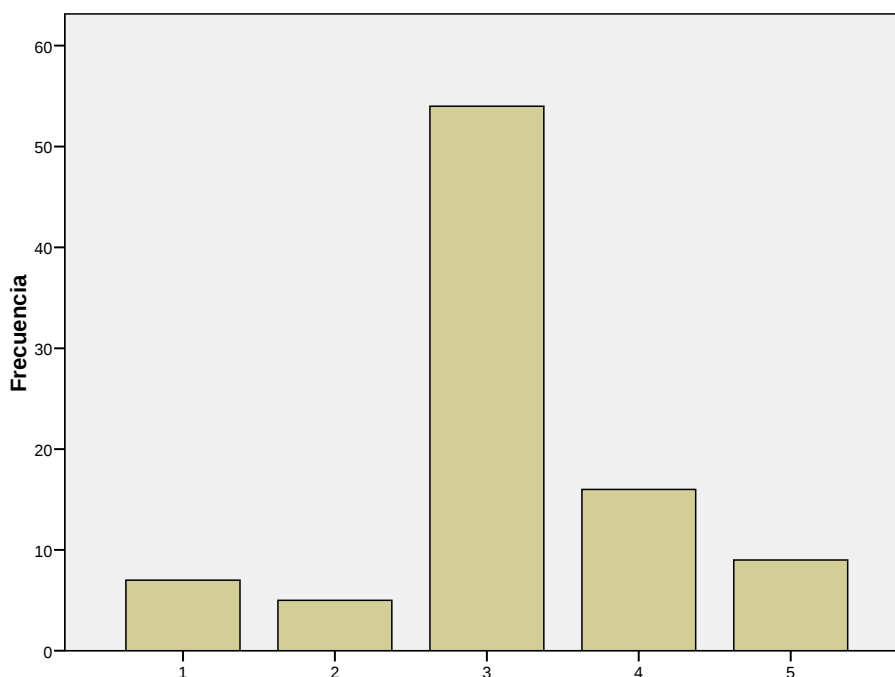
En el caso de los varones le sigue en frecuencia que actuarían como el médico 4 (22.22%); y las mujeres como el médico 1 y 4 en la misma frecuencia (13.04%).

Encontrando que estas diferencias observadas son estadísticamente significativas.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 5

Distribución de los internos participantes según rol que realiza



Fuente: Tabla N°8

1.- Médico 1:El medico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente

2.- Médico 2 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir

3.- Médico 3 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos , y las discute con el paciente, explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente

4.- Médico 4 : El médico da información básica acerca de las diversas opciones de tratamiento, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente, informándole sobre sus beneficios y riesgos.

5.- Médico 5 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente, invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones, invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y paciente y médico deciden un tratamiento apropiado.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 9

Distribución de los internos participantes según rol que la mayoría de sus docentes realiza según sexo

SEXO	Total N° (%)	Masculino N° (%)	Femenino N° (%)
ROL QUE REALIZA DOCENTE			
MÉDICO 1	36(39.56%)	16(35.56%)	20(43.48%)
MÉDICO 2	25(27.47%)	11(24.44%)	14(30.43%)
MÉDICO 3	16(17.58%)	8(17.78%)	8(17.39%)
MÉDICO 4	13(14.29%)	9(20.00%)	4(8.70%)
MÉDICO 5	1(1.10%)	1(2.22%)	0
TOTAL	91(100.00%)	45(100.00%)	46(100.00%)

Fuente: Elaboración propia

$$X^2 = 3.717 \quad P = 0.446$$

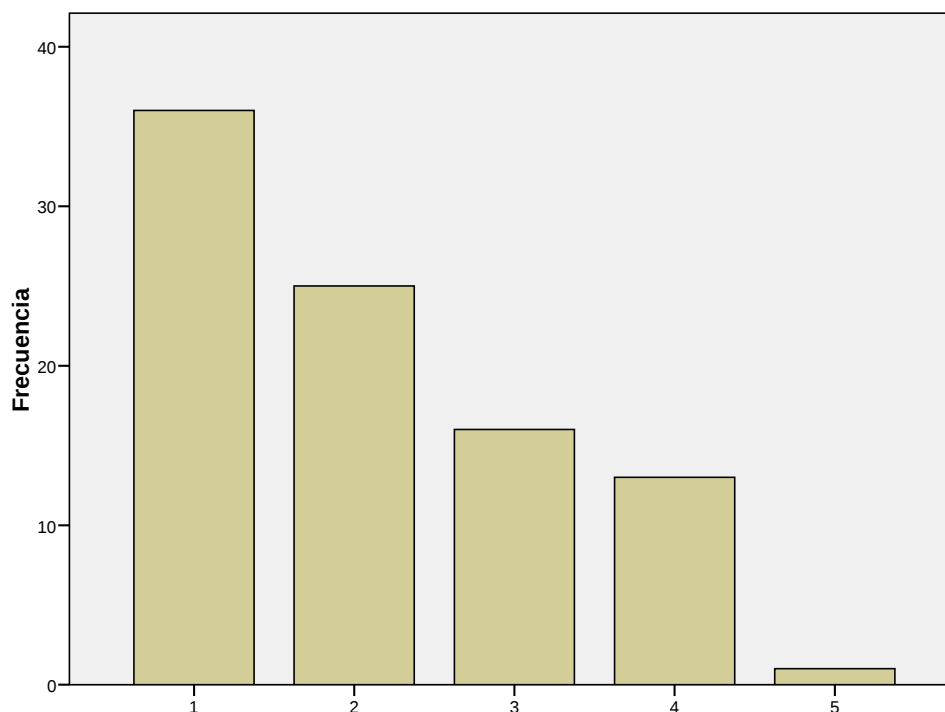
Tabla N° 9: nos muestra la referencia de cómo es el rol que asume la mayoría de los docentes; y es así que vemos que tanto en forma general como por sexos sería la del médico 1 (39.56%), sobretodo entre las mujeres (43.48%).

En ambos casos le sigue en frecuencia el médico 2 (27.47%); es importante referir que en el caso de las internas ninguna consideró que los docentes actuarían como el médico 5. Al análisis estadístico no se encontró que estas diferencias observadas sean estadísticamente significativas.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 6

Distribución de los internos participantes según rol que la mayoría de sus docentes realiza



Fuente: Tabla N°9

1.- Médico 1:El medico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente

2.- Médico 2 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir

3.- Médico 3 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente, explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente

4.- Médico 4 : El médico da información básica acerca de las diversas opciones de tratamiento, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente, informándole sobre sus beneficios y riesgos.

5.- Médico 5 :El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente, invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones, invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento y paciente y médico deciden un tratamiento apropiado

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 10

Distribución de los internos participantes según como actuarían en diferentes situaciones

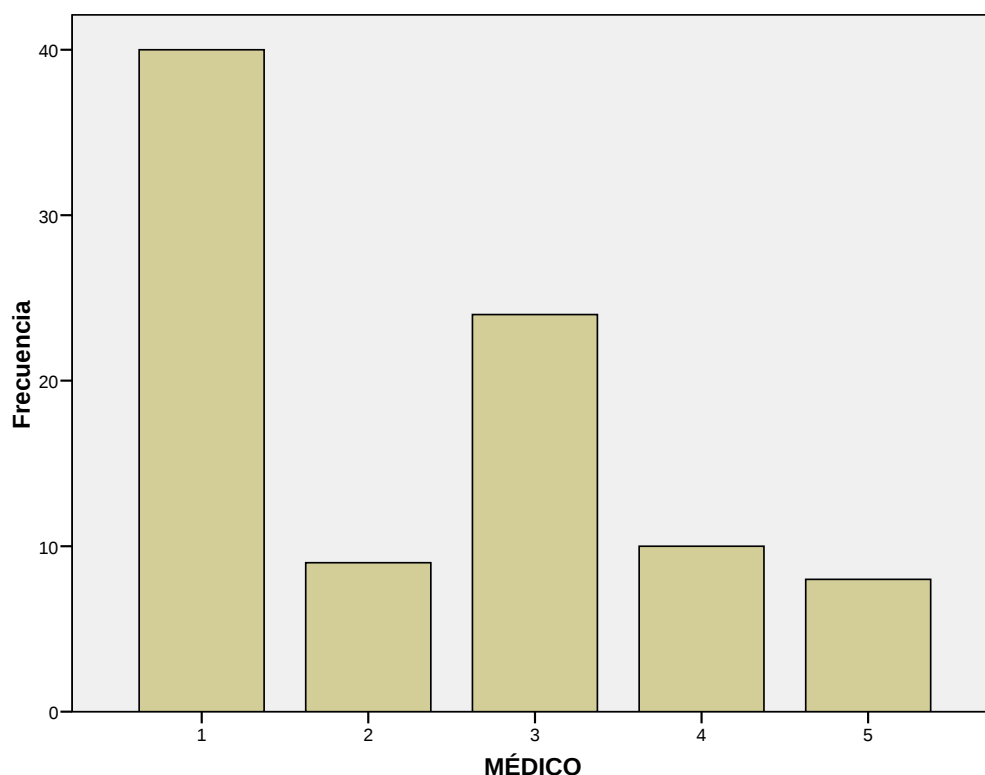
Como Médico	1 %	2 %	3 %	4 %	5 %
Situación					
Con paciente analfabeto	43.96 %	9.89 %	26.37 %	10.99 %	8.79%
Consulta con tiempo restringido	29.67%	18.68%	27.47%	17.58%	6.59%
Emergencia con paciente estable	17.58%	14.29%	37.36%	17.58%	13.19%
Paciente hospitalizado	5.49%	6.59%	31.87%	14.29%	41.76%
Diagnóstico de depresión	21.98%	14.29%	30.77%	13.19%	19.78%
Mayor 70 años sin deterioro	2.20%	10.99%	43.96%	24.18%	18.68%
Enfermedad terminal	6.59%	10.99%	21.99%	6.59%	53.85%
Ambiente con ruido	38.46%	14.29%	28.57%	12.09%	6.59%
Paciente quechua hablante	14.29%	8.79%	38.46%	19.78%	18.68%
Bajos recursos económicos	7.69%	8.79%	48.35%	16.48%	18.68%
Paciente hipocondriaco	38.46%	16.48%	15.38%	15.38%	14.29%

Fuente: Elaboración propia

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 7

Distribución de los participantes según como actuarían ante un paciente analfabeto



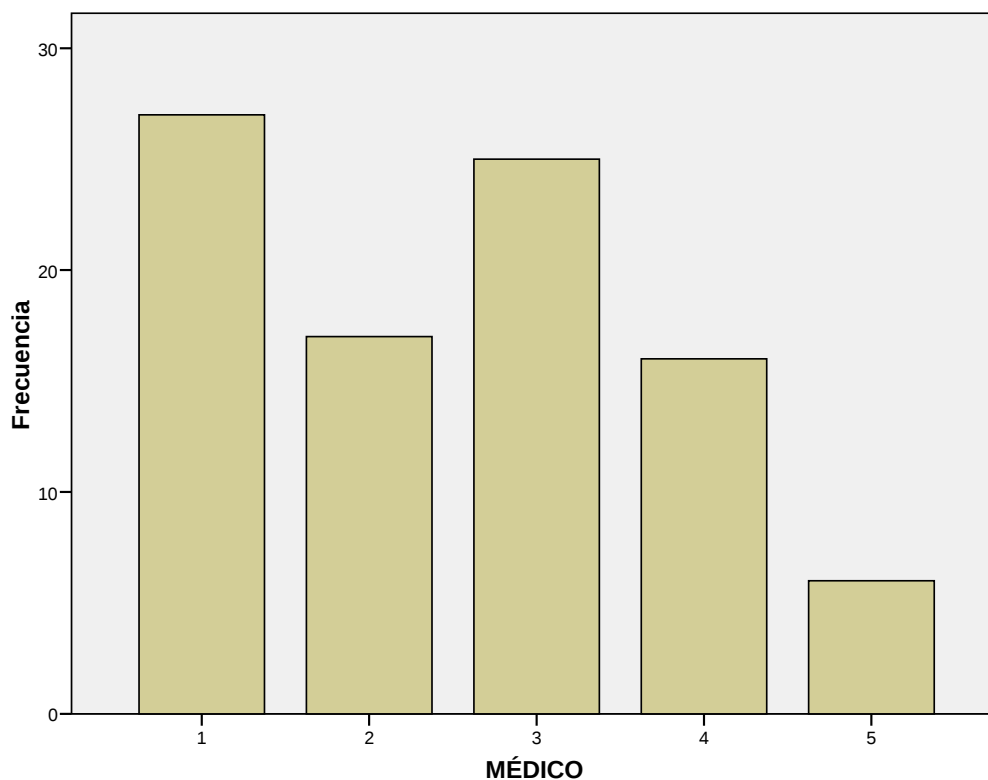
Fuente: Tabla N°10

Al indagar sobre la actitud que con mayor frecuencia tendrían ante situaciones específicas (tabla 10); se encontró que ante un paciente analfabeto lo harían como el médico 1 43.26% (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); seguido del médico 3 (26.37%).

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°8

Distribución de los participantes según como actuarían en una consulta con tiempo restringido



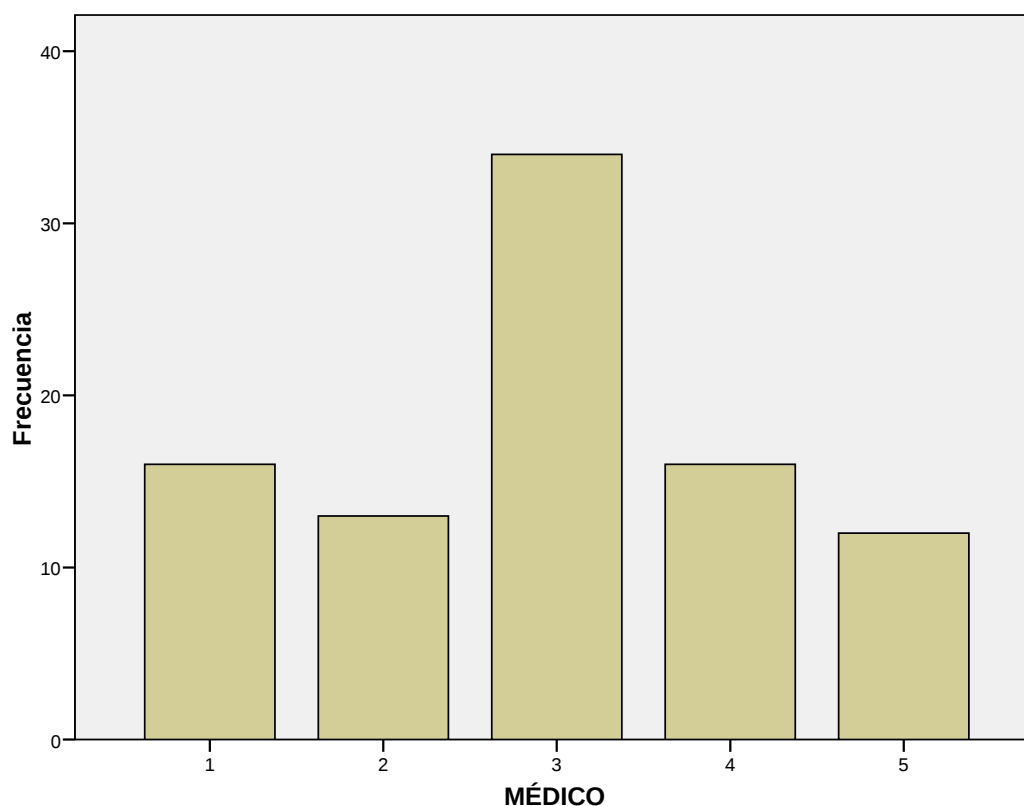
Fuente: Tabla N°10

Ante una consulta con tiempo restringido también lo harían como el médico 1 (29.67%) e igualmente seguido del médico 3 (27.47%).

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 9

Distribución de los participantes según como actuarían en emergencia con un paciente estable



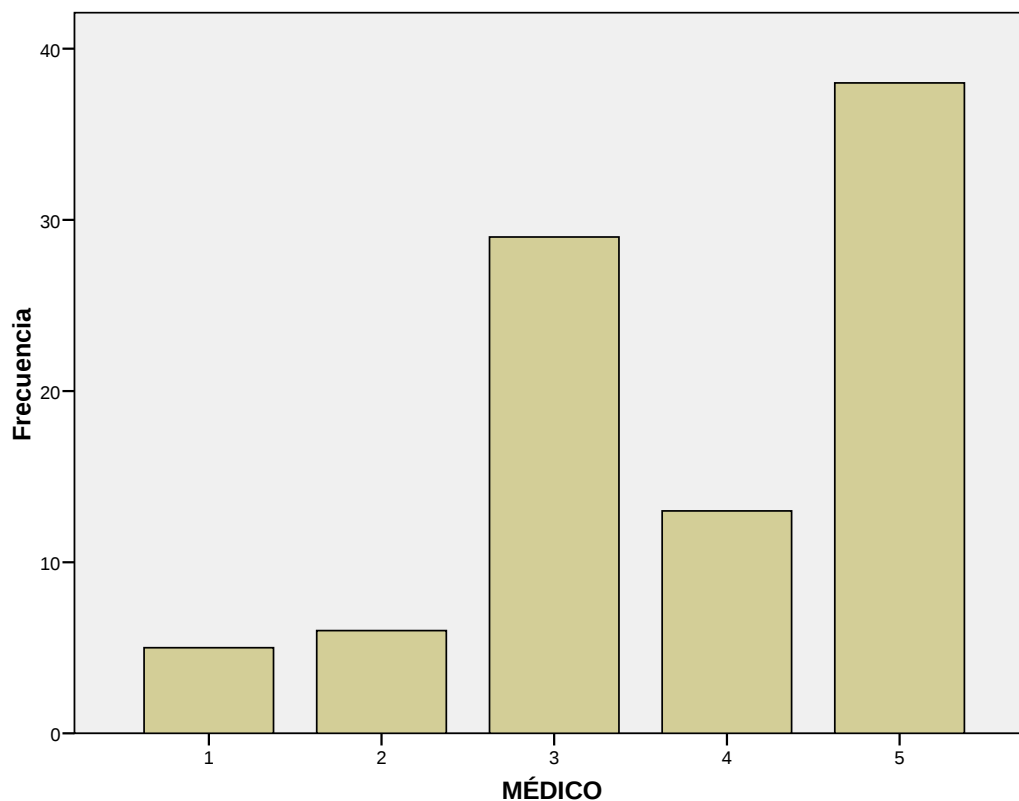
Fuente: Tabla N°10

Si se encontraran en emergencia con un paciente estable lo harían como el médico 3: 37.36% (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos , y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 1 y 4 con la misma frecuencia 17.58 %.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°10

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente hospitalizado



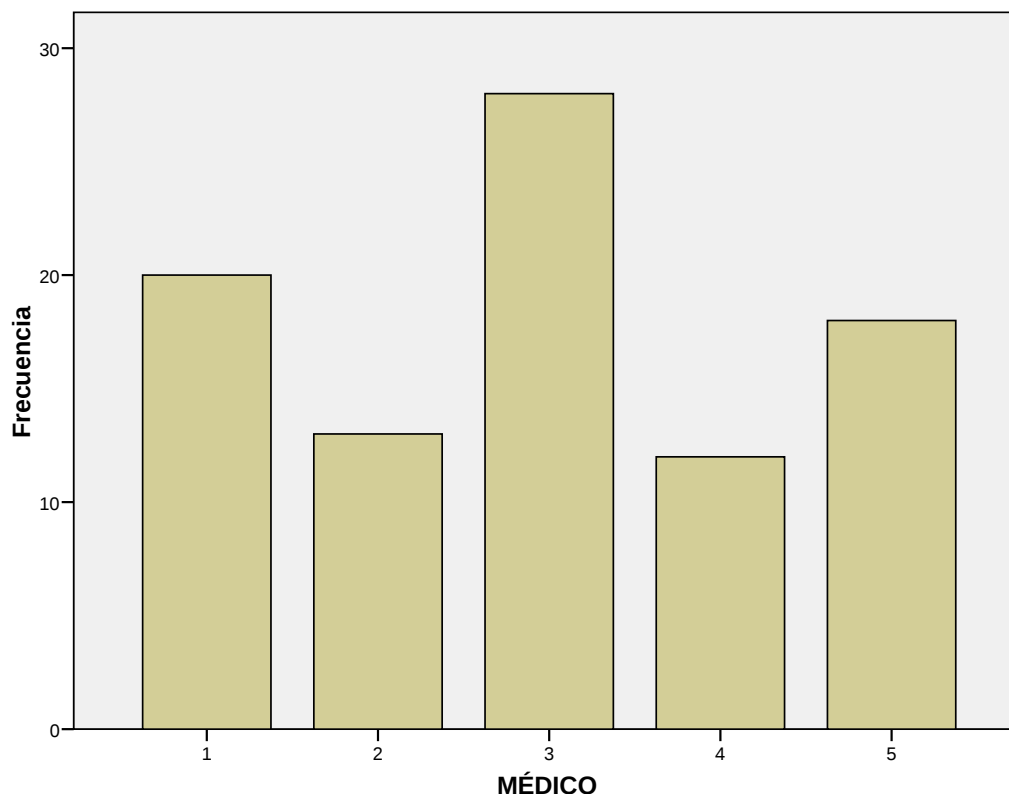
Fuente: Tabla N°10

Con un paciente hospitalizado, lo harían como el médico 5:41.76%(El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente; invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones; invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y el paciente y médico deciden un tratamiento apropiado); seguido del médico 3: 31.87 %.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 11

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente con diagnóstico de depresión



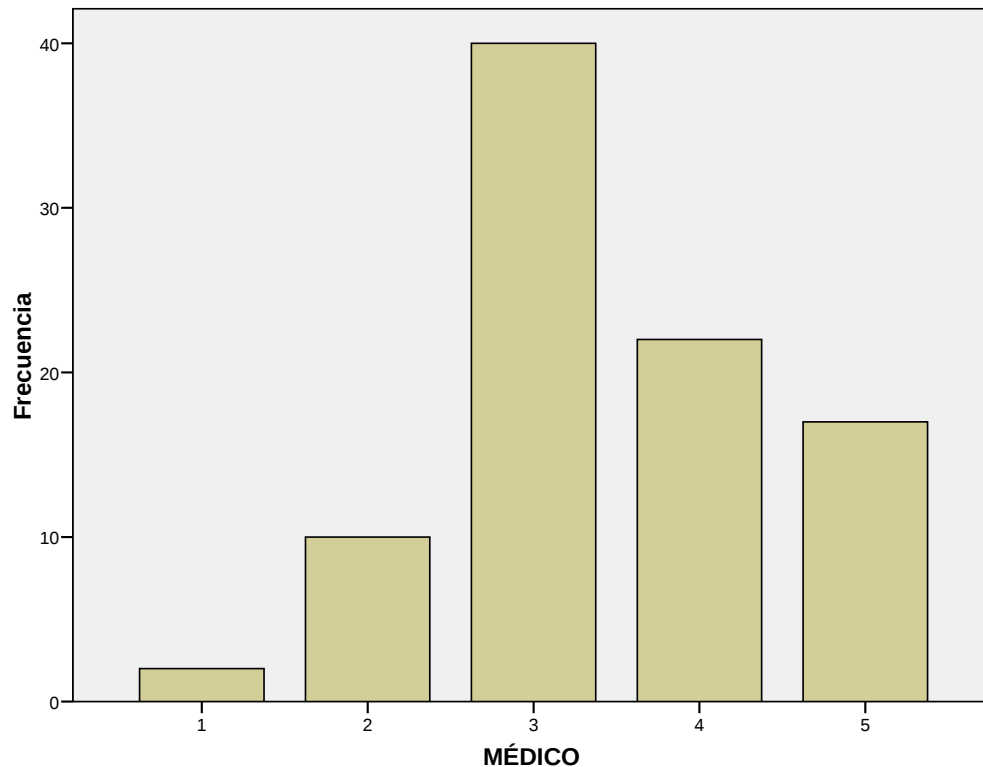
Fuente: Tabla N°10

Si tuvieran un paciente con depresión, actuarían como el médico 3:30.77% (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 1: 21.98%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°12

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente mayor de 70 años, sin deterioro cognitivo



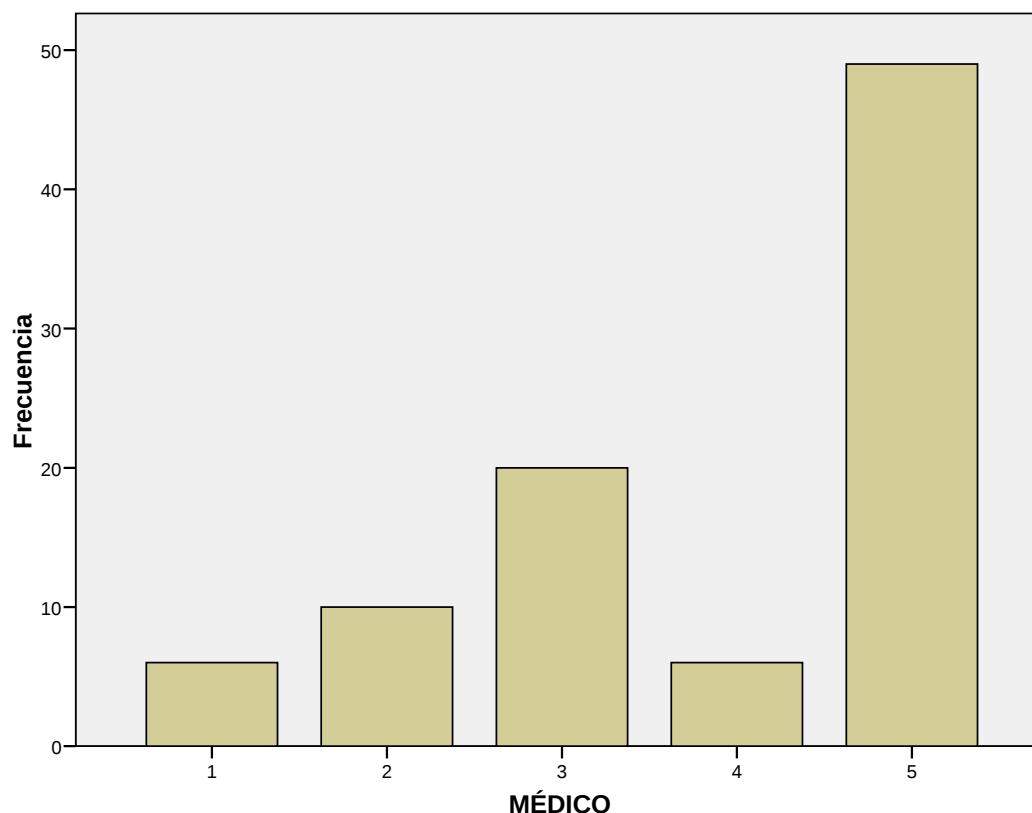
Fuente: Tabla N°10

Con paciente mayor de 70 años de edad sin deterioro cognitivo; actuarían como el médico 3: 43.96%; sobretodo seguido del médico 4: 24.18%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°13

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente con enfermedad terminal



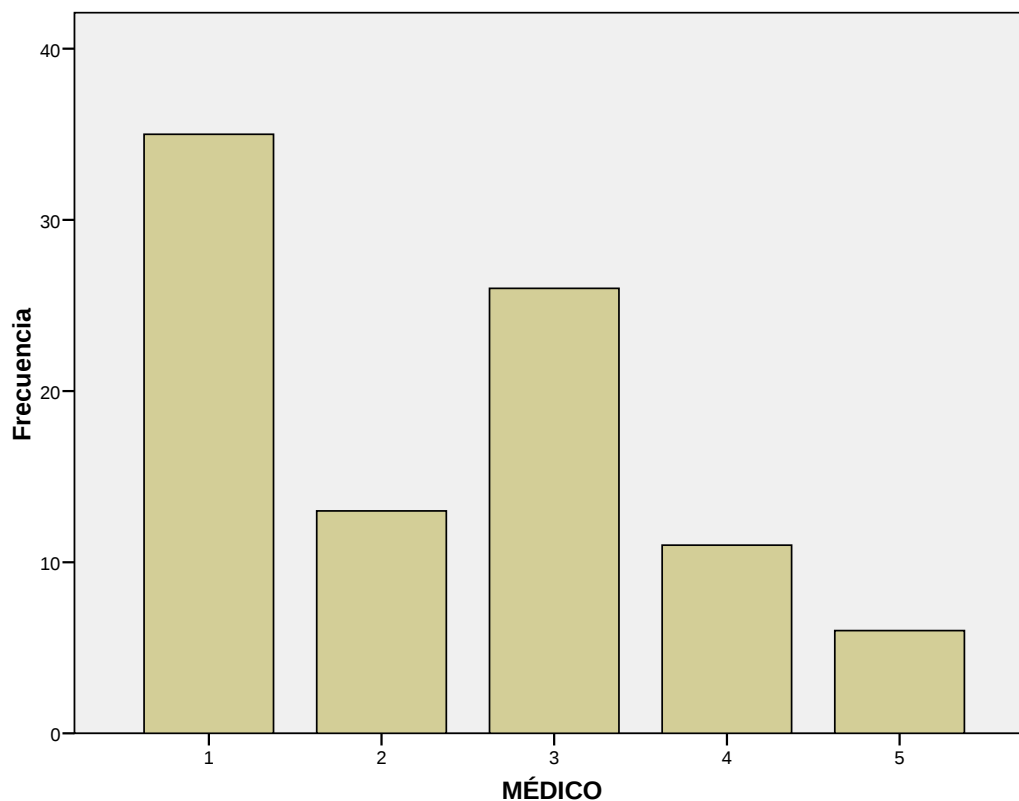
Fuente: Tabla N°10

Con un paciente con enfermedad terminal; la mayor frecuencia de los participantes se comportarían como el médico 5: 53.85% (más de la mitad) (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente; invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones; invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y el paciente y médico deciden un tratamiento apropiado) seguido de la actuación del médico 3: 21.99%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°14

Distribución de los participantes según como actuarían en un ambiente con mucho ruido e interrupciones



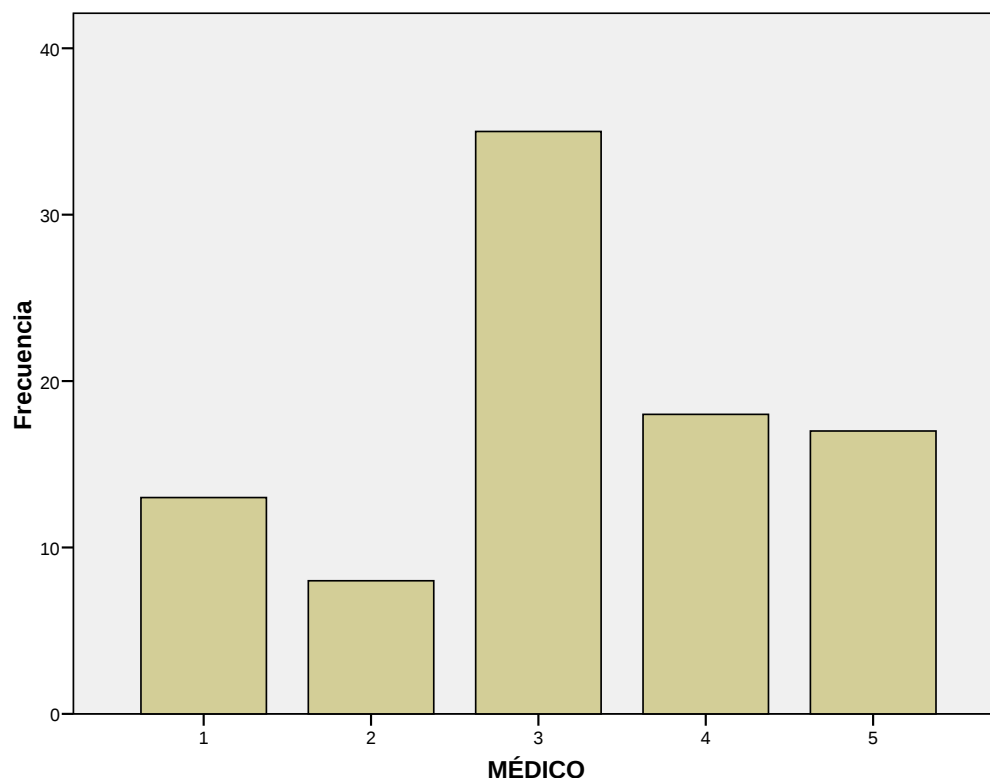
Fuente: Tabla N°10

Si estuvieran laborando en un ambiente con mucho ruido e interrupciones, la mayor frecuencia actuaría como el médico 1: 38.46%. (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); seguido del médico 3: 28.57%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 15

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente quechua hablante, acompañado de un familiar traductor



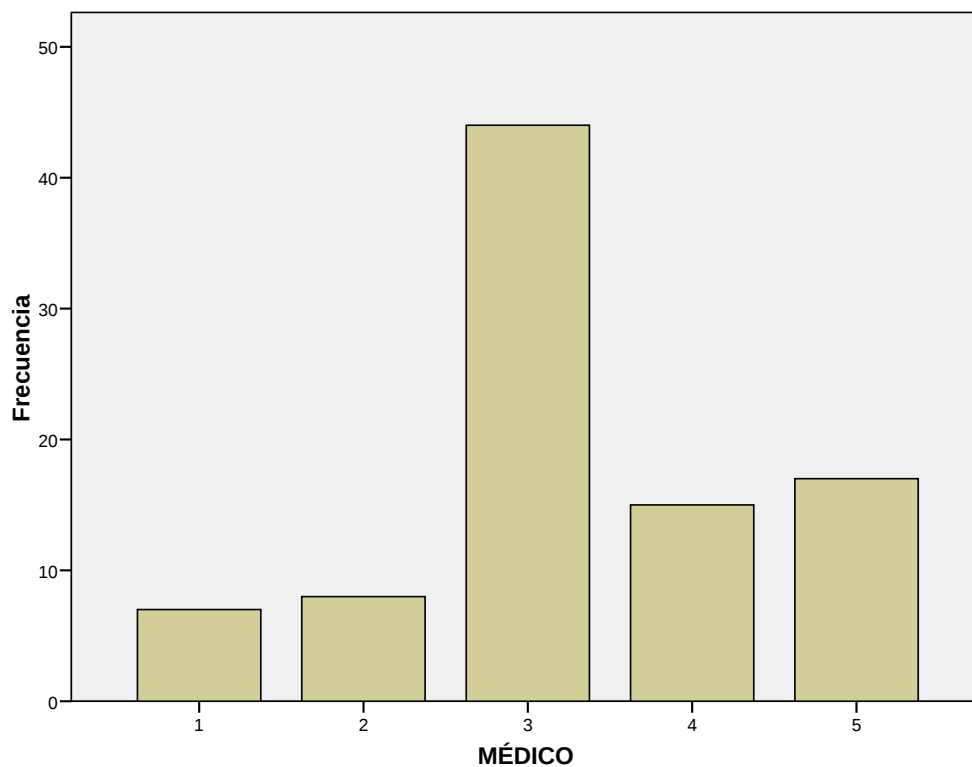
Fuente: Tabla N°10

Si estuvieran ante un paciente quechua-hablante, acompañado de un familiar como traductor actuarían como el médico 3: 38.46%. (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 4:19.78%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 16

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente de bajos recursos económicos



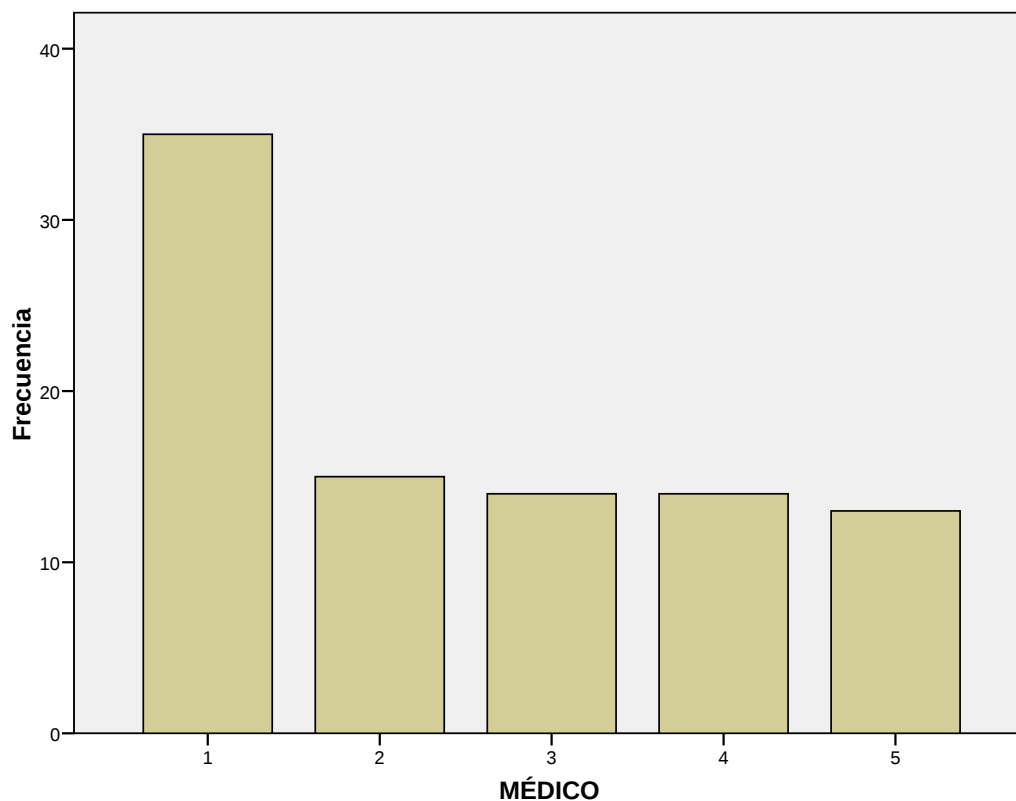
Fuente: Tabla N°10

Si estuvieran ante un paciente de bajos recursos económicos actuarían como el médico 3:48.35% (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 5: 18.68% .

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N°17

Distribución de los participantes según como actuarían con un paciente con hipocondría



Fuente: Tabla N°10

En la situación de verse en una consulta con un paciente con hipocondría sobretodo actuarían como el médico 1:38.46% (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); seguido del médico 2: 16.48%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 11

Distribución de los internos participantes según como actuarían en diferentes situaciones según sexo del encuestado

Situación	Como médico	Total	Masculino	Femenino	X²
		%	%	%	P
Con paciente analfabeto	Médico 1	43.96	Médico 1	Médico 1	4.767
			40.00	47.83	0.312
Consulta con tiempo restringida	Médico 1	29.67	Médico 1	Médico 3	3.335
			28.89	32.61	0.503
Emergencia con paciente estable	Médico 3	37.36	Médico 3	Médico 3	4.591
			26.67	47.83	0.332
Paciente hospitalizado	Médico 5	41.76	Médico 5	Médico 5	2.567
			42.22	41.30	0.633
Diagnóstico de depresión	Médico 1	21.98	Médico 1	Médico 3	11.756
			26.67	45.65	0.019
Mayor 70 años sin deterioro Cognitivo	Médico 3	43.96	Médico 3	Médico 3	3.928
			46.67	41.30	0.416
Enfermedad terminal	Médico 5	53.85	Médico 5	Médico 5	3.506
			51.11	56.52	0.477
Ambiente con ruido	Médico 1	38.46	Médico 1	Médico 1	2.372
			42.22	34.78	0.668
Paciente quechua hablante con familiar traductor	Médico 3	38.46	Médico 3	Médico 3	1.491
			40.00	36.96	0.828
Bajos recursos económicos	Médico 3	48.35	Médico 3	Médico 3	6.919
			40.00	56.52	0.140
Paciente hipocondriaco	Médico 1	38.46	Médico 1	Médico 1	5.094
			42.22	34.78	0.278

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 11, se hace el análisis de la tabla anterior pero según el sexo y encontramos que se encontró que ante un paciente analfabeto lo harían como el médico 1 en ambos sexos.

Ante una consulta con tiempo restringido los varones lo harían como el médico 1 y las mujeres como el médico 3.

Si se encontraran en emergencia con un paciente estable ambos (tanto hombres como mujeres) lo harían como el médico 3.

Con un paciente hospitalizado, los varones y las mujeres harían como el médico 5.

Si tuvieran un paciente con depresión, los varones actuarían como el médico 1 y las mujeres como el médico 3; solo en este caso es que se encuentra que la diferencia es estadísticamente significativa.

Con paciente mayor de 70 años de edad sin deterioro cognitivo; actuarían tanto los varones como las mujeres como el médico 3.

Con un paciente con enfermedad terminal; la mayor frecuencia de los participantes de ambos sexos se comportarían como el médico 5.

Si estuvieran laborando en un ambiente con mucho ruido e interrupciones, la mayor frecuencia tanto hombres como mujeres, actuarían como el médico 1.

Si estuvieran ante un paciente quechua-hablante, acompañado de un familiar como traductor actuarían como el médico 3 ambos sexos.

Los mismos resultados se encontraron cuando la situación era que estaban ante un paciente de bajos recursos económicos.

Y finalmente con un paciente con hipocondría sobretodo actuarían como el médico 1 ambos sexos.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Tabla N° 12

Opinión de los internos participantes acerca de implementar un módulo de toma de decisiones

Sexo			
Implementar	Total N° (%)	Masculino N° (%)	Femenino N° (%)
Si	32 (35.16%)	19(42.22%)	13(28.26%)
No	59(64.84%)	26(57.78%)	33(71.74%)
Total	91(100.00%)	45(100.00%)	46(100.00%)

Fuente: Elaboración propia

$$X^2 = 1.945$$

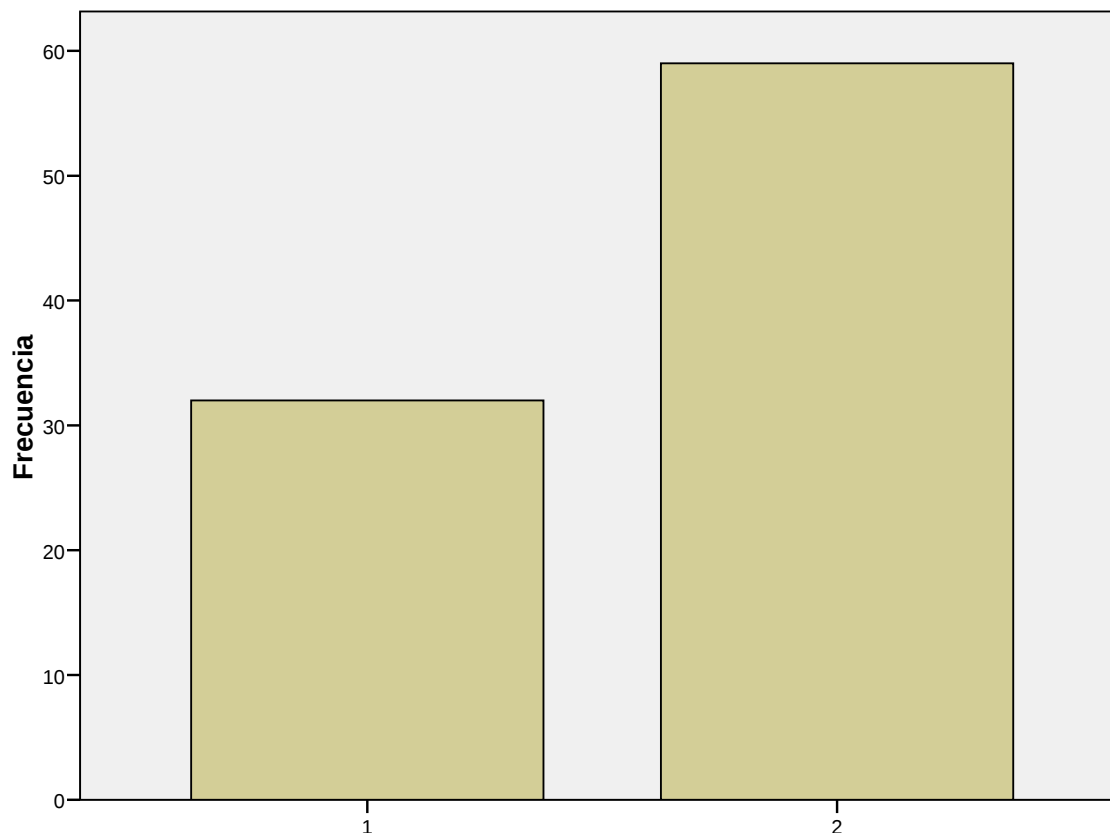
$$P = 0.163$$

Tabla N°12: En cuanto a la opinión de implementar un módulo de toma de decisiones encontramos que aproximadamente 4 de cada 10 de los internos participantes si estarían de acuerdo en que se implemente; siendo esta opinión sobre-todo entre los internos de sexo masculino con un 42.22% en comparación con las mujeres que fue el 28.26%.

“Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (*shareddecisionmaking*) Arequipa – 2012”

Gráfico N° 18

Opinión de los internos participantes acerca de implementar un módulo de toma de decisiones



Fuente: Tabla N°12

- 1.- El 35.16% opina que se debe implementar un módulo de toma de decisiones.
- 2.- El 64.84% opina que no se debe implementar un módulo de toma de decisiones.

CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN

El modelo de toma de decisiones compartidas no sólo está abogado desde una perspectiva ética, sino también porque se ha visto que trae resultados de salud positivos como aumentar el conocimiento del paciente de su enfermedad, aumentar su satisfacción y mejorar su adherencia al tratamiento

La atención centrada en el paciente introduce un paradigma de relación clínica imprescindible para la asistencia médica humanista. Cuando el centro de la atención clínica es el paciente concreto, con sus valores y expectativas, resulta fundamental contar con él ante decisiones diagnósticas y/o terapéuticas. (30)

Es por ello que los profesionales de la salud deberían alentar a los pacientes a tomar una decisión en particular presentando una completa y equilibrada información de todas las opciones viables y posibles. (31)

Siendo el interno de medicina, un personal en entrenamiento que pronto tendrá que desempeñarse como médico debería contar con las habilidades necesarias para desempeñarse en el campo clínico, donde esta nueva tendencia en el desarrollo de la tarea médica frente al paciente viene cobrando gran importancia.

En el estudio realizado, se observa que la edad media de los internos de Medicina participantes fue de 24.7 años; siendo muy similar tanto en los de sexo masculino como femenino: así mismo la edad mínima fue un año menor entre las mujeres: 22 años y la edad máxima también fue mayor entre ellas: 28 años; sin embargo no se encontró diferencias estadísticamente significativas (tabla 1).

Se encontró que hubo un discreto predominio del sexo femenino, 50.55% (tabla 2).

La mayor frecuencia de los internos (tabla 3), realizó su entrenamiento en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza; en casi la tercera parte (32.97%) seguido de Hospital Goyeneche y el Hospital Regional Militar. Esto podría deberse a la cantidad de plazas ofertadas por cada institución, es decir el HRHDE es quien oferta más de 40 plazas, menos de la mitad son pagadas y por la abundante afluencia de pacientes, es que resulta una plaza de internado atractiva para los alumnos, caso parecido en el Hospital Goyeneche; en el HMRA son 8 las plazas originalmente ofertadas, pero todos los años, se abren plazas ad-honorem, también al ser un hospital con 4 especialidades básicas y

sub-especialidades, es que le sigue en frecuencia a la cantidad de internos de esa institución.

Sobre si recibieron información o capacitación teórica sobre “toma de decisiones”, se observó que aproximadamente 5 de cada 100 de los participantes si la recibieron; siendo el medio más frecuente los cursos externos (tabla 4). La cantidad total de internos que recibió capacitación teórica es muy baja, esto podría deberse a la poca importancia que se le da al modelo de toma de decisiones compartidas en nuestro medio, es por eso que los pocos alumnos que sí la recibieron, la recibieron en cursos donde ellos voluntariamente decidieron participar.

Acerca de haber recibido la información o capacitación práctica (tabla 5); se encontró la misma frecuencia que para el caso de la teórica; sin embargo hubo dos de los internos que no refirieron el lugar. Al igual que la capacitación teórica, la práctica es casi nula, ya que no se incluye el modelo dentro de la práctica clínica, mucho menos como uno de los ítems de aprendizaje.

Al hacer el análisis según sexo de la información capacitación (tabla 6), se pudo observar que en ambos casos, ya sea de forma teórica o práctica la frecuencia fue la misma en el sexo masculino y en el sexo femenino; no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos en cuanto a su respuesta.

De acuerdo al rol que les gustaría tener (tabla 7); se encontró que tanto en general como en ambos sexos fue la del Médico 5 es decir : El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente; invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones; invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y el paciente y médico deciden un tratamiento apropiado. Es decir a todos los internos les gustaría ser el “Médico Ideal N°5” aquel que escucha, enseña, y acompaña al paciente en sus decisiones; ésta actitud es esperanzadora ya que quiere decir que todos quisieran actuar lo más integralmente posible.

Al análisis estadístico respectivo se encontró que habría diferencia estadísticamente significativa entre ambos sexos; por lo cual diremos que son las mujeres quienes más tienen esta actitud hacia como quisieran actuar, además es importante referir que entre los varones no se encontró ningún caso a desear ser como el médico 1 (El médico da

información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente). Y por el contrario entre las mujeres a ninguna le gustaría ser como el médico 2 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir).

En la tabla 8, tenemos lo relacionado con el rol que realiza el interno participante, donde tanto en forma general como en ambos sexos lo harían como el médico 3 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente); a pesar de que todos desearían un actuar ideal, sea por falta de tiempo, la idiosincrasia de los pacientes, falta de educación de la población, falta de interés del médico → razones que fueron descritas en la encuesta; es que se ven obligados a hablar con los pacientes, preguntarles puntos clave acerca de su futuro o actual tratamiento; pero lamentablemente es el médico quien termina tomando la decisión (unilateral). Además se observó que entre las mujeres no actuarían como el médico 2 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir).

En el caso de los varones le sigue en frecuencia que actuarían como el médico 4; y las mujeres como el médico 1 y 4 en la misma frecuencia.

Encontrando que estas diferencias observadas son estadísticamente significativas.

La tabla 9, nos muestra la referencia de cómo es el rol que asume la mayoría de los docentes; y es así que vemos que tanto en forma general como por sexos sería la del médico 1, sobre-todo entre las mujeres: El médico da información al paciente sobre la

opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente.

En ambos casos le sigue en frecuencia el médico 2; es importante referir que en el caso de las internas ninguna consideró que los docentes actuarían como el médico 5. Al análisis estadístico no se encontró que estas diferencias observadas sean estadísticamente significativas.

Al indagar sobre la actitud que con mayor frecuencia tendrían ante situaciones específicas (tabla 10); se encontró que ante un paciente analfabeto lo harían como el médico 1 (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); esto podría deberse a que en ésta situación se plantea a un paciente con una minusvalía, lo que haría que aflore el lado “paternalista” del médico; seguido del médico 3.

Ante una consulta con tiempo restringido también lo harían como el médico 1; aquí la explicación podría ser otra, el paciente no se encuentra menoscabado en su condición, sino que por facilismo y el tener que avanzar con las consultas (situación que fue explicada por algunos alumnos que era uno de los mayores obstáculos para instaurar un modelo de toma de decisiones compartidas en nuestro medio); es que el Médico tomaría la decisión por el paciente para terminar rápidamente la consulta, sin lugar a mayor discusión; e igualmente seguido del médico 3.

Si se encontraran en emergencia con un paciente estable lo harían como el médico 3 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), ya que con un paciente estable el interrogatorio es fluido y él puede relatar acerca de sus antecedentes, el médico lo escucha, pero no lo hace participar de la decisión, pudiendo esto deberse a la premura del tiempo, y a la cantidad de pacientes que tienen que ser atendidos en Emergencia, sobre todo los casos críticos, seguido del médico 1 y 4 con la misma frecuencia.

Con un paciente hospitalizado, lo harían como el médico 5 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute

con el paciente; invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones; invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y el paciente y médico deciden un tratamiento apropiado); en un paciente hospitalizado el tiempo que hay para conversar, indagar sobre antecedentes y preferencias es un punto a favor ya que el paciente está siempre en un ambiente controlado por los Médicos y cada vez que el desee hablar, lo puede hacer, ya que se encuentra en el mismo lugar, a su vez, el paciente tiene tiempo suficiente para reflexionar acerca de qué rumbo tomar para discutirlo posteriormente con el médico, ir exhaustivamente por todos los riesgos y beneficios; y tomar una decisión conjunta; seguido del médico 3.

Si tuvieran un paciente con depresión, actuarían como el médico 3 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos , y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 1; estos resultados podrían deberse al estado de “indefensión” y “vulnerabilidad” en que se encuentran estos pacientes lo que idealmente haría que el médico indague acerca de sus preferencias; pero determine el tratamiento él sólo, ya que podría verse comprometida también la función cognitiva; lo que llevaría a que el médico tome la decisión unilateralmente sin siquiera indagar sobre preferencias propias del paciente.

Con paciente mayor de 70 años de edad sin deterioro cognitivo; actuarían como el médico 3 sobretodo seguido del médico 4.

Con un paciente con enfermedad terminal; la mayor frecuencia de los participantes se comportarían como el médico 5 (más de la mitad) (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente; invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones; invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; y el paciente y médico deciden un tratamiento apropiado); esto podría deberse a que en los cursos de bio-ética y en las noticias de los distintos medios de comunicación siempre se habla del principio de autonomía que tiene cada persona sobre decidir acerca de su vida, por ende del poder que tiene sobre su salud; entonces yo creo que ésta respuesta estaría influida en parte por el aspecto coyuntural (eutanasia, orto-tanasia, dis-tanasia, etc.), ya que de no ser así las

respuestas a las anteriores situaciones hubieran sido ligeramente diferentes; seguido de la actuación del médico 3.

Si estuvieran laborando en un ambiente con mucho ruido e interrupciones, la mayor frecuencia actuaría como el médico 1 (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); seguido del médico 3; pudiendo deberse esto a un facilismo explícito de los médicos, ya que por no perturbarse explicando nuevamente, alzar la voz o ser didácticos, deciden ellos solos, ya que es más rápido.

Si estuvieran ante un paciente quechua-hablante, acompañado de un familiar como traductor actuarían como el médico 3 (El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente; explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento; con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente), seguido del médico 4.

Los mismos resultados se encontraron cuando la situación era que estaban ante un paciente de bajos recursos económicos → En ambas situaciones pensando en la desventaja en la que están los pacientes, pero sin llegar a ser totalmente paternalistas ya que si bien ellos toman la decisión, se dan el trabajo de averiguar acerca de los valores, preferencias, antecedentes generales del paciente.

Y finalmente con un paciente con hipocondría sobretodo actuarían como el médico 1 (El médico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida; no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento, decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente); seguido del médico 2.

En un estudio similar realizado por *Saavedra et al* en Chile, se encontró que los pacientes prefieren la toma de decisiones dirigida en algunas situaciones tales como las situaciones agudas, de extrema gravedad. En otros estudios muestran que los pacientes más añosos y con menor nivel educacional y estrato socioeconómico también prefieren la toma de decisión dirigida, (32)

En la tabla 11, se hace el análisis de la tabla anterior pero según el sexo y encontramos que se encontró que ante un paciente analfabeto lo harían como el médico 1 en ambos sexos.

Ante una consulta con tiempo restringido los varones lo harían como el médico 1 y las mujeres como el médico 3.

Si se encontraran en emergencia con un paciente estable ambos (tanto hombres como mujeres) lo harían como el médico 3.

Con un paciente hospitalizado, los varones y las mujeres harían como el médico 5.

Si tuvieran un paciente con depresión, los varones actuarían como el médico 1 y las mujeres como el médico 3; solo en este caso es que se encuentra que la diferencia es estadísticamente significativa.

Con paciente mayor de 70 años de edad sin deterioro cognitivo; actuarían tanto los varones como las mujeres como el médico 3.

Con un paciente con enfermedad terminal; la mayor frecuencia de los participantes de ambos sexos se comportarían como el médico 5.

Si estuvieran laborando en un ambiente con mucho ruido e interrupciones, la mayor frecuencia tanto hombres como mujeres, actuarían como el médico 1.

Si estuvieran ante un paciente quechua-hablante, acompañado de un familiar como traductor actuarían como el médico 3 ambos sexos.

Los mismos resultados se encontraron, cuando la situación era que estaban ante un paciente de bajos recursos económicos.

Y finalmente con un paciente con hipocondría sobretodo actuarían como el médico 1 ambos sexos.

En cuanto a la opinión (tabla 12), de implementar un módulo de toma de decisiones encontramos que aproximadamente 4 de cada 10 de los internos participantes si estarían de acuerdo en que se implemente; siendo esta opinión sobre-todo entre los internos de sexo masculino con un 42.22% en comparación con las mujeres que fue el 28.26%.

La necesidad de crear un módulo para el entrenamiento en habilidades en el desarrollo de la relación médico-paciente y acerca de la toma de decisiones compartidas debe ser una prioridad en la formación de los médicos un ejemplo de ello es que desde 2001, la nueva facultad de Medicina Interna en la Escuela de Medicina de la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota) han completado un estudio sobre la comunicación médico-paciente donde una mayoría (57%) dijeron que iban a beneficiarse de la formación adicional de habilidades para la relación médico-paciente.(33)



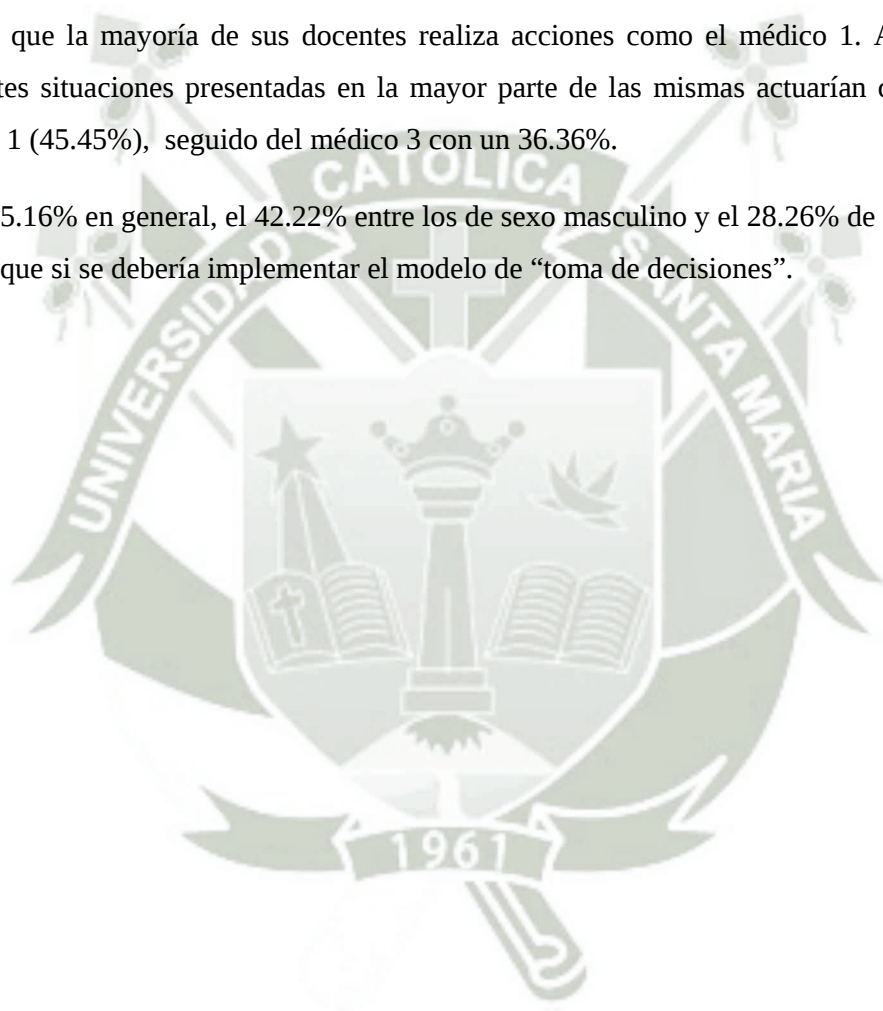
CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En los internos del Programa Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, se encontró:

- 1.- Que el 5.49% había recibido información o capacitación sobre “toma de decisiones” tanto a nivel teórico como práctico.
- 2.- En lo que respecta a las actitudes se encontró sobretodo que : el 49.45% le gustaría tener el rol del médico 5; el 59.34% estaría realizando el rol del médico 3; el 39.56% percibe que la mayoría de sus docentes realiza acciones como el médico 1. Ante las diferentes situaciones presentadas en la mayor parte de las mismas actuarían como el médico 1 (45.45%), seguido del médico 3 con un 36.36%.
- 3.- El 35.16% en general, el 42.22% entre los de sexo masculino y el 28.26% de mujeres opinan que si se debería implementar el modelo de “toma de decisiones”.



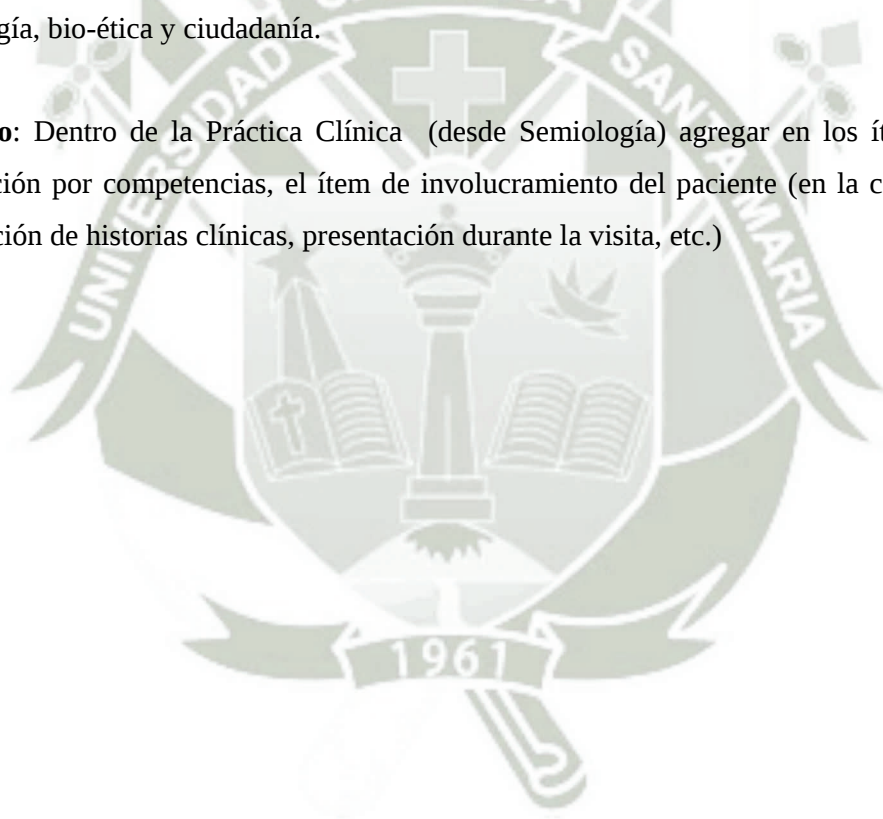
CAPÍTULO V
RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Primero: Capacitar a la plana docente de la Facultad de Medicina Humana acerca de toma de decisiones compartidas, y ser instruidos en los beneficios que trae para el desenvolvimiento de la Práctica Médica, ya que involucra al paciente directamente y por ende hace que el paciente y su entorno (familia, amigos, empleadores, etc.) se vean más involucrados con el tratamiento o prevención de enfermedades.

Segundo: Evaluar la posibilidad de instaurar talleres prácticos y capacitación teórica a los alumnos de la Facultad de Medicina Humana, como parte de la Currícula Regular, como ésta ya ha sido re-diseñada, hacer un curso piloto en alumnos de clínicas, para según los resultados, instaurarlo como un curso de complementación curricular como: radiología, bio-ética y ciudadanía.

Tercero: Dentro de la Práctica Clínica (desde Semiología) agregar en los ítems de evaluación por competencias, el ítem de involucramiento del paciente (en la consulta, confección de historias clínicas, presentación durante la visita, etc.)



CAPÍTULO VI

BIBLIOGRAFÍA

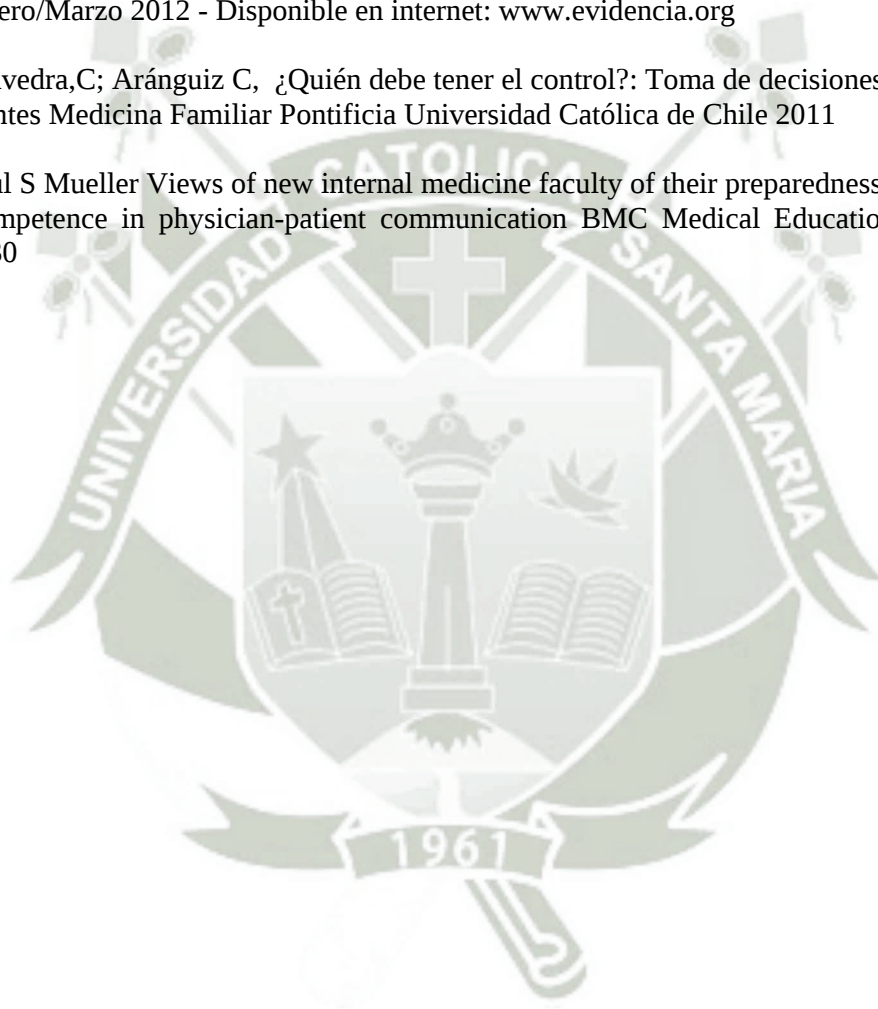


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

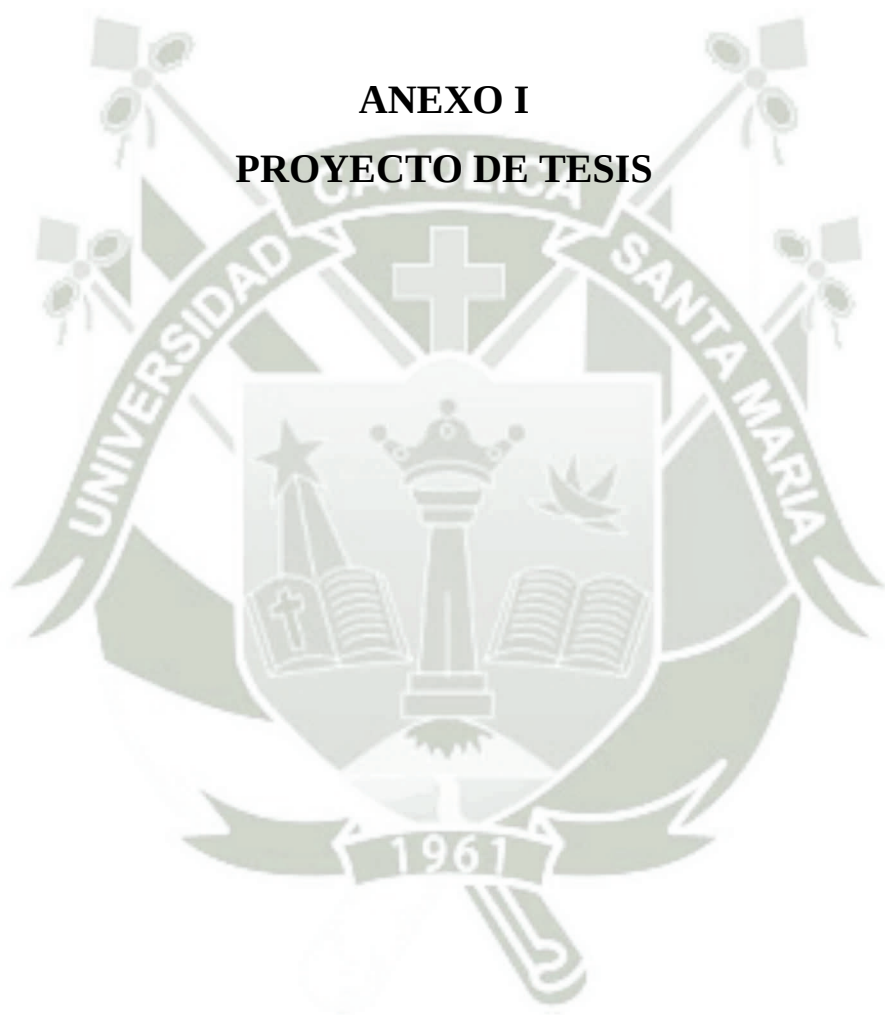
- 1) Montori V, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations* 2006; 9: 25–36.
- 2) Berwick D. What ‘Patient-Centered’ Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health Affairs* 2009; 28: 555–565.
- 3) Richards T. Partnership with patients. *BMJ* 1998; 316: 85-86.
- 4) Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318: 318-322.
- 5) Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999; 319: 719-794.
- 6) Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Gould C et al. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.
- 7) Golin C, DiMatteo MR, Duan N, Leae B, Gelberg L. Impoverished diabetic patients whose doctors facilitate their participation in medical decision making are more satisfied with their care. *J Gen InternMed* 2009; 17:866-75.
- 8) Weymiller AJ, Montori VM, Jones LA, Gafni A, Guyatt GH, et al. Helping patients with type 2 diabetes mellitus make treatment decisions: statin choice randomized trial. *ArchInternMed* 2007; 167:1076–1082.
- 9) Mongilardi N, Riberos A, Montori V, Loza J, Bernabé A, Málaga G. Evaluación y comparación del grado en el que los médicos involucran a sus pacientes en la toma de decisiones médicas, en un ambiente privado y uno público. (artículo no publicado)
- 10) Pellerin MA, Elwyn G, Rousseau M, Stacey D, Robitaille H, et al. Toward Shared Decision Making: Using the OPTION Scale to Analyze Resident-Patient Consultations in Family Medicine. *Acad Med.* 2011; 86: 1010-8.
- 11) Brinkman W., Hartl J, Rawe L., Sucharew H., Britto M., et al. Physicians' Shared Decision-Making Behaviors in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Care. *Arch PediatrAdolesc Med* 2011;165: 1013-1019.
- 12) Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz RL. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med* 2008; 168:1404-8.
- 13) King V, Davis M, Gorman P, Rugge P, Fagnan L. Perceptions of Shared Decision Making and Decision Aids Among Rural Primary Care Clinicians. *Med Decis Making* 2012 32: 636.
- 14) Schneider H, Sandholzer H. Shared decision making: evaluation of German medical students’ preferences. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2008; 14: 435–438.

- 15) Murray E, Pollack L, White M, LoB. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. *BMC Family Practice* 2007; 8:10.
- 16) Cadwell J. Evaluating Attitudes of First-Year Residents to Shared Decision Making. *Med Educ* 2008; 13:10.
- 17) Légaré F, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns* 2008; 10: 1016.
- 18) Elwyn G, et al. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 2000; 50: 892-897.
- 19) Godolphin W., Towle A., McKendry R. Challenges in family practice related to informed and shared decision-making: a survey of preceptors of medical students. *JAMC • 21 AOÛT 2001; 165 (4)*
- 20) Gallagher TH, Levinson W. A prescription for protecting the doctor-patient relationship. *Am J Manag Care*. 2004 Feb;10(2 Pt 1):61-8
- 21) Montori V., Devereaux PJ, Straus S, Haynes B, Guyatt G. Advanced topics in moving from evidence to action. *guya2202 (643-662).fm* Page 643 Tuesday, February 26, 2008
- 22) Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals perceptions. *Implement Sci*. 2006 Aug 9;1:16.
- 23) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *SocSci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92
- 24) Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr: Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcome. *Ann Intern Med*. 1985 Apr;102(4):520-8.
- 25) Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989 Mar;27(3 Suppl):S110-27
- 26) Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on Patient Satisfaction, Treatment, Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*. 2008;77(4):219-26.
- 27) Murray E, Charles C., Gafni A., Shared decision-making in primary care: Tailoring the Charles et al. model to fit the context of general practice. *Patient Education and Counseling* 62 (2006) 205–211

- 28) Davis R. et al., Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation 2003 Health Expectations, 6, pp.198–207
- 29) Osorio, Carmen, Evaluando políticas de desarrollo humano: el caso de la agenda de política pública en el Perú. Apuntes 67, segundo semestre 2010: páginas 109-128 / ISSN 0252-1865
- 30) Costa Alcaraz A, Almendro Padilla C. UN MODELO PARA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA CON EL PACIENTE Aten Primaria. 2009;41(5):285-7
- 31) Agustín Ciapponi Toma de decisiones compartidas EVIDENCIA volumen 15 nro.1 Enero/Marzo 2012 - Disponible en internet: www.evidencia.org
- 32) Saavedra,C; Aránguiz C, ¿Quién debe tener el control?: Toma de decisiones Residentes Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile 2011
- 33) Paul S Mueller Views of new internal medicine faculty of their preparedness and competence in physician-patient communication BMC Medical Education 2006, 6:30



ANEXO I
PROYECTO DE TESIS



Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (shareddecisionmaking) Arequipa – 2012

I. PREAMBULO

En la medicina existen muchas áreas de incertidumbre, en las cuales hay más de una alternativa de tratamiento razonable y la evidencia científica no provee una sola respuesta. Un ejemplo son las intervenciones terapéuticas que no reducen el riesgo en 100%, lo que genera más de una opción válida; esas opciones generan diferentes riesgos, entonces la decisión debe incluir una evaluación integral de riesgos y beneficios. En estas situaciones es ideal usar un modelo de toma de decisiones compartidas, en el cual el paciente tiene la posibilidad de escoger con su médico la opción de tratamiento que más se acomode a sus propios valores y preferencias(1). Este modelo de toma de decisiones es clave para practicar una medicina centrada en el paciente, en la cual el médico y el paciente forman una alianza para trabajar juntos y alcanzar una misma meta: la salud del paciente, considerando sus propias tradiciones culturales, preferencias personales, valores, circunstancias personales y estilos de vida. (2)

El modelo de toma de decisiones compartidas no sólo está abogado desde una perspectiva ética (3,4,5), sino también porque se ha visto que trae resultados de salud positivos como aumentar el conocimiento del paciente de su enfermedad, aumentar su satisfacción y mejorar su adherencia al tratamiento (6,7,8). A pesar de todos estos beneficios, este modelo no forma parte de la práctica clínica diaria en nuestro medio(9).

En países desarrollados, la implementación de este modelo es mayor que en el Perú, sin embargo, aún no llega a ser frecuente(10,11,12)a pesar de que los estudios demuestren que estos médicos le dan una gran importancia a la toma de decisiones compartidas (14,15,16). Esto puede deberse a que existe una falta de conocimiento y de habilidades para su práctica, una percepción equivocada acerca del deseo o capacidad del paciente para participar en la

toma de decisiones o por barreras generadas por el sistema de salud (14, 15, 16, 17).

Este concepto de por sí es nuevo, por tal motivo sabemos que gracias a la Medicina Basada en Evidencias MBE, los horizontes del conocimiento médico relacionado con la parte de la investigación e involucramiento está más presente que en décadas anteriores. Pudiera ser una de las causas de ésta falta de conocimiento que la educación en nuestro país es aún tradicional, y la mayoría de profesores universitarios, fueron de una escuela en la cual se fomentaba dar un confort y la responsabilidad la asumían ellos mismos, tomando decisiones por los pacientes. Sabemos que la MBE involucra a más Médicos Jóvenes, por ese motivo es que deseo investigar que percepción y conocimientos tienen los futuros Médicos Jóvenes, es decir los Internos de Medicina, acerca de la toma de decisiones compartidas.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado del problema

Información y actitudes de los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre la toma de decisiones compartidas (SharedDecisionMaking) Arequipa – 2012

1.2. Descripción del Problema

a. Área del Conocimiento

Campo: Ciencias de la salud

Área: Medicina Humana

Especialidad: Bio-ética

Línea: Relación Médico Paciente

b. Análisis u Operacionalización de variables.

2. VARIABLES

Variables	Indicador	Tipo de variable	Valor	Medición
Intervinientes				
Sexo	Estereotipos, caracteres sexuales secundarios	Cualitativa Nominal dicotómica	Femenino Masculino	Ficha de encuesta
Edad	Años cumplidos al momento de la inclusión al estudio	Cuantitativa Discreta	Años	Ficha de encuesta
Variables en estudio				
Nivel de Información o entrenamiento en TDC	Precisar si es que tuvieron algún tipo de educación o entrenamiento en TDC	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Ficha de encuesta
Actitudes que tienen los Internos de Medicina sobre TDC	Situaciones médicas en las cuales se pide precisar su hipotético actuar*.	Cualitativa Nominal	a) Rol que me gustaría tener b) Rol que yo realizo c) Rol que la mayoría de mis docentes realiza	Ficha de encuesta
	Opiniones de los internos sobre la posibilidad de aplicar TDC en el Perú^{&}	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No	Ficha de encuesta

* Se proponen 5 “perfiles de médicos” que tienen características singulares, para que los encuestados, en cada hipótesis que se les plantean decidan el perfil de médico que a ellos les pareciera la más correcta.

[&] Los Internos de Medicina justificarán y fundamentarán las razones de su elección.

a. Interrogantes Básicas:

Interrogante principal:

- **¿Cuál es la información y cuáles las actitudes de Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre toma de decisiones compartidas?**

Interrogante secundaria:

- **¿Cuáles son las opiniones de los Internos de Medicina acerca de implementar un modelo de toma de decisiones compartidas en su práctica clínica?**

b. Tipo de Investigación: Observacional, Transversal,

c. Nivel de Investigación: Descriptivo.

Justificación del Problema

Relevancia Social: El presente trabajo está dedicado a conocer las percepciones sobre la Toma de Decisiones Compartidas (SharedDecisionMaking) en los internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa. Nuestra población de estudio son los internos, ya que es el año que conglera todo lo aprendido durante los años en la Universidad, teoría aplicada a la práctica, pero dentro de un ambiente controlado, durante todo el año del internado tratan a pacientes de diversas especialidades, y eso hace que el trato, los protocolos de tratamiento cambian de servicio a servicio, al igual que los pacientes. Los internos son en su mayoría adultos jóvenes que recién se inician en el activo campo de la medicina, y la mayoría no tienen las actitudes paternalistas de algunos otros Médicos, pero sí pueden ser influenciados por el actuar de Médicos de mayor experiencia a los que, algunos quisieran imitar. Al tomar esta actitud paternalista, se le quita al paciente (es decir a los ciudadanos en general) la posibilidad de ejercer su autonomía y tomar decisiones y/o participar de ellas conjuntamente con su médico tratante. Si el paciente no se siente involucrado, ni cree fehacientemente en su

tratamiento, lo descuidará o no le hará caso a las recomendaciones de uso, ni de cambios en el estilo de vida. Lo que a la larga genera que las enfermedades, que empezaron como agudas y fácilmente tratables, con medicación a dosis bajas y muchas veces con monoterapia se conviertan en enfermedades crónicas, costosas para el paciente, la familia, las entidades de salud y a la larga el Estado(29). Es por eso que es deber de nosotros conocer, cómo será el actuar de nuestros futuros compañeros; y cómo ellos perciben el actuar de nuestros actuales maestros, y comprobar si es que a la larga influyen en que los pacientes no tengan una buena adherencia al tratamiento por no sentirse involucrados.

Relevancia Contemporánea: “*Shared Decision Making*” –SDM Toma de Decisiones Compartidas (TDC) es una estrategia participativa, que es usada en muchas circunstancias, enfocada en todos los ámbitos (e.g rondas campesinas, los presupuestos participativos, las ACLAS). Llamado así y con su definición propia, en vez de una actividad empírica, se viene estudiando recién desde hace unas décadas, sin embargo en la actualidad es necesario tener conocimiento acerca de este nuevo enfoque en el ámbito médico, ya que se ha visto que compartir las decisiones hacen una relación médico-paciente más eficaz.

Relevancia Científica: Se trata de un proyecto, que posteriormente será un trabajo de investigación; como tal responderá las interrogantes una vez realizado el trabajo; lo que contribuirá a ampliar los conocimientos del tema en el área de las Ciencias de la Salud; específicamente en lo referente a la Relación Médico- Paciente.

Relevancia Académica: Puesto que forma parte del ámbito de la bio-ética, ya que hacer participar al paciente en la toma de decisiones acerca de su salud, es fomentar a que las personas sean autónomas y tomen decisiones en las que ellas creen. Posteriormente puede servir a la formación académica en la actualidad del tema.

Factibilidad: Cumple esto debido a que: no es invasivo ni presenta riesgo alguno para el participante, además que cada uno da su consentimiento para participar o no, lo que hace que las personas realmente interesadas, llenen el cuestionario lo mejor posible. Finalmente no supone un gasto apreciable para su realización.

Originalidad: Es original dado que no se tiene registro alguno de que proyecto así se haya realizado en una población de Internos de Medicina en nuestra ciudad, además de sólo encontrarse trabajos en Lima y el resto del mundo, mas no en los mencionados y menos aún en nuestra ciudad.

3. MARCO TEÓRICO

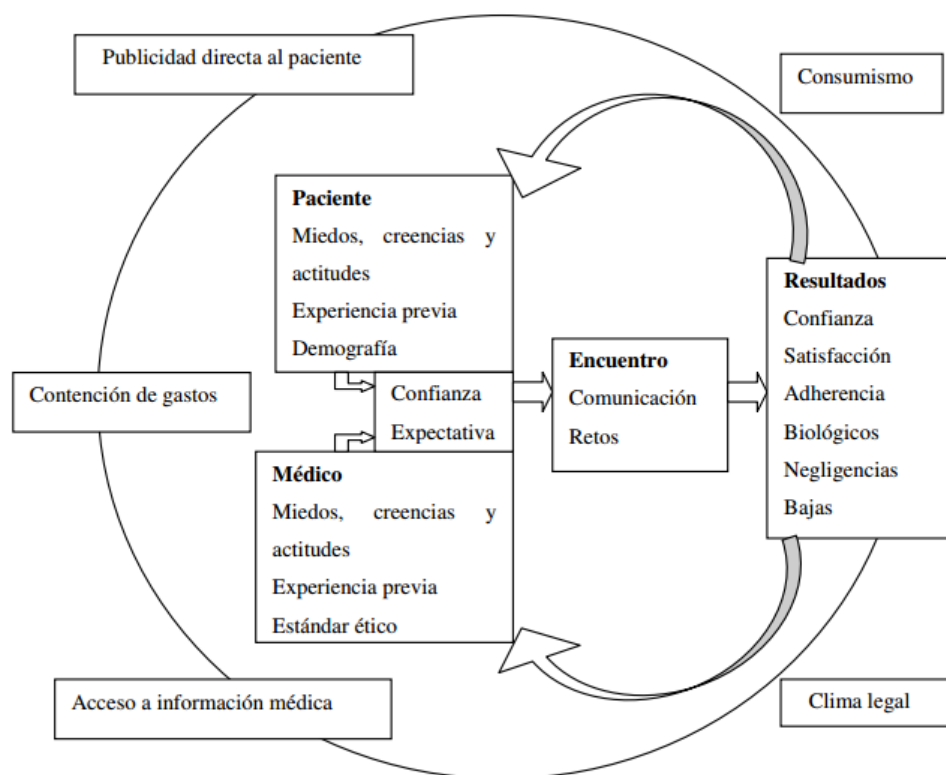
a. Definición de Decisiones Compartidas.

Shared Decision Making tomado como un modelo ideal de toma de decisiones en el “encuentro” médico. El concepto ha sido pobre y muy imprecisamente definido (23). Se sugiere que una de las características principales es que al menos dos participantes estén involucrados (paciente y médico); que ambas partes compartan la información disponible, ambas partes tomen acciones para llegar a un consenso acerca del tratamiento preferido; y que se llegue a un acuerdo definitivo acerca del tratamiento a implementar. En todo éste proceso deben ser discutidos los retos de calificar la toma de decisiones compartidas, así como sus beneficios potenciales para los médicos y los pacientes.

b. ¿Cómo llegamos a un Modelo de Decisiones compartidas?

La Medicina actual como sabemos es una ciencia continuamente cambiante, y las enfermedades, las medicinas, la actitud de los pacientes, la preparación y sub-especialización de los médicos han hecho que ésta relación entre dos participantes (el médico y el paciente) no sea una relación aislada, ya que depende del ámbito social en el cual se encuentre.

Figura. 1 Modelo contextual de relación médico-paciente de Galagher y Levinson(20)



En el modelo de la relación médico-paciente de Galagher y Levinson propone un esquema de las influencias que afectarían a la interacción entre Médico y Paciente, tiene un círculo con un núcleo central y otro periférico. En el interior se encuentran los temores, creencias, actitudes y experiencias anteriores de médicos y pacientes. En ellas se fundamentarán la confianza y expectativas con que ambos acudirán a las consultas.

La confianza mutua y el grado de expectativas que tengan los médicos y pacientes, generarán un determinado clima relacional y propiciarán que se produzcan los resultados esperados. En el círculo externo, se encuentra el Sistema de Salud cuya unión es inseparable de la Relación Médico- Paciente. Todo este sistema tiene un feed-back de las experiencias previas de ambos participantes (si es que éstas han sido muy satisfactorias, en la siguiente consulta se asistirá con mayores expectativas y un nivel de confianza aún mayor).

Del resultado de éstas consultas dependerán los resultados en el tratamiento, conocimiento acerca de su enfermedad, interés por conocer nuevos tratamientos, etc.

c. Relación Médico- Paciente y los Enfoques de Interacción

Por relación médico-paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y/o prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico (Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud- SUNASA).

Características de la relación médico-paciente

- Es una relación interhumana.
- Participan elementos como la comunicación: Verbal y no verbal.
- Implica actitudes y expectativas: individuales y de la sociedad.
- Implica el respeto de deberes y derechos.

La interacción y la calidad de ésta relación ha cambiado, considerablemente a lo largo de los años.

El siguiente cuadro muestra la evolución del concepto de la relación Médico-Paciente:

1951 Sociólogo Talcott Parsons

Describía al rol del paciente como PASIVO

Szazs y Hollender

3 TIPOS DE RELACIÓN:

- Activo- Pasiva (el médico tiene todo el poder)
- Consejo- Cooperación (Médico da directrices y el paciente coopera)
- Participación mutua (activa participación entre médico y paciente, los pacientes adquieren mayor responsabilidad acerca de su cuidado)

1992 Emanuel

Paternalista
Deliberativa
Interpretativa
Informativa

Al igual que el cambio en los derechos, existe un mayor interés por la persona y que se estudia como una entidad Bio-Psico-Social, en la cual hay que evaluar y analizarla, teniendo respeto por todos los ámbitos de ésta. Es por eso que a medida que avanzaban los años, la Relación-Médico paciente puso mayor énfasis en el Paciente, haciendo un Modelo centrado en el paciente.

Es de éste primer interés que se avanza aún un paso más y se promueve la participación del paciente y de su médico (ya que él tiene el conocimiento teórico y la experiencia como para brindar aportes valiosos a las decisiones del paciente).

La toma de decisiones compartidas se ha descrito dentro de un espectro de interacción médico paciente.

Charles et al considera tres actividades principales que determinan la RMP.

- a) Transferencia de información.
- b) Deliberación.
- c) Decisión de tratamiento

De estas tres actividades se obtienen los siguientes enfoques de relación:

Enfoque	Paternalista	Médico como agente perfecto	Toma de Decisiones Compartidas	Informado
Dirección y cantidad del flujo de información acerca de opciones	Médico  Paciente	Médico  Paciente	Médico  Paciente	Médico  Paciente
Dirección y flujo de información acerca de valores y preferencias	Médico  Paciente	Médico  Paciente	Médico  Paciente	Médico  Paciente
Deliberación	Médico	Médico	Médico, Paciente	<i>Paciente</i>
Quien decide	Médico	Médico	Médico, Paciente	<i>Paciente</i>
Consistente con los principios de Medicina Basada en Evidencia	No cuando la decisión es puramente técnica y hay opciones disponibles	Si	Si	Si

Tabla. 1 Modificado por Montori et al. ADVANCED TOPICS IN MOVING FROM EVIDENCE TO ACTION(21), del modelo original de Charles et al.

En cada caso en particular puede haber distintas características de alguno de los 2 participantes que favorezcan algún u otro enfoque, o también hay muchos participantes (e.g. los médicos) que cambian el enfoque de acuerdo a las necesidades y preferencias de los pacientes, ya que hay pacientes que por el contexto social en el cual vivieron o las experiencias previas con un sistema de Salud deficiente, tengan muy pocas expectativas de la Relación Médico- Paciente

y prefieren participar en lo absolutamente indispensable, y que el Médico tome todas las decisiones y se las informe al paciente. En este tipo de casos, es más difícil poder virar el rumbo, y llevar la relación construida hacia un enfoque más participativo. Algunos aspectos que podrían hacer pacientes más participativos son: Nivel educativo más elevado, cobertura de los temas sanitarios en los medios de comunicación, cambios en la estructura de la familia y en los roles, mayor y mejor acceso a la información sanitaria de calidad, pero fácil de entender por toda la población, adopción del rol de usuario y de cliente-consumidor, que los Temas de Salud tomen mayor importancia en la agenda política del Gobierno, modificación de las expectativas existentes (de ambos participantes).

d. Beneficios

Diversos estudios se han dedicado a analizar el impacto que tiene la Toma de Decisiones Compartidas, con la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento, y la mejora en la Relación Médico- Paciente.

Los estudios de Greenfield y colaboradores(24), Kaplan et al.(25), Joosten et al.(26) (2008), determinaron grosso modo que los pacientes con participación más activa, capacidad de leer y acceso a información de mayor calidad acerca de su dolencia, tenían mejores resultados en los tratamientos crónicos, mejoraban su pronóstico y tenían mayor interés en continuar brindando sus aportes.

La toma de decisiones Compartidas es adecuada en situaciones en las que la intervención contiene más de una consulta y en decisiones a largo plazo, especialmente en enfermedades crónicas, aunque no por eso se desecha su uso en intervenciones de una sola sesión y de enfermedades de inicio agudo.

e. Facilitadores y Barreras para la Toma de Decisiones Compartidas

BARRERAS	1° Tiempo limitado.
	2° Falta de aplicabilidad debido a las características del paciente.
	3° Falta de aplicabilidad debido a las situaciones clínicas.
	4° Percepción que el paciente no desea realizar un modelo de toma de decisiones compartidas.
	5° No estar de acuerdo con preguntar a los pacientes que tipo de rol prefieren para la toma de decisiones.
FACILITADORES	1° Motivación de los profesionales de la salud.
	2° Percepción de que la TDC producirá un impacto positivo en el proceso clínico.
	3° Percepción de que la TDC producirá un impacto positivo en los resultados.
	4° Percepción de que la TDC es útil y factible.
	5° Preferencias de los pacientes encajan con el modelo de la TDC.
	6° Características del paciente.

Tabla 2. Facilitadores y Barreras para implementar un Modelo de Decisiones Compartidas
de Gravel et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perception (22)

Por mayor que sea el entusiasmo de alguno de los participantes de ésta relación, hay ciertas barreras que impiden que se llegue a la Esperada Toma de Decisiones Compartidas, una de las principales es el tiempo limitado de una consulta o sesión médica, en nuestro Medio un Médico tiene un turno de 6 horas en las cuales debe de atender a 25 pacientes lo que quiere decir que tiene 13,5 minutos por paciente lo que no permite un buen diálogo, ni examen físico exhaustivo, simplemente alcanza para un ping-pong de preguntas, luego de las cuales el médico debe resolver con qué tratamiento mandar a casa al paciente. La falta de aplicabilidad a las características del paciente, ya que en un mismo hospital o entidad de Salud hay pacientes con distinto grado de instrucción, de acceso a la información, de interés por el tema, barreras de idioma, etc. Además no todas las situaciones clínicas pueden ser usadas para aplicar éste enfoque, en un Servicio de Emergencias, los pacientes muchas veces llegan en estado crítico y los que toman rápidamente las decisiones vitales son los médicos, sin tomar en cuenta ninguna preferencia del paciente, ya que él no puede expresar sus deseos.

La edad, el lugar de nacimiento, la forma de crianza influyen en que muchas de estas personas desean que el médico se siga comportando de una manera paternalista y les dé las directrices de su tratamiento y que él tome las decisiones, ya que por miedo o por costumbre, depositan toda la confianza en el médico. Al igual que existen pacientes que no desean participar de un enfoque de toma de decisiones compartidas, existen muchos médicos que no desean éste modelo, ya que les quita importancia, les aumentaría el tiempo de consulta, tendrían que verse más involucrados con el paciente y tendrían que saber entregar información de calidad, como todo esto demanda esfuerzo; muchos desean quedarse con el enfoque antiguo, que es seguro y no demanda esfuerzo.

Dentro de los FACILITADORES a ésta relación la más importante es la motivación que tienen los médicos de hacer una relación en la cual los pacientes se vean más involucrados; además es la percepción de que un TDC producirá un efecto positivo; además de que el obvio efecto que éste tendrá en los resultados; los médicos jóvenes son los más entusiastas al momento de querer difundir ésta dinámica, porque consideran que es útil y factible, ya que no se necesita equipamiento, ni mayor infraestructura sólo la buena disposición de involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones.

¿Qué información deben recibir los pacientes?

Información que desean recibir los pacientes.

La relación médico-paciente es un encuentro entre “expertos”, basados en el intercambio de ideas que tienen en una consulta o cualquier tipo de atención médica: el médico experto en la enfermedad y el paciente experto en su dolencia. Por ese motivo, es de vital importancia el tipo de información que se proporciona al paciente, ya que él tiene preferencias en cuanto a los posibles tratamientos, aunque éstas pocas veces coinciden con las de sus médicos.

Las personas bien informadas son más conservadoras que los médicos, en el caso de tratamientos preventivos con medicamentos y en intervenciones quirúrgicas.

Los sesgos que se pueden generar en los pacientes al momento de recibir la información:

- **Percepción de la enfermedad:**

Los pacientes tienden a sobre-estimar su enfermedad y creer que es más grave de lo que es.

- **Coincidencia entre la información aportada y la recibida:**

Sesgo de optimismo es cuando las personas piensan que todas las cosas malas les pueden pasar a otros y no a ellos.

Sesgo de omisión y arrepentimiento sobrevaloran los riesgos, tienden a sub-valorar los riesgos asociados a una intervención.

Sesgo del consejero, es en la cual el que da la información tiende a dar información parcializada según su opinión.

4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Decisiones Compartidas en consultas acerca del tratamiento para cáncer de pulmón de células no pequeñas

Lifford, Rebecca Elizabeth (2012) Shared decision making in consultations about treatment for non small cell lung cancer.D.Clin.Psycholthesis, University of Leed

El cáncer de pulmón supone entre un 10 a un 15% de todos los nuevos casos de cáncer en el Reino Unido. Considerando que el tratamiento para Cáncer de Pulmón es un proceso complejo que involucra balancear el renunciar a la calidad o a la cantidad de vida. Las guías de tratamiento (NICE 2005) enfatizan que la decisión del tratamiento es un esfuerzo que debe ser hecho conjuntamente entre médicos y pacientes. La evidencia actual sugiere que involucrar a los pacientes en la toma de decisiones es beneficioso para los pacientes, y puede ser logrado a través de usar un modelo de decisiones compartidas. Es poco claro como las decisiones de tratamiento son actualmente tomadas en cáncer de pulmón y cuáles son los puntos de vista de los pacientes acerca del proceso.

El estudio actual apuntó a examinar al paciente, el acompañante y la interacción del médico dentro del ámbito de las decisiones compartidas en las consultas; explorar si la

toma de decisiones compartidas está presente; y en tercer lugar investigar la satisfacción del paciente con el proceso de toma de decisiones.

Se utilizó un diseño de método mixto de encuesta transversal. Se utilizó un método cualitativo para observar catorce consultas, que luego fueron analizados por el contenido usando un análisis temático. Se usó un cuestionario para averiguar las opiniones de los pacientes acerca de las consultas. Los datos fueron analizados usando estadística descriptiva.

Los hallazgos sugieren que las decisiones compartidas no fueron algo de rutina en la práctica médica actual. Diecisiete temas fueron extraídos acerca de la idea del paciente con cáncer de pulmón, discutiendo opciones de tratamiento y sus consecuencias, también aspectos relacionados al cuidado del paciente y las expectativas sociales. Las consultas se enfocaron principalmente en el intercambio de información, que no ocurría completamente. Los valores de los pacientes no fueron tomados en cuenta y los participantes no deliberaron en la decisión conjuntamente.

Las consultas ayudaron al paciente a entender el pronóstico, y la mejor dirección clínica a tomar y dar su consentimiento para hacerlo. A pesar de eso los pacientes no estuvieron activamente involucrados en la toma de decisiones. Si es que la toma de decisiones compartidas debe ser usado en la práctica clínica, la estructura de la consulta debe ser adaptada para crear un espacio para los apoyar a los pacientes a través de la deliberación de decisiones además de hablar acerca de opciones de tratamiento.

¿Quién debe tener el control?: Toma de decisiones compartidas

Saavedra, C; Aránguiz C, ¿Quién debe tener el control?: Toma de decisiones compartidas. Residentes Medicina Familiar Pontificia Universidad Católica de Chile 2011

Se realizó un estudio para evaluar el grado de preferencia, por control por el médico o compartido. Se reclutaron 20 médicos de medicina familiar o internistas y 135 pacientes. Médicos y pacientes completaron la escala PPOS previo a sus consultas.

Los 20 médicos elegidos fueron los 10 con más bajos y más altos puntajes en la escala de preferencia por el control. Quedaron 5 hombres y 5 mujeres en cada grupo.

Se grabó el audio de todas las consultas y 2 personas entrenadas las escucharon buscando códigos que reflejaran pacientes participantes (Ej: que preguntaban o expresaban

preocupaciones) y médicos incentivando a participar (Ej: preguntar opiniones, preguntar por dudas, etc).

RESULTADOS

- Los pacientes que prefieren compartir el control son más activos.
 - Los médicos tienden a compartir más el control con pacientes hombres.
 - La actitud activa del médico o del paciente es un predictor de la actitud del otro pero un 14% de la participación de los pacientes fue inducida por la actitud del médico y un 33% de la tendencia a compartir el control con el paciente por parte del médico fue en respuesta a pacientes activos.
- CONCLUSIONES** Los pacientes prefieren la toma de decisiones dirigida en algunas situaciones tales como las situaciones agudas, de extrema gravedad. Hay estudios que muestran que los pacientes más añosos y con menor nivel educacional y estrato socioeconómico también prefieren la toma de decisión dirigida, pero nosotras creemos que se debe intentar informar al menos y luego que el paciente decida si quiere que dirijan su decisión o que le ayuden o se negocie la mejor opción. La manera en que el médico se relaciona con su paciente puede ayudarlo a empoderarse y participar activamente en su tratamiento. Como médicos debemos recordar usar aquellas herramientas que nos permitan construir una relación de colaboración con nuestro paciente. No hay clara evidencia de que la toma compartida de decisiones sea una herramienta potente para lograr una mejor adherencia, satisfacción y percepción de salud, creemos firmemente que esto puede deberse a falta de estudios al respecto puesto que existe un gran número de estudios que muestran como la adherencia mejora con ciertos tipos de relación médico paciente y estrategias, como considerar la perspectiva del paciente. El control en la relación médico - paciente se influencia mutuamente y la actitud participativa de uno incentiva al otro a participar aún más. Quien tiene el control depende del paciente, del médico, de la comunicación y relación que se establezca, de sus creencias y por supuesto del escenario en que todo esto se desarrolle.

La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de Atención Primaria

Peralta Munguía, Lucía, Tesis Doctoral, Universidad de Cantabria. 20-12-2010, ISBN 9788469407332

OBJETIVOS: Valorar en qué medida y como se lleva a cabo la Implicación del Paciente en la Toma de Decisiones (IPTD) en las consultas de Atención Primaria (AP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de tipo descriptivo y multicéntrico realizado en Centros de Salud de AP de 5 provincias tanto urbanos como rurales.

Se seleccionaron de forma aleatoria 97 médicos de familia, se video-grabaron un total de 658 pacientes que acudían a sus consultas, tanto por problemas de salud agudos como crónicos (una media de 6 pacientes por médico). Un observador validado y entrenado en la escala CICAA-D (escala de 17 ítems con puntuación 0-2, previamente validada para medir IPTD) analizó las grabaciones. **RESULTADOS:** Se analizaron 638 encuentros clínicos; en 387(61%) no se apreció una IPTD. En 251(39%), se detectaron distintos grados de IPTD, de los cuales 161(64%) fueron etiquetados como “toma de decisiones participada” y en el resto 90 (36%) como “toma de decisiones compartida”. Se apreciaron diferencias significativas ($p < 0,001$) entre las puntuaciones globales del CICAA-D, en las entrevistas no participativas (media: 6,3), participativas (media: 9,8) y “compartidas” (media: 14,8) **CONCLUSIÓN:** En la práctica observamos que la IPTD puede tener lugar a diferentes niveles: el “participado” (limitado a la discusión de una única opción de tratamiento) y el “compartido” (suele haber más de una opción). La participación de los pacientes en nuestras consultas, tanto en la toma de decisiones participadas como compartidas, es escasa. Las habilidades comunicativas que el médico emplea son mayores dependiendo del grado de implicación que tenga lugar en la consulta.

Validación del modelo de decisiones compartidas en el contexto de un paciente con dolor en el pecho de posible origen cardíaco que se presenta en el servicio de Emergencia

Flaws, Dylan Finlay. Validation of the shared decision-making model in the context of a patient presenting to the emergency department with chest pain of possible cardiac origin. University of Canterbury. 2009

El motivo de ésta tesis era el de investigar la factibilidad de la toma de decisiones médicas compartidas. Si los médicos contribuirán a un proceso de decisiones compartidas, ellos necesitarán comunicar información imparcial a sus paciente y de una manera clara. Aun así los médicos necesitarán brindar alguna forma estimada de riesgo cuantitativo. Ellos estimaron la probabilidad de que un paciente con dolor en el pecho pueda tener un Síndrome Coronario Agudo. Los detalles de los pacientes fueron ingresados en un calculador de riesgo clínico estructurado y los resultados fueron comparados. Se encontró que a pesar de que ambos métodos tuvieron un poder predictivo comparable, la

estimación de los médicos no se correlacionaron bien con el estimado estructurado. Esto sugiere que los médicos no utilizan un riesgo estimado cuantitativo. Hallándose que la correlación entre la estimación de riesgos aumentaba a medida que más investigaciones se realizaban. A pesar de eso, ninguna estimación podía predecir estos resultados. Se planteó la hipótesis de que los médicos utilizaban un proceso de decisiones dicotómico. Así, como los resultados positivos y negativos disminuían el grupo de riesgo intermedio y rellenaban los grupos de alto y bajo riesgo, la correlación entre los métodos aumentó. Se concluyó que un proceso de decisiones dicotómico proporcionarían un obstáculo considerable a un proceso de decisiones compartidas, ya que limitaría la comunicabilidad del proceso de toma de decisiones de los médicos. Pero los beneficios potenciales de las decisiones compartidas fomentan a que futuros investigadores encuentren la manera de superar éste obstáculo.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general:

- Evaluar el nivel de Información y las actitudes que tienen los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre “toma de decisiones compartidas”.

5.2. Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de información que tienen los internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María sobre “toma de decisiones compartidas”.
- Averiguar las actitudes de los internos de Medicina de la UCSM sobre toma de decisiones compartidas.
- Saber la opinión de los internos de medicina acerca de implementar un modelo de TDC en nuestro medio.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación

- **Técnicas:** Encuesta tipo cuestionario
- **Instrumentos**
 - o Descripción de Médicos: son 5 casos hipotéticos de Médicos que tienen distintas maneras de actuar frente a situaciones comunes del quehacer médico. (Anexo II.1)
 - o Cuestionario: se evalúa el nivel de información y las actitudes que tienen los internos de medicina de la UCSM. (Anexo II.2)
 - o Consentimiento Informado del encuestado, para participar de la investigación. (Anexo II.3)
- **Materiales de Verificación**
 - o Cuestionario
 - o Impresión de los instrumentos
 - o Material de escritorio
 - o Computadora portátil
 - o Sistema Operativo Windows 7
 - o Paquete Office 2010 para Windows
 - o Programa SPSS para Windows v.18

2. Campo de Verificación:

2.1. Ubicación Espacial:

El estudio se llevará a cabo con los Internos de Medicina Humana de la UCSM de las siguientes entidades de Salud:

- Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo.
- Hospital III Yanahuara - EsSalud.

- Hospital Goyeneche.
- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
- Hospital Militar Regional - Arequipa.
- Hospital de Policía - Arequipa.
- Clínica San Juan de Dios.
- Clínica Arequipa.
- Hospital Dos de Mayo- Lima
- Hospital de EsSalud- Juliaca
- Hospital Base Edgardo Rebagliati Martins- Lima

2.2. Ubicación Temporal:

Este estudio, al ser transversal se llevará a cabo durante los meses de Noviembre y Diciembre del 2012

2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de estudio estarán conformadas por los datos brindados por los participantes, en los cuestionarios.

2.3.1. Población

La población se encuentra conformada por los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María en los Hospitales de Arequipa durante el año 2012.

Una totalidad de 104 internos.

2.3.2. Muestra y Muestreo

El presente estudio pretende hacer la investigación en la población total por lo que no se requiere de hacer un muestreo.

2.4. Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Interno de Medicina que haya comenzado su internado en Enero del 2012, y que se encuentre cursando su último año.
- Interno de Medicina que haga su internado en cualquiera de los hospitales antes mencionados.

- Criterios de Exclusión

- Interno de Medicina que se niegue a participar del estudio.

3. Estrategia de Recolección de Datos

3.1. Organización

Una vez aprobado el proyecto de tesis comenzar con el envío de solicitudes y permisos a los Directores de los Hospitales donde se les encuestará a los Internos de Medicina para la autorización correspondiente.

Se identificará a los Internos de Medicina de los hospitales en estudio en su horario y momentos de descanso para realizarles las encuestas y proceder a tomárselas con el permiso o consentimiento previo del interno.

Una vez realizado esto en toda la población en estudio, se procederá a la transcripción a una base de datos para su posterior análisis.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Natalia Lucíadel Carmen, LizárragaTamayo

Asesor: Dr. Germán Javier Málaga Rodríguez, Maestro en Medicina

- Jefe servicio de Medicina Interna Hospital Nacional Cayetano Heredia
- Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia

3.2.2. Recursos Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos
- Cuestionarios impresos + anexo de descripción
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio.

3.2.3. Recursos Financieros

- Recursos dela propia autora.

3.3.3. Validación de los instrumentos

Desarrollo del cuestionario

- El cuestionario en este estudio fue creación propia, basado en cuestionarios de la literatura, se encuentra dividido en 3 secciones:
 1. Características de los estudiantes (edad, sexo)
 2. Evaluación del nivel de información que tienen los internos de medicina sobre Toma de Decisiones Compartidas.

3. Descubrir las actitudes que tienen los internos de medicina acerca de la Toma de Decisiones Compartidas.

Validación del instrumento

Se utilizó al comienzo la encuesta estructurada para 4 pruebas piloto. Esta se aplicó a 10 estudiantes de 6to año de la Facultad de Medicina de la UPOCH y/o médicos residentes de especialidades clínicas del Hospital Nacional Cayetano Heredia con el propósito de probar la metodología asumida y evaluar la claridad y comprensión de las preguntas por los entrevistados, de encontrarse problemas se realizaron los cambios respectivos y se procedió a realizar una segunda prueba piloto.

3.3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.3.4.1. A nivel de la recolección

Las encuestas se manejarán de manera anónima asignando un código a cada participante y a cada encuesta, ya sea la ficha de recolección de datos o el cuestionario.

3.3.4.2. A nivel de la sistematización

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

3.3.4.3. A nivel de estudio de datos

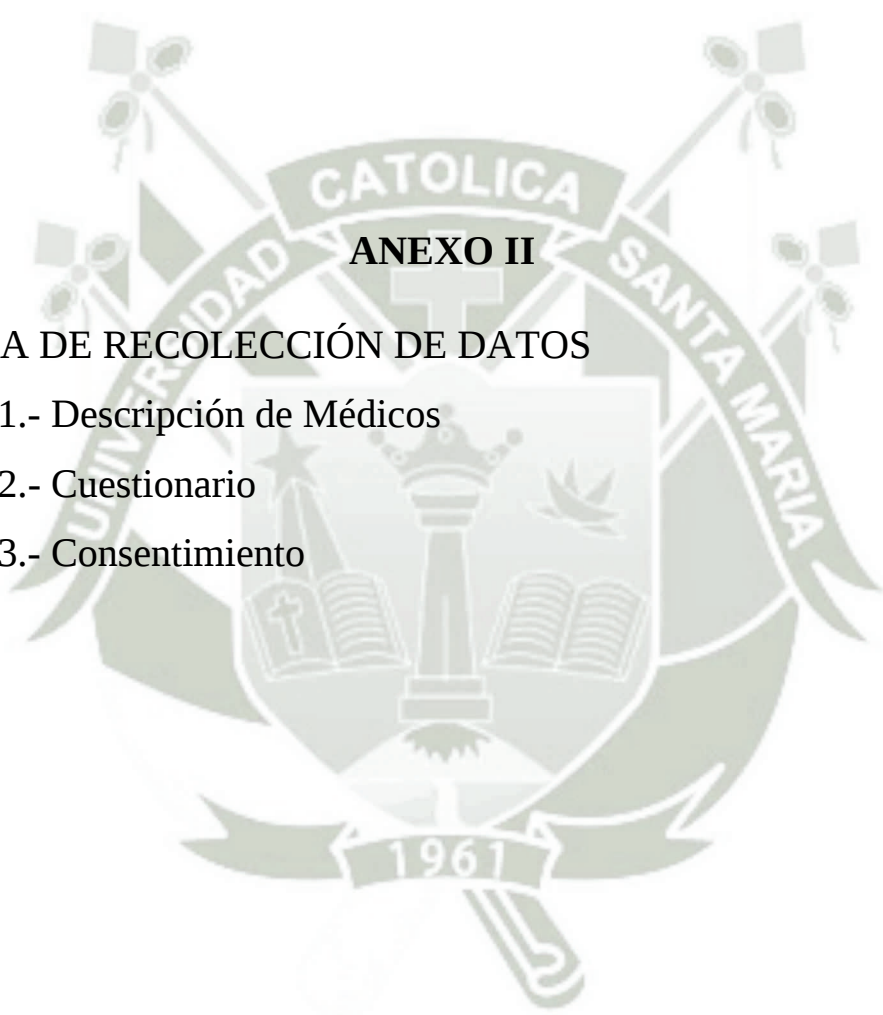
En las preguntas con opción múltiple donde se solicitó marcar una respuesta, si el estudiante marcó más de una opción, esta no será considerada para el análisis. No hay respuestas correctas o

incorrectas por eso es un estudio descriptivo, se analiza e interpreta lo encontrado sin dar opinión ni juzgar acerca de los resultados.

Para analizar los resultados, se realizará un análisis de las respuestas con índices estadísticos no paramétricos. Se utilizarán índices que describen la distribución de las respuestas (p.e. varianza de la respuesta), índices que describen el grado de relación entre la respuesta y criterios internos y externos, y finalmente índices que reúnan los dos aspectos anteriores. Se utilizaran las pruebas de chi cuadrado y t de student.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Julio 2012	Agosto- Noviembre 2012	Noviembre Diciembre 2012	Enero 2013
Protocolo	X			
Revisión bibliográfica	X			
Creación del instrumento		X		
Piloto		X		
Recolección de datos + codificación			X	
Análisis de resultados				X
Redacción del artículo + revisión final				X



ANEXO II

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1.- Descripción de Médicos
- 2.- Cuestionario
- 3.- Consentimiento

MÉDICO 1

- El medico da información al paciente sobre la opción de tratamiento elegida.
- El médico no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento
- El médico decide un tratamiento que él considere idóneo y se lo prescribe al paciente.

MÉDICO 2

- El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios
- El médico no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento
- El médico sin indagar más sobre las preferencias del paciente, le dice que debido a que el paciente conoce sus propios valores y preferencias, el paciente es la mejor persona para tomar la decisión y que, por lo tanto, el paciente debe decidir

MÉDICO 3

- El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento, beneficios, riesgos, y las discute con el paciente
- El médico explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento
- Con todos estos elementos el médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente

MÉDICO 4

- El médico da información básica acerca de las diversas opciones de tratamiento.
- El médico no explora los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento
- El médico decide el tratamiento apropiado y se lo prescribe al paciente, informándole sobre sus beneficios y riesgos.

MÉDICO 5

- El médico da información acerca de las diversas opciones de tratamiento y sus riesgos y beneficios, y las discute con el paciente.
- El medico invita a que el paciente comente lo que el paciente sabe sobre estas opciones.
- El médico invita al paciente a explorar juntos las opciones de tratamiento en vista de los valores y preferencias del paciente con respecto al tratamiento
- Paciente y médico deciden un tratamiento apropiado

CUESTIONARIO INTERNOS DE MEDICINA 2012

Esta encuesta busca estudiar las preferencias y percepciones que usted tiene respecto a la toma de decisiones durante la consulta médica con el paciente ambulatorio u hospitalizado. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria. Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas.

*Para responder a las siguientes preguntas, por favor mire los ejemplos de la “hoja 1”. Cada ejemplo representa una manera diferente de cómo se puede tomar una decisión con el paciente, considerando que existe más de una opción razonable de tratamiento. Ahora piense en sus prácticas del internado y marque **SÓLO UNA OPCIÓN**.*

1. ¿Con qué médico se identifica USTED más en la práctica diaria?

Médico 1	Médico 2	Médico 3	Médico 4	Médico 5
----------	----------	----------	----------	----------

2. ¿A qué médico se parece más la mayoría DE DOCENTES con los que trabaja?

Médico 1	Médico 2	Médico 3	Médico 4	Médico 5
----------	----------	----------	----------	----------

3. ¿Cómo qué médico le GUSTARÍA A USTED ACTUAR?

Médico 1	Médico 2	Médico 3	Médico 4	Médico 5
----------	----------	----------	----------	----------

4. A continuación se presentan diferentes situaciones, donde existe más de una opción de tratamiento razonable, en las cuales se puede tomar una decisión de manera distinta.

Según su opinión, señale el número del ejemplo según la ANEXO, que represente cómo piensa que se debería tomar la decisión en cada situación.

(Marque en el recuadro “1”, “2”, “3”, “4” o “5”)

	Ejemplo
a) Con un paciente analfabeto	
b) En una consulta con tiempo restringido	
c) En la emergencia, con un paciente estable	
d) Con un paciente hospitalizado	
e) Con un paciente con diagnóstico de depresión	

f) Con un paciente mayor de 70 años, sin deterioro cognitivo	
g) Con un paciente con enfermedad terminal	
h) En un ambiente con mucho ruido e interrupciones	
i) Con un paciente quechua-hablante, acompañado de un familiar como traductor	
j) Con un paciente de bajos recursos económicos	
K) Con un paciente con hipocondría	

5. ¿Usted cree que se pueda implementar un modelo de toma de decisiones como el ejemplo 5 (Anexo) en nuestro medio?

- Sí ☐

- No ☐

Por favor fundamente su respuesta.

6. ¿Alguna vez ha recibido educación teórica en “SharedDecisionMaking” o “Toma de Decisiones Compartidas”?

- Sí ☐

- No ☐

En caso de que haya marcado “Sí”, responda en dónde:

- a) Congresos
- b) Cursos de la universidad
- c) Cursos externos
- d) Otros: _____

7. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento práctico en “SharedDecisionMaking” o “Toma de Decisiones Compartidas”?

- Sí ☐

- No ☐

En caso de que haya marcado “Sí”, responda en dónde:

- a) Congresos
- b) Talleres de la universidad
- c) Talleres externos
- d) Otros: _____

Edad:

Sexo: F M

Nombre del hospital/clínica donde realizó la mayor parte de su internado- ciudad:



Consentimiento a participar del estudio

Soy Natalia Lizárraga Tamayo, estudiante de Medicina de la Universidad Católica de Santa María. Te invito a participar del estudio de investigación **titulado “Nivel de Información y actitudes de los internos de medicina sobre la toma de decisiones compartidas (shareddecisionmaking)”**.

A continuación se te proporcionará una encuesta, la cual busca estudiar los conocimientos y las percepciones que tienes respecto a la toma de decisiones médicas con el paciente. La información recolectada posiblemente servirá para realizar intervenciones con el fin de mejorar ciertos aspectos de la relación médico paciente. Es totalmente anónima y su participación es absolutamente voluntaria, no habiendo beneficios económicos ni riesgos o perjuicios por formar parte del estudio. No se manejará información personal sobre cada participante, por lo que cualquier evidencia de esta será eliminada (nombres completos, correos electrónicos, etc.) una vez concluido el estudio.

Recuerde, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Firma del Encuestado

Nombre:



ANEXO III
Matriz



N°	EDAD	SEXO	HOSPITAL	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	A14	I2	ONDE	I3	ONDE
			1: Goyeneche																		
			2: Hospital Policia																		
			3: Hospital Regional Militar																		
			4: Hospital Regional Honorio Dergado																		
			5: Clínica San Juan de Dios																		
			6: Clínica Arequipa																		
			7: Hospital Yanahuara																		
			8: H. Nacional Carlos Alberto Seguin Est																		
			9: Hospital 2 de Mayo- Lima																		
			10: ESSalud Juliaca																		
			11: H. Nacional Edgardo Rebagliati Mar																		
1	24	2		1	3	1	3	1	2	3	1	2	3	1	1	3	1	2		2	2
2	24	1		1	3	1	3	4	4	1	3	5	3	5	4	1	4	1	2	2	2
3	24	2		1	4	1	3	1	1	3	4	5	3	5	1	2	3	3	2	2	2
4	25	1		1	3	1	3	5	5	4	4	3	2	5	5	5	2	2	2	2	2
5	26	1		1	5	3	3	3	3	2	2	1	3	2	2	2	3	2	1	2	2
6	25	2		1	3	3	3	1	4	2	3	3	2	2	4	3	4	2	2	2	2
7	25	1		1	3	1	3	2	1	1	3	1	2	3	1	3	5	1	2	2	2
8	25	2		1	1	2	1	2	1	1	3	3	1	5	1	1	3	3	2	2	2
9	23	1		1	4	5	3	1	4	3	2	3	2	1	4	3	3	2	2	2	1
10	23	2		1	3	2	5	5	3	1	5	5	5	3	3	1	1	2	2	2	3
11	23	1		1	3	2	5	2	3	3	5	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2
12	24	2		1	3	1	5	3	3	3	5	3	4	3	3	4	4	2	2	2	2
13	25	2		1	3	3	4	1	2	3	3	1	3	5	2	1	3	1	1	2	2
14	25	2		1	3	3	5	3	3	3	5	3	5	3	3	3	3	5	2	2	2
15	23	2		1	3	1	4	1	3	5	4	3	3	5	2	1	3	3	2	2	2
16	25	1		1	3	1	3	1	3	5	5	5	4	4	3	2	5	5	2	2	2
17	23	2		1	3	1	3	5	5	5	4	4	3	2	5	5	5	2	2	2	2
18	26	1		1	3	1	3	2	1	1	3	1	2	3	1	3	5	1	2	2	2
19	26	1		1	3	4	5	3	4	4	5	5	5	3	3	3	3	1	2	2	1
20	25	2		1	3	2	5	2	3	3	5	3	3	4	4	4	4	2	2	2	2
21	25	2		1	3	4	5	1	1	4	5	5	3	5	1	1	3	3	2	2	2
22	25	2		2	3	1	5	3	3	4	5	3	4	3	3	4	4	2	2	2	2
23	24	1		2	3	4	5	1	4	3	5	4	5	3	1	5	5	1	1	2	2
24	27	2		2	1	2	1	1	3	2	1	5	5	2	1	3	4	2	2	2	2
25	26	1		2	2	3	2	1	3	5	4	2	4	3	1	5	1	2	2	2	2
26	24	2		2	4	3	5	1	1	3	5	1	4	5	3	4	3	1	2	2	2
27	23	1		2	3	2	5	1	2	1	5	5	3	1	3	5	5	2	2	2	2
28	27	1		2	3	2	3	1	2	3	4	1	2	3	4	3	4	1	2	2	2
29	26	1		2	3	2	3	1	1	1	3	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2
30	26	2		2	3	2	3	1	1	1	3	1	3	5	3	3	2	1	2	1	4
31	28	2		2	3	2	3	1	1	1	3	1	3	5	3	3	2	1	2	2	2
32	27	1		2	4	4	5	4	4	3	3	5	4	5	1	4	4	4	2	2	2
33	26	1		3	4	3	5	5	3	4	4	2	3	1	3	5	4	1	1	2	2
34	25	2		3	4	4	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5	5	1	2	2	2
35	28	2		3	5	4	5	5	3	3	4	3	4	5	3	4	3	2	1	2	2
36	25	1		3	5	4	5	1	1	1	2	3	4	5	1	3	3	5	1	2	2
37	24	2		3	3	2	1	1	3	2	4	2	4	3	5	1	2	4	1	2	2
38	27	2		3	1	1	4	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	2
39	24	1		3	3	2	5	1	2	5	5	2	5	5	1	2	3	1	1	2	2
40	26	2		3	4	3	4	2	1	3	2	2	4	3	3	2	3	2	2	2	2
41	26	2		3	3	1	5	1	3	3	5	3	5	1	3	3	1	2	2	2	2
42	24	2		3	3	1	5	1	1	3	5	3	4	5	1	3	1	1	2	2	2
43	24	2		3	3	2	3	3	2	4	3	3	3	3	2	2	3	4	1	2	2
44	26	1		3	3	2	3	1	2	3	5	4	3	2	3	4	2	3	1	2	2
45	24	1		3	3	1	3	3	3	1	3	1	5	5	1	3	5	5	1	2	2
46	27	1		3	3	2	3	1	1	4	3	1	3	1	1	1	4	2	2	2	2
47	26	1		3	4	4	5	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	2	2	2	2
48	23	1		4	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	2	4	3	2	1	2	2
49	22	2		4	4	1	5	1	1	5	4	2	3	5	1	1	5	1	2	2	2
50	24	1		4	4	1	5	1	3	2	5	1	5	5	1	3	3	1	2	2	2
51	24	2		4	3	1	4	1	1	2	3	1	2	1	1	1	4	1	2	2	2
52	24	1		4	5	1	5	3	5	3	5	5	5	5	5	5	5	1	2	2	2
53	23	2		4	4	2	5	1	4	4	5	3	3	5	3	3	3	1	1	2	2
54	25	1		4	4	1	5	4	3	5	5	3	3	3	4	5	5	5	1	2	2
55	24	1		4	4	3	5	1	1	2	5	3	4	5	3	5	5	3	1	2	2
56	25	1		4	4	1	3	3	1	1	3	4	3	5	1	3	1	1	2	2	2
57	24	1		4	3	2	3	1	4	3	3	4	3	5	1	1	3	4	2	2	2
58	23	2		4	3	1	5	1	5	4	1	3	2	2	1	5	5	5	2	2	2
59	24	2		4	3	1	5	3	2	3	5	2	4	5	2	3	3	1	1	2	2
60	23	2		4	3	2	5	1	1	4	3	3	4	4	3	5	1	1	2	2	2
61	24	2		4	5	3	5	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	2	2	2
62	25	1		4	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	3	1	3	1	2	2	2
63	25	2		4	3	2	5	3	4	3	5	3	3	3	3	5	2	3	1	2	2
64	24	2		4	3	1	3	1	1	1	3	1	3	5	1	5	3	1	1	2	2
65	26	1		4	2	1	5	1	2	3	5	4	3	5	1	3	3	1	2	2	2
66	24	2		4	3	1	5	3	2	4	5	2	4	5	1	5	2	1	2	2	2
67	24	1		4	3	4	3	3	2	1	3	1	3	5	1	3	3	1	2	2	2
68	23	1		4	3	1	3	4	1	3	3	4	3	5	3	3	3	1	2	2	2
69	24	1		4	3	3	5	4	2	2	5	2	4	5	2	4	3	1	1	2	2
70	26	2		4	1	2	5	3	3	3	5	4	4	5	1	2	3	1	2	2	2
71	24	2		4	1	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	3	2	2	2
72	24	2		4	3	2	5	3	2	1	5	3	4	5	2	3	3	4	2	2	2
73	24	1		4	5	3	5	3	3	3	3	5	5	3	3	3	5	2	2	2	2
74	25	2		4	3	1	3	3	3	3	5	5	5	5	3	3	5	1	2	2	2
75	23	1		4	1	3	5	3	4	4	3	2	2	5	4	4	2	1	2	2	2
76	23	2		4	5	4	5	1	4	4	3	5	4	5	1	4	4	4	2	2	2
77	25	1		4	3	4	5	4	4	4	3	5	3	5	1	4	3	4	2	2	2
78	25	1		5	5	2	5	1	4	5	5	4	3	5	3	3	4	2	1	1	3
79	25	1		5	3	2	5	3	1	2	5	5	3	3	2	3	5	5	1	2	2
80	23	2		5	3	3	5	4	3	3	5	3	5	4	4	3	4	1	2	2	