



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULO DE MÉDICO

Interacción verbal que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica particular de Loja establecen durante la consulta médica con pacientes estandarizados en el periodo julio 2012 a enero 2013

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Ochoa Luzuriaga, Jéssica Del Cisne

DIRECTOR: Doctor Henríquez Trujillo, Aquiles Rodrigo

LOJA - ECUADOR

2015



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Septiembre, 2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Doctor

Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo denominado: “Interacción verbal que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica particular de Loja establecen durante la consulta médica con pacientes estandarizados en el periodo julio 2012 a enero 2013” realizado por: Jéssica Del Cisne Ochoa Luzuriaga; ha sido orientado y revisado durante la ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Octubre 2015.

f) Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo

CI. 1720261641

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Jéssica Del Cisne Ochoa Luzuriaga declaro ser autora del presente trabajo de titulación: “Interacción verbal que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica particular de Loja establecen durante la consulta médica con pacientes estandarizados en el periodo julio 2012 a enero 2013”, de la titulación de medicina, siendo Aquiles Rodrigo Henríquez Trujillo director del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja, y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art.88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f.
Autora: Jéssica Del Cisne Ochoa Luzuriaga.
Cédula: 1104894090

DEDICATORIA

El presente informe de trabajo de fin de Titulación de Medico, que personifica todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico a todas las personas contribuyeron y a aquellas que se sienten, corresponsables y protagonistas en la construcción de este estudio que será beneficioso para mejorar los Patrones de interacción verbal durante la consulta médica y contribuirá en la formación de los estudiantes de la Titulación de Medico de la universidad Técnica Particular de Loja en un Futuro.

Dedicado a mis Amados Padres Ing. Ángel Ochoa y Licda. Silvana Luzuriaga y Hermanos Rita Ochoa Luzuriaga y Alex Ochoa Luzuriaga que han contribuido enorme mente con sus sabios y oportunos consejos para la culminación exitosa de este estudio.

AGRADECIMIENTO

A DIOS, forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado la fuerza y la sabiduría necesaria para llevar a feliz término este estudio y a que se culmine con éxito, y a mis Amados Padres Ing. Ángel Ochoa y Lcda. Silvana Luzuriaga y Hermanos Rita Ochoa Luzuriaga y Alex Ochoa Luzuriaga que ha sido mi apoyo incondicional para que este sueño se haga realidad.

A las Autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Titulación de Médico, y en especial al Dr. Rodrigo Henríquez, por su valiosa y acertada orientación en la realización y culminación de este trabajo de investigación.

Jéssica del Cisne

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN EJECUTIVO	1
ABSTRACT	2
1 INTRODUCCIÓN	3
2 OBJETIVOS	6
3 METODOLOGÍA	8
3.1 Tipo de estudio:	9
3.2 Universo:	9
3.3 Muestra:.....	9
Tipo de muestreo.....	9
3.4 Operacionalización de variables	10
3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos	14
3.6 Procedimiento:.....	14
3.7 Plan de análisis.....	16
4 RESULTADOS	17
4.1 Resultados Generales	18
4.1.1 Datos Demográficos del Estudio	18
5. DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	53

ÍNDICE DE TABLAS

	Páginas
Tabla 1: Distribución por edad de estudiantes que participaron en el estudio	18
Tabla 2: Distribución por sexo de estudiantes que participaron en el estudio.....	19
Tabla 3: Problemas principales de los pacientes estandarizados del estudio.....	20
Tabla 4: Duración de la consulta (min seg) de los pacientes estandarizados y participantes del estudio	21
Tabla 5: Evaluación de un problema identificado que requiere toma de decisión.....	22
Tabla 6: Evaluación de la presentación de opciones para manejar el problema.....	23
Tabla 7: Evaluación de la manera en que paciente prefiere recibir la información para ayudar a la toma de decisión	24
Tabla 8: Evaluación de la presentación de una lista de opciones para tratar el problema	25
Tabla 9: Evaluación de la explicación sobre las ventajas y desventajas de las opciones para tratar el problema.....	26
Tabla 10: Evaluación de la explicación las expectativas del paciente para tratar el problema...	27
Tabla 11: Evaluar como indaga las inquietudes del paciente para tratar el problema.....	28
Tabla 12: Evaluación si el paciente ha entendido la información.....	29
Tabla 13: Evaluación de las oportunidades de hacer preguntas durante la toma de decisión ...	30
Tabla 14: Evaluación de nivel preferido de participación del paciente durante la toma de decisión.....	31
Tabla 15: Evaluación de como el medico indica que hay que dar el paso de tomar una decisión	32
Tabla 16: Evaluación de como el medico indica la necesidad de revisar la decisión.....	33
Tabla 17: Evaluación de Enojo/Irritación	34
Tabla 18: Evaluación de Ansiedad/Nerviosismo.....	35
Tabla 19: Evaluación de Depresión/Tristeza	36
Tabla 20: Evaluación de Angustia emotiva/Perturbado	37
Tabla 21: Evaluación de Dominio/Asertividad	38
Tabla 22: Evaluación de Interés/Atención	39
Tabla 23: Evaluación de Amistad/Calidez	40
Tabla 24: Evaluación de Sensibilidad/Compromiso.....	41
Tabla 25: Evaluación de Comprensión/Amabilidad	42
Tabla 26: Evaluación de la Estructura de la Entrevista Médica	43

RESUMEN

Objetivo: El objetivo principal del estudio fue describir las características de la interacción verbal que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja establecen con sus pacientes durante la consulta médica.

Métodos: Se evaluó mediante la escala OPTION de Toma de Decisiones Participativa las grabaciones de audio de un grupo de consultas realizadas por estudiantes de pregrado de la titulación de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja a cuatro pacientes estandarizados capacitados para proporcionar información sobre condiciones médicas relacionadas con disuria, dispepsia o métodos de planificación familiar.

Resultados: Se recolectó y analizó 3 horas de audio, correspondientes a veinte consultas médicas realizadas por veinte estudiantes de pregrado. La calificación promedio obtenida en la escala OPTION fue de 4.05 de 48 puntos posibles, con una mediana de 2.0 (Q1-Q3= 0.0-6.5) y un rango de calificaciones entre 0 a 20 puntos. El 45% de los participantes tuvo una puntuación global de cero. Los mejores puntajes se obtuvieron en las consultas de planificación familiar y elección de método anticonceptivo ($p < 0.001$), con puntajes globales promedio de 7.9, mediana 6.5 (Q1-Q3= 4.0-10.0). No se observaron diferencias significativas entre los puntajes globales según sexo del estudiante.

Conclusiones: Los resultados de este estudio sugieren que la interacción verbal que los estudiantes de medicina establecen con sus pacientes durante la consulta médica no promueve la toma de decisiones compartida.

PALABRAS CLAVE: toma de decisiones compartida; habilidades de comunicación; participación de los pacientes; pregrado.

ABSTRACT

Objective: The main objective of the study was to describe the characteristics of verbal interaction that medical students of the Technical University of Loja establish with their patients during medical consultation.

Methods: It was evaluated using the OPTION scale Participatory Decision-Making audio recordings from a group of queries made by undergraduate students of the degree in medicine from the Universidad Técnica Particular de Loja four trained standardized patients to provide information on medical conditions related dysuria , dyspepsia or family planning methods .

Results: We collected and analyzed 3 hours audio, corresponding to twenty medical consultations for twenty undergraduate students. The average score on the OPTION scale was 4.05 out of 48 possible points, with a median of 2.0 (Q1- Q3 = 0.0-6.5) and a range of scores from 0 to 20 points. 45% of participants had an overall score of zero. The best scores were obtained from family planning consultations and choice of contraceptive method ($p < 0.001$), mean global scores of 7.9, 6.5 median (Q1- Q3 = 4.0-10.0). No significant differences between the overall scores were observed by sex of student.

Conclusions: The results of this study suggest that verbal interaction that provide medical students with patients during medical consultation does not promote shared decision making.

Keywords: shared decision making, communication skills, patient involvement; undergraduate.

1 INTRODUCCIÓN

La comunicación médico-paciente se reconoce como el elemento nuclear del acto médico. Por ello se ha reconocido la necesidad de enseñar y valorar las habilidades comunicacionales en las escuelas de pregrado de medicina, y durante los procesos de especialización y formación médica continuada (Moral, 2003).

A pesar del reconocimiento generalizado de la influencia de la mejora de la comunicación médico-paciente en los desenlaces relacionados con la salud de las personas, la enseñanza de habilidades de comunicación no ha sido sistemáticamente integrada en la mayoría de los planes de estudio médicos y no ha sido objeto de evaluación en las diferentes escuelas de medicina (Makoul, 2001). Por otra parte, son pocos los instrumentos de evaluación estandarizados para medir específicamente el desempeño comunicacional de los estudiantes de medicina (Rider, Hinrichs, & Lown, 2006)(Duffy et al., 2004).

Al realizar una revisión bibliográfica no se encontraron publicaciones que describan los patrones de interacción verbal que establecen los estudiantes de pregrado de medicina en Ecuador con sus pacientes. El presente estudio busca instaurar una línea de base que nos permita caracterizar el nivel de desempeño comunicacional de los estudiantes de medicina formados en la Universidad Técnica Particular de Loja como una herramienta que promueve la toma de decisiones participativa en la consulta médica. Esta línea de base servirá como insumo para orientar la implementación de actividades de formación en comunicación médico-paciente en el currículo de la escuela de medicina de la universidad. También se busca la implementación de sistemas de análisis de interacción que permitan estandarizar la evaluación de las habilidades de comunicación de los estudiantes.

La Atención centrada en el paciente ha llegado a ocupar un papel central en la atención de la salud y ahora constituye la base para los programas de educación médica en todo el mundo. (Pellerin, 2011 Agosto)

Llevar a cabo una consulta médica de manera dirigida y sistemática es sumamente importante para obtener la información necesaria que permite llegar a un diagnóstico correcto, un plan terapéutico “óptimo” para “este” paciente, y junto con

ello la adherencia al tratamiento. Todo este proceso depende en gran parte de la negociación y por ende de la calidad de comunicación.

OPTIÓN (acrónimo de "observación de la participación del paciente") es un instrumento elemento basado completado por evaluadores que evalúan las grabaciones de las consultas (audio o vídeo).

Ha sido desarrollado para evaluar lo que específicamente en el contexto de la práctica general de decisiones compartida, pero se utiliza en sentido genérico para su uso en todo tipo de consultas en la práctica clínica.

La escala opción está diseñada para evaluar el proceso general de toma de decisiones compartida. En resumen, se examina si los problemas están bien definidos, si las opciones son formulados, la información proporcionada, la comprensión del paciente y la preferencia de papel evaluado y decisiones examinados desde las perspectivas profesionales y de pacientes. (Glyn Elwyn, 2005)

2 OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir, mediante el uso de la escala OPTION de Toma de Decisiones Participativa, las características de la interacción verbal que los estudiantes de pregrado de la titulación de médico de la Universidad Técnica Particular de Loja establecen con sus pacientes durante la consulta médica.

Objetivos Específicos:

- Describir las características de la interacción verbal de los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja mediante, el uso de la Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION
- Evaluar el grado de afectividad y dominancia del diálogo entre el estudiante de medicina y el paciente mediante, el uso del Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS) Escala de Afecto Global
- Evaluar la estructura de la entrevista médica realizada por los estudiantes de medicina relacionados con la secuencia y duración de los diferentes segmentos de las entrevistas.

3 METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo observacional con enfoque cuantitativo en un periodo y secuencia de estudio de corte transversal con el objetivo de analizar las interacciones verbales que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja establecen durante una serie de consultas médicas con pacientes estandarizados.

3.2 Universo:

Se tomó como universo a los estudiantes de medicina de séptimo y noveno ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja que se encuentran cursando el integrado clínico, y tienen conocimientos teóricos y prácticos sobre consulta médica.

3.3 Muestra:

Tamaño de la muestra

Las muestras fueron: 20 estudiantes de medicina de séptimo y noveno semestres de la carrera de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja que se encuentran cursando en integrado clínico y tienen conocimientos teóricos y prácticos sobre consulta médica.

Tipo de muestreo

Por conveniencia (no probabilístico).

Criterios de inclusión

- Estudiantes de medicina de séptimo y noveno ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja y Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja que expresen el deseo de participar.
- Consentimiento Informado firmado.

Criterios de exclusión

- Expresar el deseo de no participar, y estudiantes de otros ciclos que no se encuentran cursando séptimo y noveno ciclo.

3.4 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN O ESCALA	INDICADOR
DEMOGRAFÍA			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona.	Años Cuantitativo	Edad en años cumplidos de los estudiantes al momento de la consulta.
Sexo	División biológica del ser humano.	Masculino Femenino Cuantitativo	1 = M 2 = F
Nivel Académico del estudiante	El nivel de instrucción de una persona es el grado más elevado de estudios realizados o en curso	Ciclo: Séptimo Noveno Cuantitativo	1 = Séptimo. 2 = Noveno .
ESCALA DE TOMA DE DECISIONES PARTICIPATIVA OPTION			
Atención a un problema	Forma en la que el médico aborda el motivo de consulta del paciente.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Manera de abordar un problema	Forma en la que el médico menciona al paciente las maneras de abordar el problema.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Información para el proceso de toma de decisiones	Forma en la que el médico evalúa la manera en que el paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Opciones al problema	Lista de alternativas de manejo que proporciona	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento.

	el médico al paciente respecto al problema consultado.		1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Condiciones de las opciones	Ventajas y desventajas de las alternativas proporcionadas al paciente.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Expectativas del paciente	Ideas del paciente para tratar su problema que son exploradas por el médico.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Inquietudes del paciente	Temores que siente el paciente para tratar su problema que son explorados por el médico.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Entendimiento del problema	El médico asegura que el paciente ha entendido la información respecto a su problema.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy

			alto.
Proceso de toma de decisión	Consiste en las oportunidades que da el médico al paciente de hacer preguntas al proceso de toma de decisiones.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Participación en la toma de decisiones	Nivel de participación del paciente en la toma de decisiones obtenido por el médico.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Concreción de la toma de decisiones	Indicaciones que da el médico al paciente para dar el paso a la toma de decisiones.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
Revisión de las decisiones	Indicaciones que da el médico al paciente para inspeccionar nuevamente las decisiones tomadas en la consulta médico respecto al tratamiento a seguir.	Escala Cuantitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento. 2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza. 3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel. 4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.
SISTEMA ROTER DE ANÁLISIS DE INTERACCIÓN (RIAS) ESCALA DE AFECTO GLOBAL			
Enojo/irritación	Categoría que sirve para medir el desagrado del médico o paciente.	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Ansiedad/Nerviosismo	Categoría que sirve para medir la intranquilidad del	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo

	médico		3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Depresión/Tristeza	Categoría que sirve para medir el estado de ánimo del paciente.	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Angustia emotiva/Perturbación	Categoría que sirve para medir el estado de ánimo del paciente	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Dominio/Asertividad	Categoría sirve para medir la afirmación con certeza del paciente y medico	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
interés/Atención	Categoría que sirve para medir el estado de atención del paciente y medico	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Amistad y Calidez	Categoría que sirve para medir el estado de amistad del paciente y medico	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Sensibilidad/Compromiso	Categoría que sirve para medir el estado de compromiso del paciente y medico	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
Comprensión/Amabilidad	Categoría que sirve para medir el estado de amabilidad del paciente y medico	Escala Cuantitativa	1 = Bajo 2 = Levemente bajo 3 = Moderadamente bajo 4 = Alto
ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA MÉDICA			
Inicio o apertura de la consulta	Incluye los saludos y cualquier pregunta del médico en relación a la razón de la visita. Este segmento concluye cuando las preguntas cerradas marcan la transición al segmento de historia médica	Escala Cuantitativa	1= Segundos 2= Minutos
Historia médica	Este segmento comienza cuando el médico da seguimiento a un tema específico o sigue una línea de preguntas acerca de los problemas médicos del paciente, las historias médicas personal y familiar, antecedentes médicos y tratamientos previos, u otros aspectos sicosociales o de estilo de vida. El segmento concluye con expresiones de Orientación del médico, que le indican al paciente que procederá a hacer el examen físico.	Escala Cuantitativa	1= Segundos 2= Minutos
Examen físico	Exploración física del	Escala Cuantitativa	1= Segundos

	paciente mediante procedimientos de inspección, auscultación, percusión o palpación, y el uso de auxiliares diagnósticos.		2= Minutos
Recomendaciones o consejos	Fase de emisión de un diagnóstico presuntivo o definitivo en torno al cual se estructurará el plan de manejo.	Escala Cuantitativa	1= Segundos 2= Minutos
Cierre o Finalización	Fase de negociación y planteamiento de acuerdos sobre el manejo del problema o problemas del paciente.	Escala Cuantitativa	1= Segundos 2= Minutos

3.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos

Métodos:

Como método de recolección de datos se utilizó la observación encubierta.

Instrumentos:

- Grabadoras MP3 de audio de las consultas médicas.
- Escala OPTION en español para toma de decisiones compartidas
- Escala de Afecto Global El Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS)

Métodos:

Como método de recolección de datos se utilizó la observación encubierta.

Instrumentos:

Grabadoras MP3 de audio de las consultas médicas.

Escala OPTION en español para toma de decisiones compartidas

Escala de Afecto Global El Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS)

3.6 Procedimiento:

Se realizaron consultas médicas por un total de 20 estudiantes de medicina de séptimo y noveno semestres de la Titulación de Medicina en un consultorio del Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Las consultas se planificaron de forma que no interrumpen las actividades académicas de los estudiantes.

Se identificaron a 20 estudiantes de medicina de séptimo y noveno semestre cuya participación fue completamente voluntaria, se garantizó que no habría penalización alguna si el estudiante decide no participar. Los estudiantes firmaron un consentimiento, y eran libres de retirarlo y poner fin a su participación en cualquier momento.

Las únicas indicaciones que recibieron fueron que se les asignaría un consultorio y pacientes reales para que realicen una consulta médica como deseen, estas no tenían interacciones correctas o incorrectas, y podían evitar cualquier pregunta que no quisieran realizarla.

Se seleccionó a cuatro pacientes estandarizados, estudiantes del grupo de Teatro de la Universidad Técnica Particular de Loja, y se proporcionó tres guiones en los que fueron entrenados para facilitar información a los estudiantes de medicina: planificación familiar, dispepsia, y cistitis aguda, siendo libres de responder espontáneamente a otro tipo de información solicitada por el medico según su conveniencia durante de la consulta.

Las consultas fueron pautadas para que tengan una duración de máximo 15 minutos.

La recolección de datos fue realizada por el investigador mediante una selección por conveniencia de una muestra de estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron consentimiento informado para participar. Sus respuestas durante la consulta, su información médica, y una copia firmada del consentimiento informado se mantuvieron bajo llave en los archivos del grupo de investigación.

Una vez que se autorizó la participación a cada participante se le asignó una hora determinada en la que se debió acercarse al Hospital de la Universidad Técnica Particular de Loja en donde realizó una consulta médica de máximo 15 minutos de duración, con un paciente estandarizado asignado. El audio de las consultas fue registrado con grabadoras MP3 que llevaron oculta los pacientes y que luego de finalizar la consulta entregaron a la investigadora.

Las grabaciones fueron analizadas con el uso de la Escala OPTION de Toma de Decisiones Participativa, Escala de Afecto Global, El Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS)

Posterior a esto, el resultado de todas las consultas médicas sirvió para determinar el rol de los estudiantes de medicina y los patrones de interacción verbal que establecen durante las consultas médicas.

3.7 Plan de análisis

Se elaboró una base de datos de los puntajes obtenidos por los estudiantes en la escala OPTION. Esta base fue analizada con el uso de Microsoft Excel® 2010 y Smith Statistical Package (SSP).

Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y proporciones. Las variables cuantitativas se describieron mediante medidas de tendencia central y dispersión según el grado de normalidad de la distribución de resultados. Se evaluó la asociación entre el puntaje global obtenido en la escala OPTION y el sexo de los estudiantes, y con el motivo de consulta. Los resultados se presentan como tablas o gráficos y se discute su significado en el texto.

4 RESULTADOS

4.1 Resultados generales

4.1.1 Datos Demográficos del Estudio

Tabla 1: Distribución por edad de estudiantes que participaron en el estudio

Edad	F	%
22	8	40,00
23	4	20,00
24	1	5,00
25	1	5,00
26	5	25,00
30	1	5,00
TOTAL	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

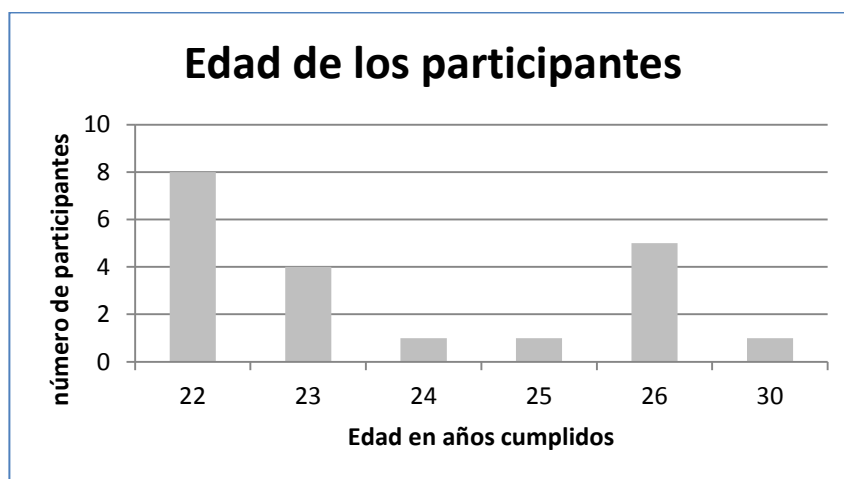


Imagen Nº 1 Distribución por edad de estudiantes que participaron en el estudio

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos – tomados a partir de la nómina de Estudiantes de medicina de Séptimo y Noveno ciclo de la Universidad Técnica Particular de Loja que se encuentran matriculados cursando integrado clínico y tienen conocimientos teóricos y prácticos sobre consulta médica - nos indican que en el estudio la edad más representativa es 22 años en 8 estudiantes(40%); la edad de 23 años en 4 estudiantes (17%); la edad de 24 años en 1 estudiante (4%); la edad de 25 años en 1 estudiante (4%); la edad de 26 años en 5 estudiantes (22%); la edad de 30 años que en1estudiante (4%).

Tabla 2: Distribución por sexo de estudiantes que participaron en el estudio

Sexo	F	%
Femenino	15	75,00
Masculino	5	25,00
TOTAL	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

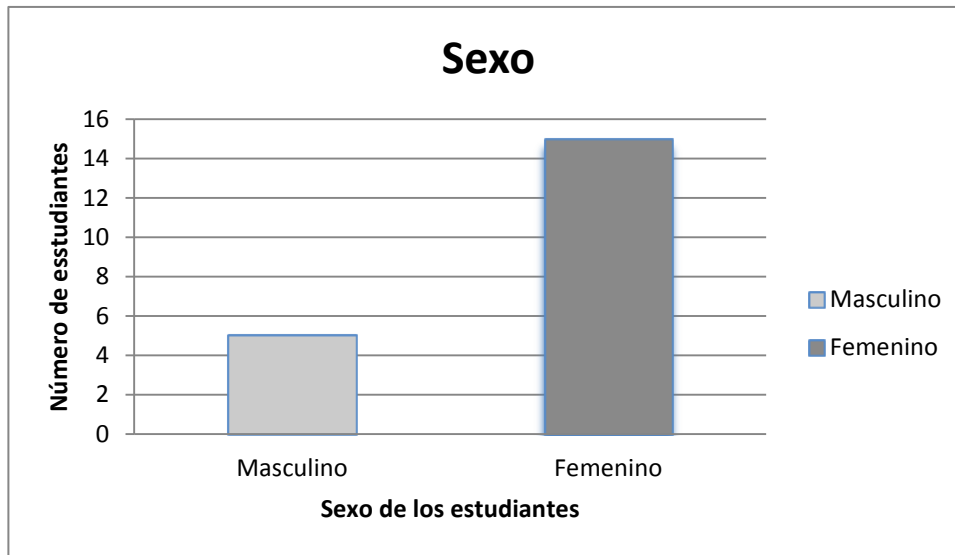


Imagen Nº 2 Distribución por sexo de estudiantes que participaron en el estudio

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

El estudio contó con la participación voluntaria en total de 20 estudiantes, 15 de sexo femenino (75%), 5 son estudiantes de sexo masculino (25%), de séptimo y noveno semestres de la carrera de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Tabla 3: Problemas principales de los pacientes estandarizados del estudio

Problema Principal	F	%
Planificación Familiar	10	50,00
Dispepsia	3	15,00
Cistitis	7	35,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

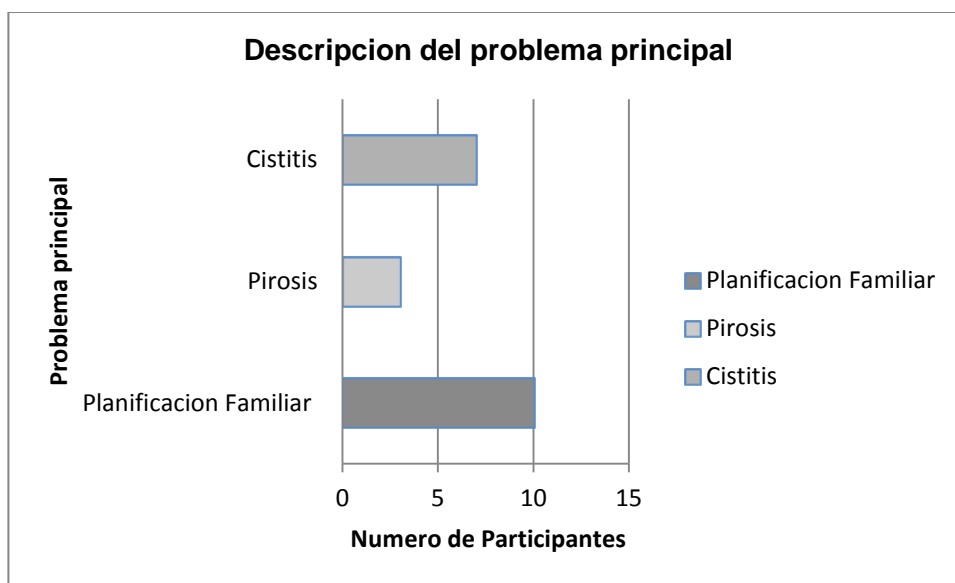


Imagen Nº 3 Problemas principales de los pacientes estandarizados del estudio

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que los principales problemas médicos que presentaron los pacientes estandarizados en la realización de las consultas médicas con los estudiantes de séptimo y noveno ciclo fueron de Planificación Familiar 50% (10 estudiantes), Pirosis 15% (3 estudiantes) y cistitis 35% (7 estudiantes).

Tabla 4: Duración de la consulta (min seg) de los pacientes estandarizados y participantes del estudio

Número de Consulta	Código Clínico	Duración de la consulta (min seg)
1	101	0:04:21
2	102	0:09:20
3	103	0:06:34
4	104	0:11:37
5	119	0:07:19
6	118	0:14:17
7	117	0:04:59
8	116	0:21:23
9	115	0:18:46
10	114	0:08:10
11	9002	0:05:23
12	9029	0:09:46
13	9010	0:03:20
14	7008	0:06:48
15	7051	0:05:19
16	7037	0:09:48
17	7036	0:04:12
18	7019	0:07:44
19	7012	0:09:18
20	7005	0:11:16
		Promedio: 0:08:59

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

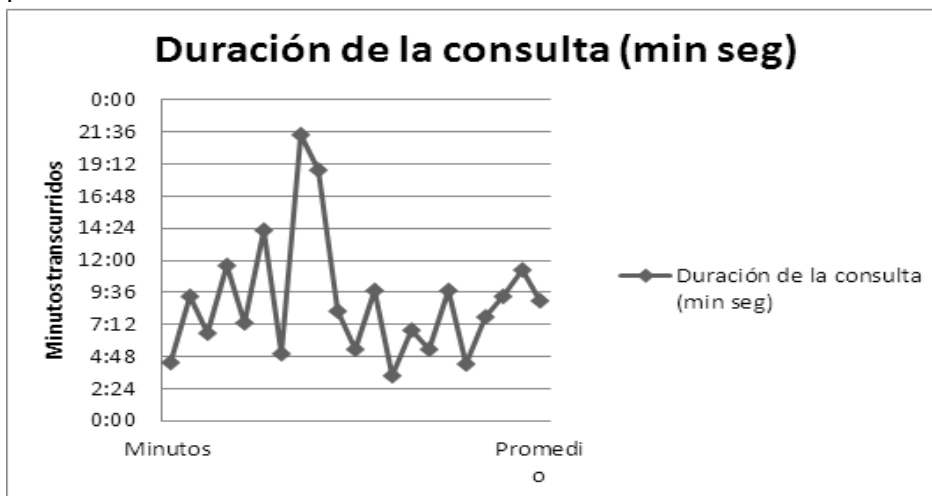


Imagen Nº 4 Duración de la consulta (min seg) de los pacientes estandarizados y participantes del estudio

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Se instruyó a los participantes para que las consultas tengan una duración como máximo de 15 minutos. La duración promedio de las consultas fue 08' 59". Todas las consultas oscilaron en un rango entre 03'20" y máximo 21'23". Si la consulta

duraba más de 20 minutos el equipo investigador daba la instrucción de interrumpir la misma.

1.1 RESULTADO Nº 1:

1.1.1 EVALUACIÓN CON ESACALA DE TOMA DE DECISIONES PARTICIPATIVA OPTION

Tabla 5: Evaluación de un problema identificado que requiere toma de decisión

1. El/la clínico/a llama la atención a un problema ya identificado que requiere un proceso de toma de decisión.		
Calificación	F	%
0	14	70,00
1	1	5,00
2	5	25,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

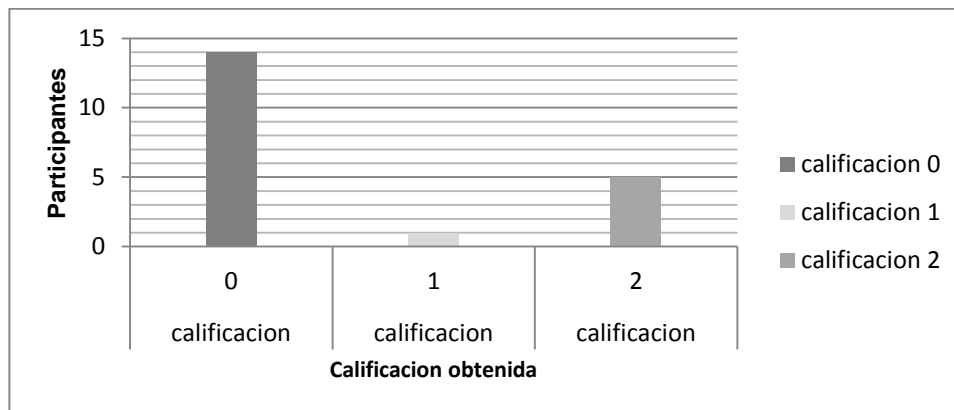


Imagen Nº 5 Evaluación de un problema identificado que requiere toma de decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 1 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a llama la atención a un problema ya identificado que requiere un proceso de toma de decisión.

Los datos expuestos nos indican que la calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 70% (14 estudiantes); de 1 en un 5% (1 estudiante) y de 2 en un 25% (5 estudiantes).

Tabla 6: Evaluación de la presentación de opciones para manejar el problema

2. El/la clínico/a menciona que hay más de una manera de tratar el problema ('equilibrio').		
Calificación	F	%
0	10	50,00
1	7	35,00
2	1	5,00
3	2	10,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

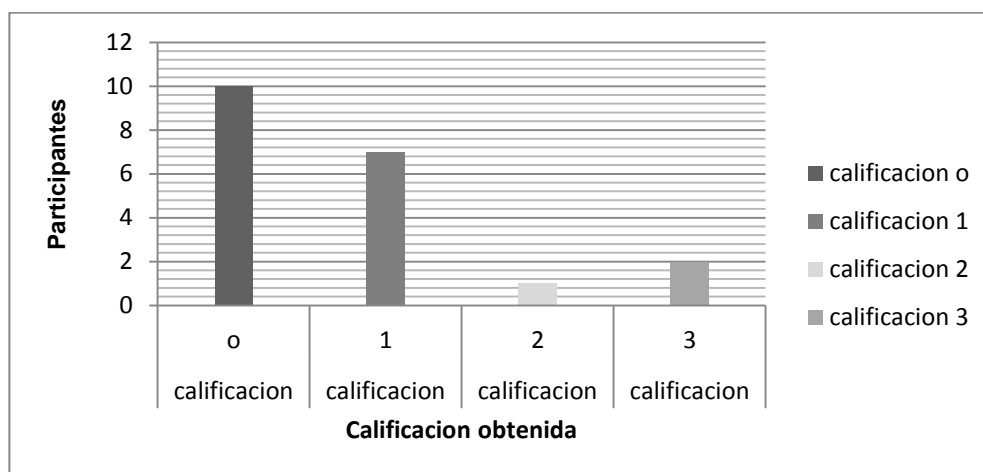


Imagen N° 6 Evaluación de la presentación de opciones para manejar el problema

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta número 2 de la Escala OPTION evalúa El/la clínico/a menciona que hay más de una manera de tratar el problema ('equilibrio').

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 50% (10 estudiantes); de 1 en un 35% (7 estudiantes) y de 2 en un 5% (1 estudiante), de 3 en un 10% (2 estudiantes) y de 4 en un 0% (0 estudiantes).

Tabla 7: Evaluación de la manera en que paciente prefiere recibir la información para ayudar a la toma de decisión

3. El/la clínico/a evalúa la manera en que el/la paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión (ej.: conversación, lectura de material impreso, evaluación de datos gráficos, uso de vídeos u otros medios).		
Calificación	F	%
0	15	75,00
1	2	10,00
2	1	5,00
3	2	10,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

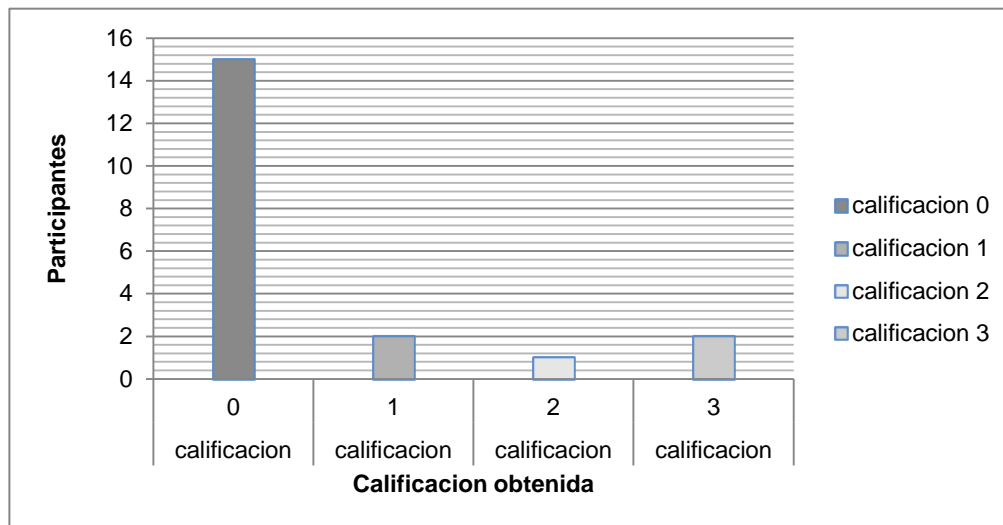


Imagen N° 7 Evaluación de la manera en que paciente prefiere recibir la información para ayudar a la toma de decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta número 3 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a evalúa la manera en que el/la paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión (ej.: conversación, lectura de material impreso, evaluación de datos gráficos, uso de vídeos u otros medios).

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 75% (15 estudiantes); de 1 en un 10% (2 estudiantes) y de 2 en un 5% (1 estudiante), de 3 en un 10% (2 estudiantes) y de 4 en un 0% (0 estudiantes).

Tabla 8: Evaluación de la presentación de una lista de opciones para tratar el problema

4. El/la clínico/a da una lista de 'opciones', incluyendo la posibilidad de 'no hacer nada.'		
Calificación	F	%
0	12	60,00
1	4	20,00
2	4	20,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

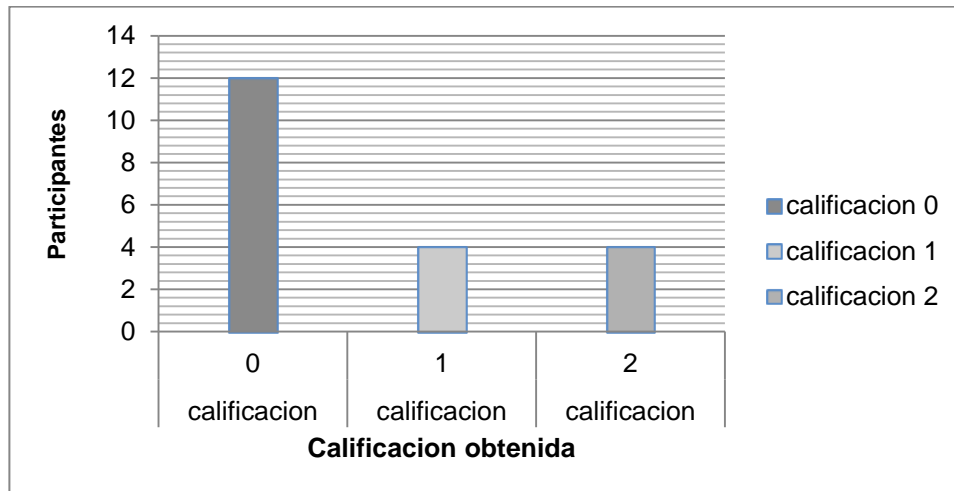


Imagen Nº 8 Evaluación de la presentación de una lista de opciones para tratar el problema

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 4 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a da una lista de 'opciones', incluyendo la posibilidad de 'no hacer nada.'

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 60% (12 estudiantes); de 1 en un 20% (4 estudiantes) y de 2 en un 20% (4 estudiantes).

Tabla 9: Evaluación de la explicación sobre las ventajas y desventajas de las opciones para tratar el problema

5. El/la clínico/a explica las ventajas y desventajas de las opciones al/la paciente (incluyendo 'no hacer nada' como una opción)		
Calificación	F	%
0	15	75,00
1	3	15,00
2	2	10,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

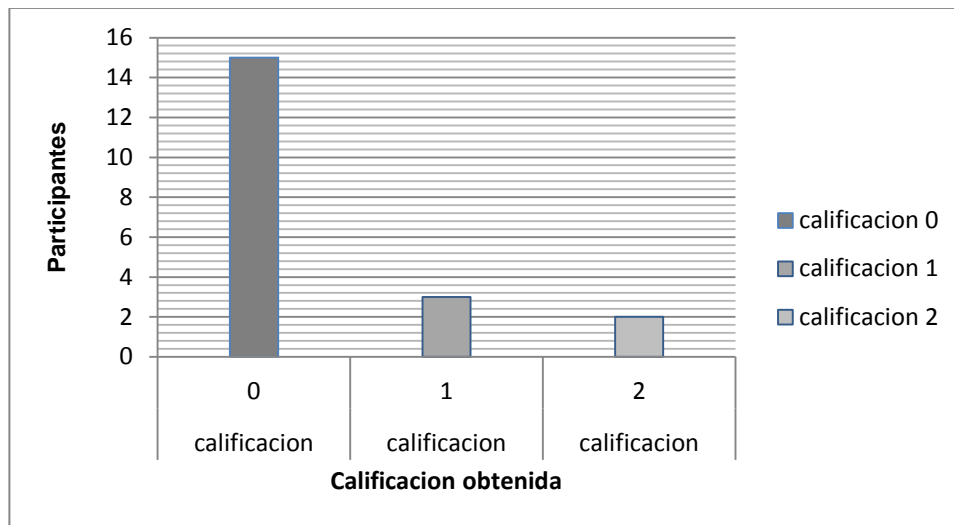


Imagen Nº 9 Evaluación de la explicación sobre las ventajas y desventajas de las opciones para tratar el problema

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 5 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a explica las ventajas y desventajas de las opciones al/la paciente (incluyendo 'no hacer nada' como una opción)

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 75% (15 estudiantes); de 1 en un 15% (3 estudiantes) y de 2 en un 10% (2 estudiantes).

Tabla 10: Evaluación de la explicación las expectativas del paciente para tratar el problema.

6. El/la clínico/a explora las expectativas (o ideas) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.		
Calificación	F	%
0	15	75,00
1	3	15,00
2	2	10,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

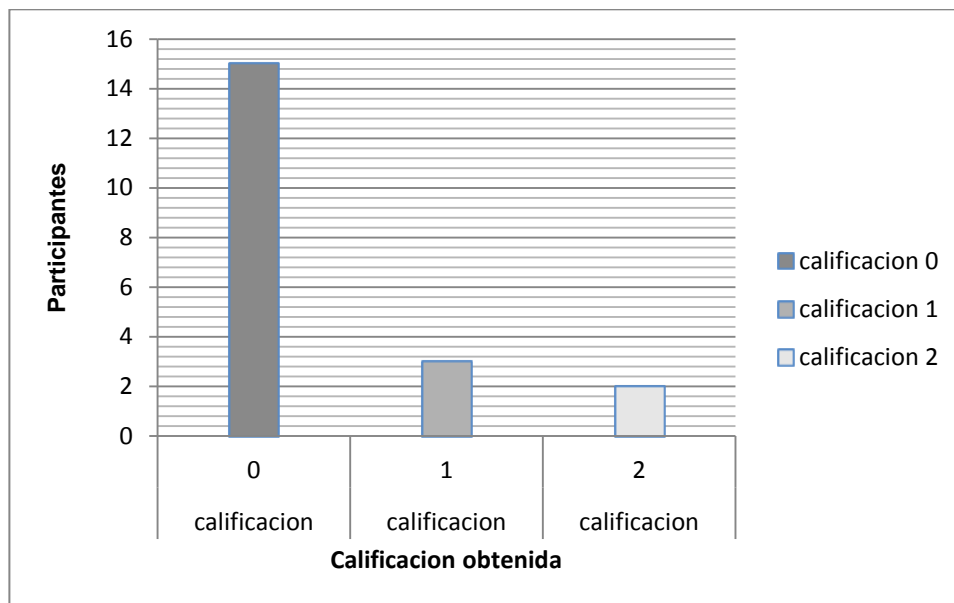


Imagen Nº 10 Evaluación de la explicación las expectativas del paciente para tratar el problema.

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 6 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a explora las expectativas (o ideas) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 75% (15 estudiantes); de 1 en un 15% (3 estudiantes) y de 2 en un 10% (2 estudiantes).

Tabla 11: Evaluar como indaga las inquietudes del paciente para tratar el problema.

7. El/la clínico/a explora las inquietudes (temores) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/os problemas.		
Calificación	F	%
0	20	100,00
1	0	0,00
2	0	0,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

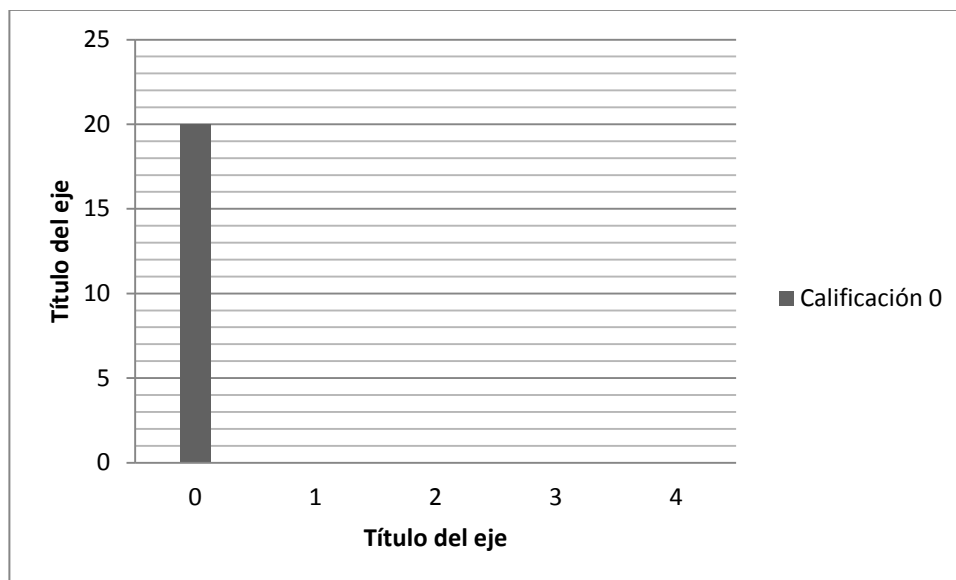


Imagen N° 11 Evaluar como indaga las inquietudes del paciente para tratar el problema.

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 7 de la Escala OPTION evalúa como El/la clínico/a explora las inquietudes (temores) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/os problemas.

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 100% (20 estudiantes).

Tabla 12: Evaluación si el paciente ha entendido la información.

8. El/la clínico/a se asegura que el/la paciente haya entendido la información.		
Calificación	F	%
0	18	90,00
1	2	10,00
2	0	0,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

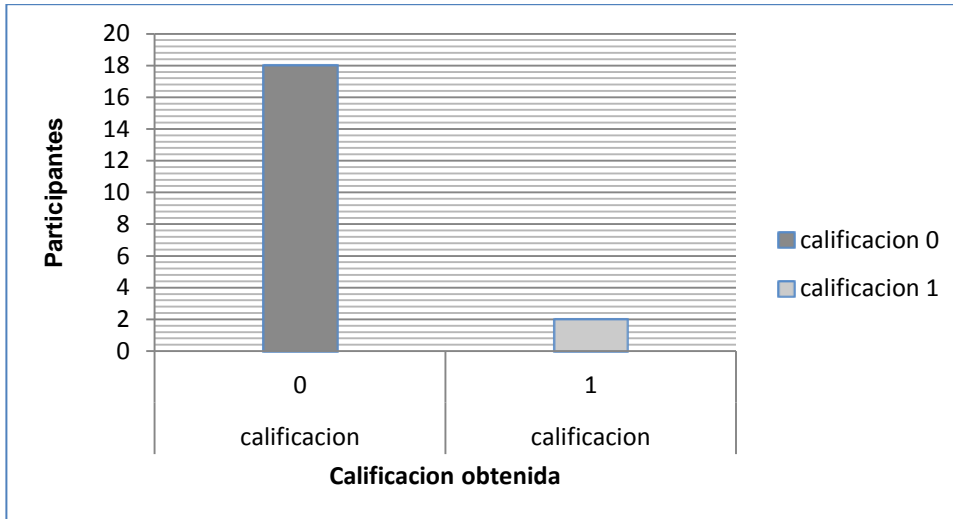


Imagen Nº 12 Evaluación si el paciente ha entendido la información.

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 8 de la Escala OPTION evalúa como El/la clínico/a se asegura que el/la paciente haya entendido la información.

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 90% (18 estudiantes); de 1 en un 10% (2 estudiantes).

Tabla 13: Evaluación de las oportunidades de hacer preguntas durante la toma de decisión

9. El/la clínico/a da oportunidades explícitas de hacer preguntas durante el proceso de toma de decisión.		
Calificación	F	%
0	15	75,00
1	4	20,00
2	1	5,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

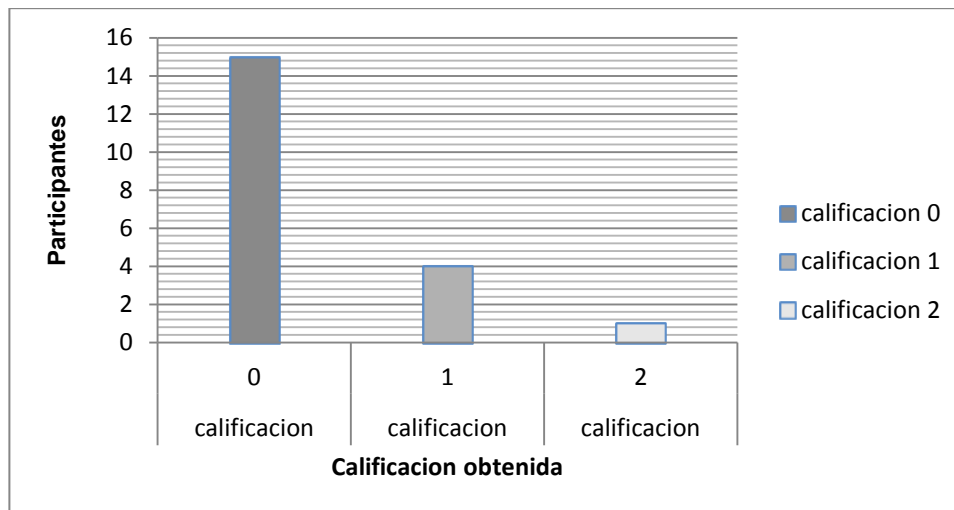


Imagen Nº 13 Evaluación de las oportunidades de hacer preguntas durante la toma de decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 9 de la Escala OPTION evalúa, como el/la clínico/a da oportunidades explícitas de hacer preguntas durante el proceso de toma de decisión.

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 75% (15 estudiantes); de 1 en un 20% (4 estudiantes) y de 2 en un 5% (1 estudiante).

Tabla 14: Evaluación de nivel preferido de participación del paciente durante la toma de decisión

10. El/la clínico/a averigua el nivel preferido de participación del/la paciente en la toma de decisión.		
Calificación	F	%
0	18	90,00
1	1	5,00
2	0	0,00
3	1	5,00
4	0	0,00
Total	20	100

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

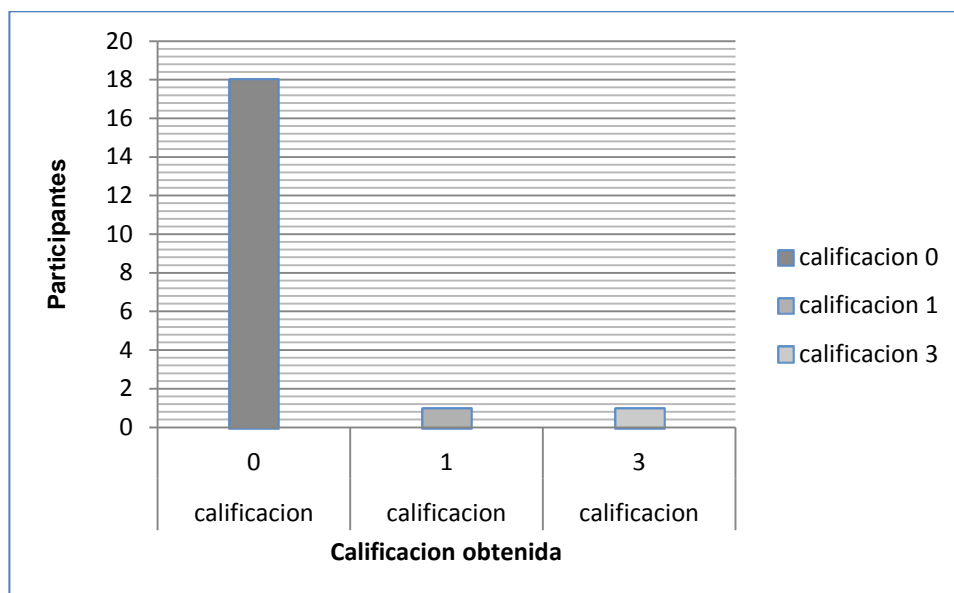


Imagen N° 14 Evaluación de nivel preferido de participación del paciente durante la toma de decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 10 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a averigua el nivel preferido de participación del/la paciente en la toma de decisión.

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 90% (18 estudiantes); de 1 en un 5% (1 estudiante), y de 3 en un 5% (1 estudiante).

Tabla 15: Evaluación de como el medico indica que hay que dar el paso de tomar una decisión

11. El/la clínico/a indica que hay que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla) (no se evalúa cómo se llega a la decisión – podría ser paternalista. No se evalúa cómo se toma la entre las participantes ni quién toma el ‘control’).		
Calificación	F	%
0	15	75,00
1	2	10,00
2	2	10,00
3	1	5,00
4	0	0,00
Total	20	100

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

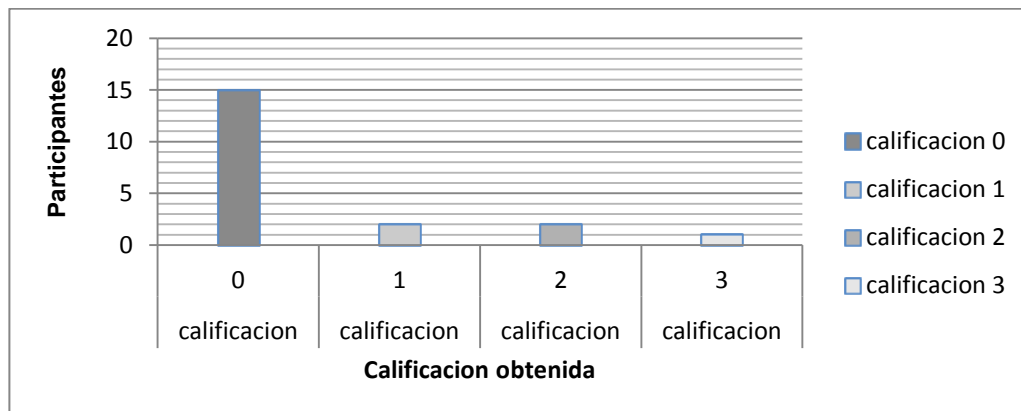


Imagen Nº 15 Evaluación de como el medico indica que hay que dar el paso de tomar una decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 11 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a indica que hay que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla) (no se evalúa cómo se llega a la decisión – podría ser paternalista. No se evalúa cómo se toma la entre las participantes ni quién toma el ‘control’).

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 75% (15 estudiantes); de 1 en un 10% (2 estudiantes) y de 2 en un 10% (2 estudiantes), de 3 en un 5% (1 estudiante)

Tabla 16: Evaluación de como el medico indica la necesidad de revisar la decisión
12. El/la clínico/a indica la necesidad de revisar la decisión (o postergarla).

Calificación	F	%
0	17	85,00
1	1	5,00
2	2	10,00
3	0	0,00
4	0	0,00
Total	20	100

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

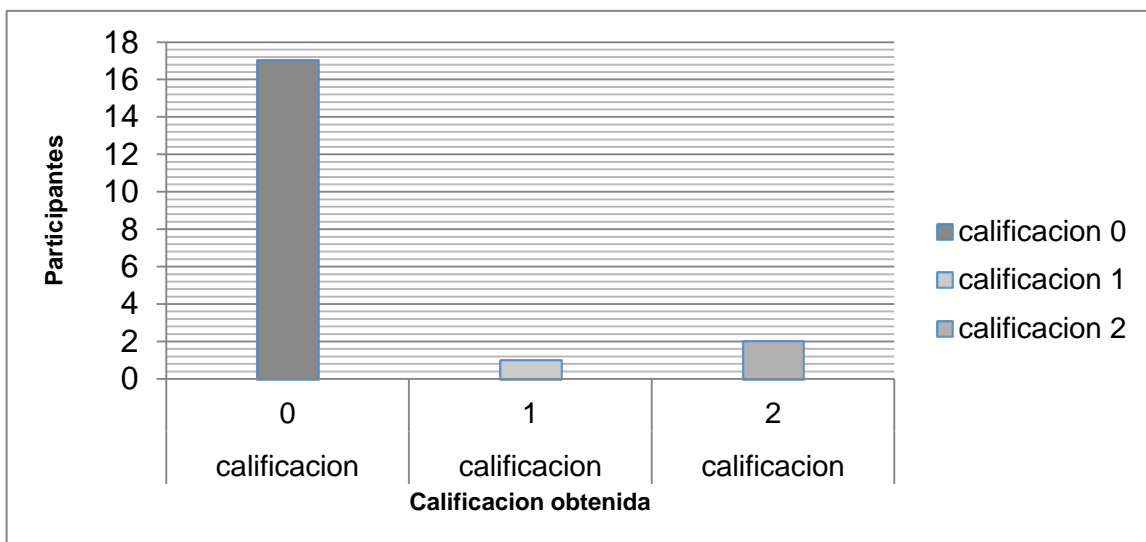


Imagen N° 16 Evaluación de como el medico indica la necesidad de revisar la decisión

Fuente: Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION.

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

La pregunta 12 de la Escala OPTION evalúa como el/la clínico/a indica la necesidad de revisar la decisión (o postergarla).

La calificación que se obtuvo fue: el puntaje más alto de 0 en un 85% (17 estudiantes); de 1 en un 5% (1 estudiante) y de 2 en un 10% (2 estudiantes).

1.2 RESULTADO N° 2:

1.2.1 ESCALA DE AFECTO GLOBAL

Tabla 17: Evaluación de Enojo/Irritación

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	18	90,00	19	95,00
2 = Levemente bajo	0	0,00	1	5,00
3 = Moderadamente bajo	2	10,00	0	0,00
4 = Alto	0	0,00	0	0,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

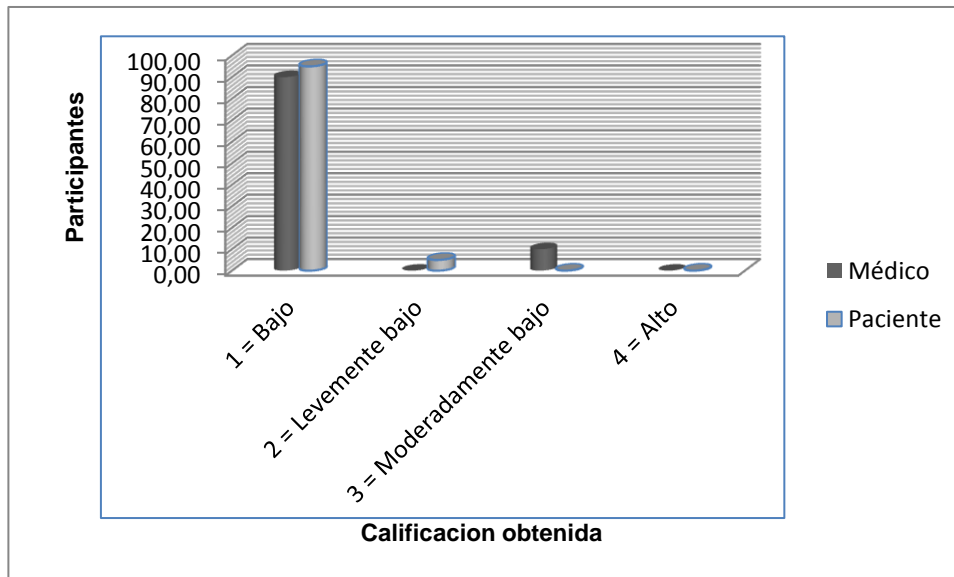


Imagen N° 17 Evaluación de Enojo/Irritación

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa Enojo/Irritación en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 90% (18 estudiantes), 2 en el 0% (0 estudiantes), 3 en el 10% (2 estudiantes), y 4 en un 0% (0 estudiantes)

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 95% (19 pacientes), 2 en el 5% (1 paciente), 3 en el 0% (0 pacientes), 4 en un 0% (0 pacientes).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 18: Evaluación de Ansiedad/Nerviosismo

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	11	55,00	15	75,00
2 = Levemente bajo	5	25,00	3	15,00
3 = Moderadamente bajo	1	5,00	2	10,00
4 = Alto	3	15,00	0	0,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

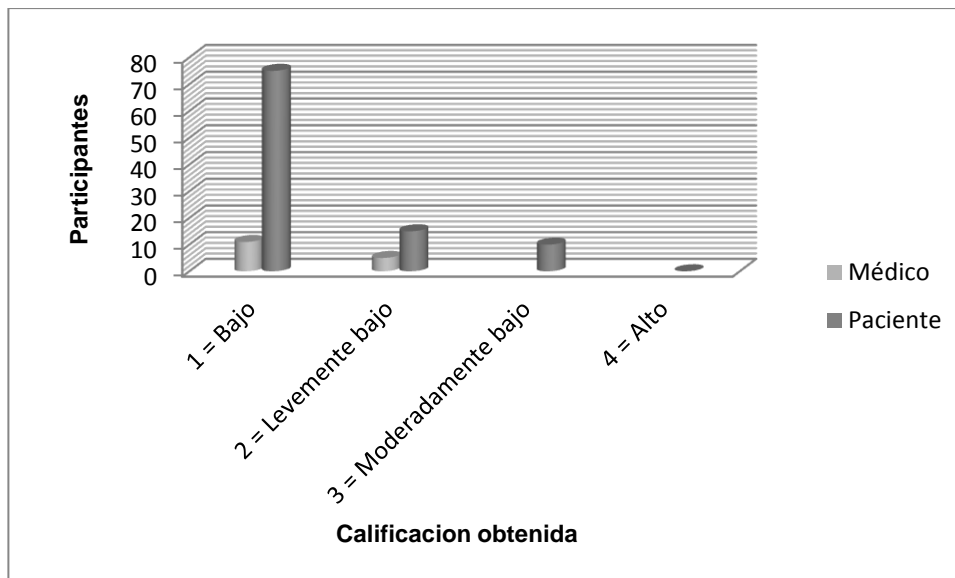


Imagen N° 18 Evaluación de Ansiedad/Nerviosismo

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Ansiedad/Nerviosismo en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 55% (11 estudiantes), 2 en el 25% (5 estudiantes), 3 en el 5% (1 estudiante), y 4 en un 15% (3 estudiantes)

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 75% (15 pacientes), 2 en el 15% (3 paciente), 3 en el 10% (2 pacientes), 4 en un 0% (0 pacientes).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 19: Evaluación de Depresión/Tristeza

Calificación	Paciente	
	F	%
1 = Bajo	13	65,00
2 = Levemente bajo	4	20,00
3 = Moderadamente bajo	2	10,00
4 = Alto	1	5,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

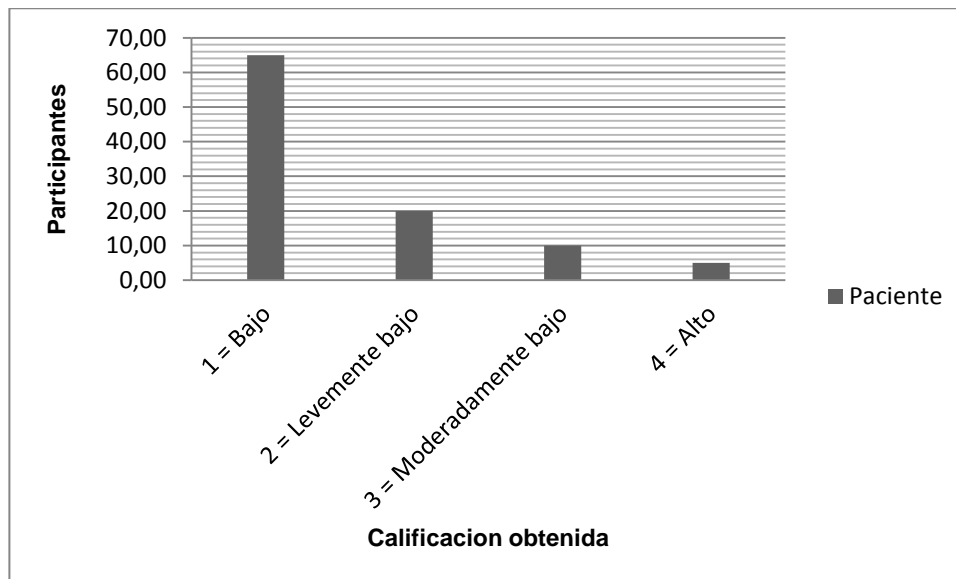


Imagen Nº 19 Evaluación de Depresión/Tristeza

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa Depresión/Tristeza en los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 65% (13 pacientes), 2 en el 20% (4 paciente), 3 en el 10% (2 pacientes).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 20: Evaluación de Angustia emotiva/Perturbado

Calificación	Médico	
	F	%
1 = Bajo	10	50,00
2 = Levemente bajo	7	35,00
3 = Moderadamente bajo	3	15,00
4 = Alto	0	0,00
Total	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

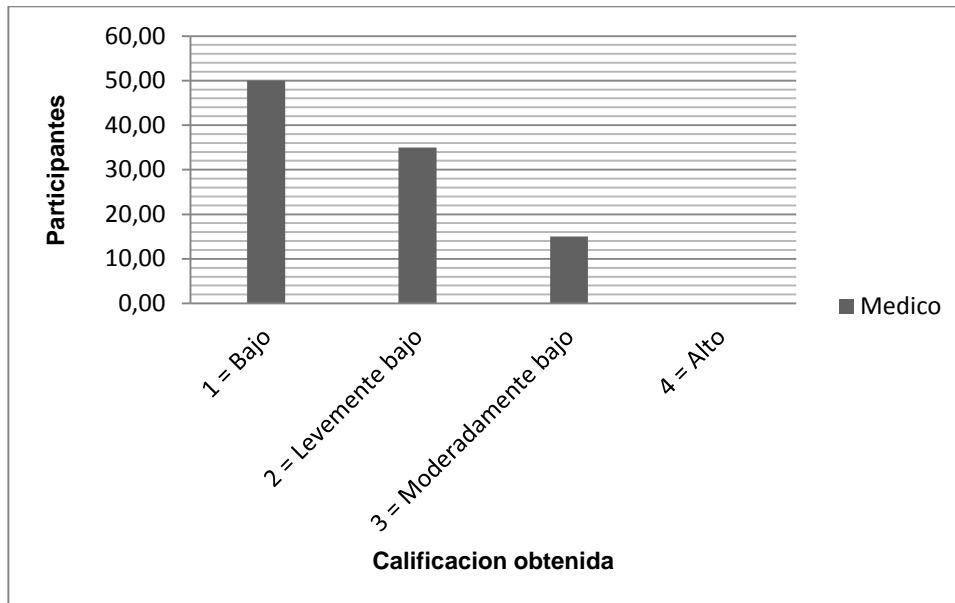


Imagen N° 20 Evaluación de Angustia emotiva/Perturbado

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa Angustia emotiva/Perturbado en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 50% (10 estudiantes), 2 en el 35% (7 estudiantes), 3 en el 15% (3 estudiantes), 4 en el 0% (0 estudiantes)

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 21: Evaluación de Dominio/Asertividad

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	0	0,00	3	15,00
2 = Levemente bajo	5	25,00	2	10,00
3 = Moderadamente bajo	7	35,00	10	50,00
4 = Alto	8	40,00	5	25,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

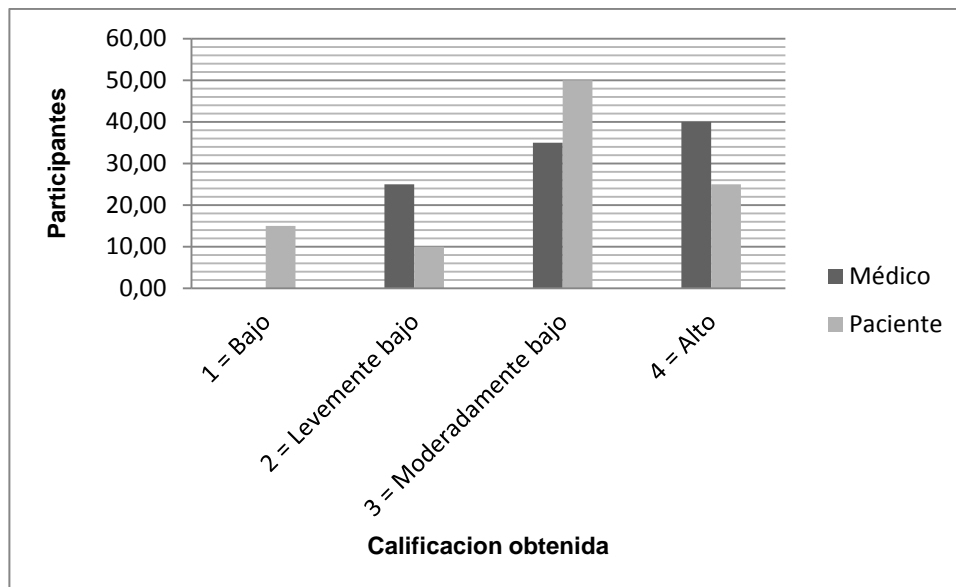


Imagen Nº 21 Evaluación de Dominio/Asertividad

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Dominio/Asertividad en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Alto 4 en un 40% (8 estudiantes); 3 en el 35% (7 estudiantes), 2 en el 25% (5 estudiantes), y de 1 en el 0% (0 estudiantes)

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Moderadamente bajo de 3 en el 50% (10 pacientes), 4 en un 25% (5 pacientes). 1 en el 15% (3 pacientes), 2 en el 10% (2 paciente).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 22: Evaluación de Interés/Atención

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	2	10,00	1	5,00
2 = Levemente bajo	6	30,00	2	10,00
3 = Moderadamente bajo	5	25,00	9	45,00
4 = Alto	7	35,00	8	40,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

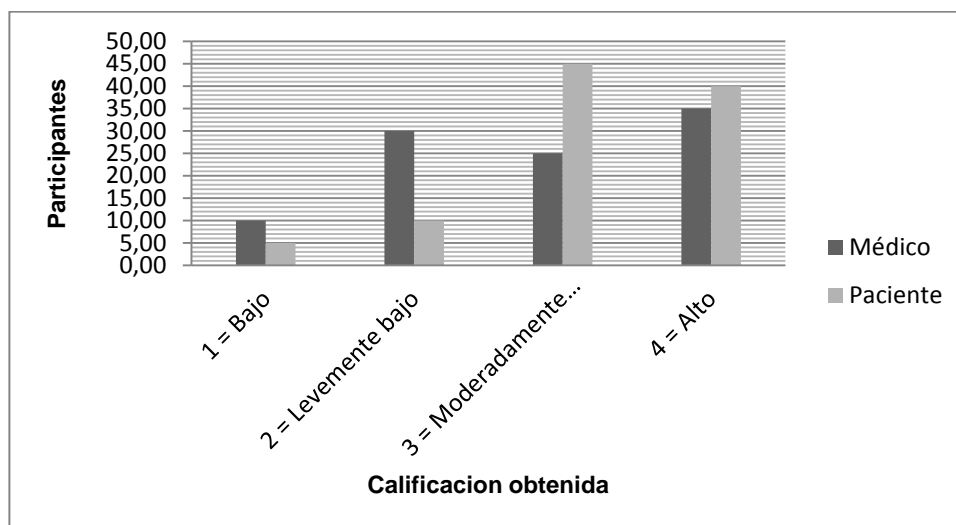


Imagen Nº 22 Evaluación de Interés/Atención

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Interés/Atención en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Alto 4 en un 35% (7 estudiantes) 2 en el 30% (6 estudiantes), 3 en el 25% (5 estudiante), y 1 en el 10% (2 estudiantes).

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Moderadamente bajo de 3 en el 45% (9 pacientes), 4 en un 40% (8 pacientes), 2 en el 10% (2 paciente), y 1 en el 5% (1 paciente).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 23: Evaluación de Amistad/Calidez

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	3	15,00	4	20,00
2 = Levemente bajo	8	40,00	7	35,00
3 = Moderadamente bajo	3	15,00	5	25,00
4 = Alto	6	30,00	4	20,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

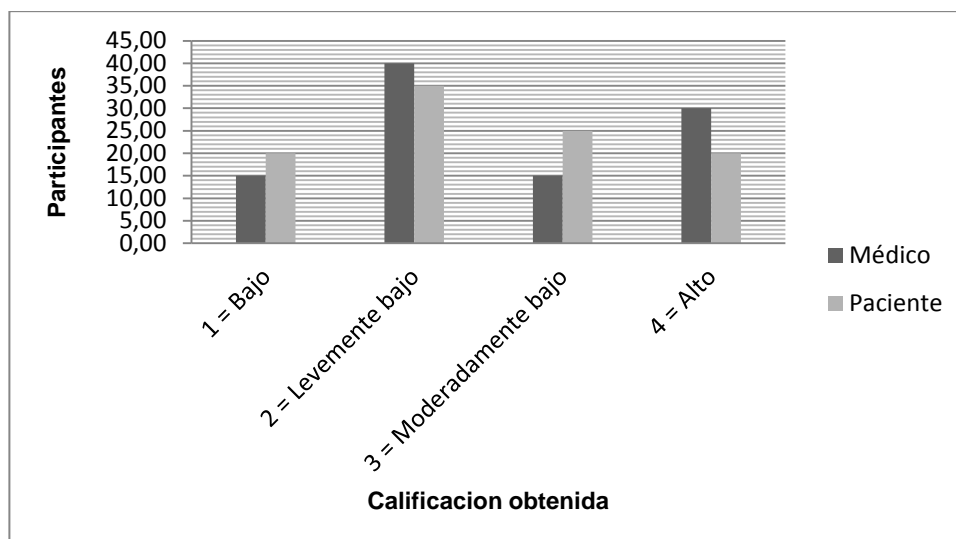


Imagen Nº 23 Evaluación de Amistad/Calidez

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Amistad/Calidez en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Levemente Bajo de 2 en el 40% (8 estudiantes), 4 en un 30% (6 estudiantes), 3 en el 15% (3 estudiantes), y 1 en el 15% (3 estudiantes).

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Levemente Bajo de 2 en el 35% (7 paciente), 3 en el 25% (5 pacientes), 4 en un 20% (4 pacientes), 1 en el 20% (4 pacientes).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 24: Evaluación de Sensibilidad/Compromiso

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	10	50,00	4	20,00
2 = Levemente bajo	3	15,00	2	10,00
3 = Moderadamente bajo	1	5,00	7	35,00
4 = Alto	6	30,00	7	35,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

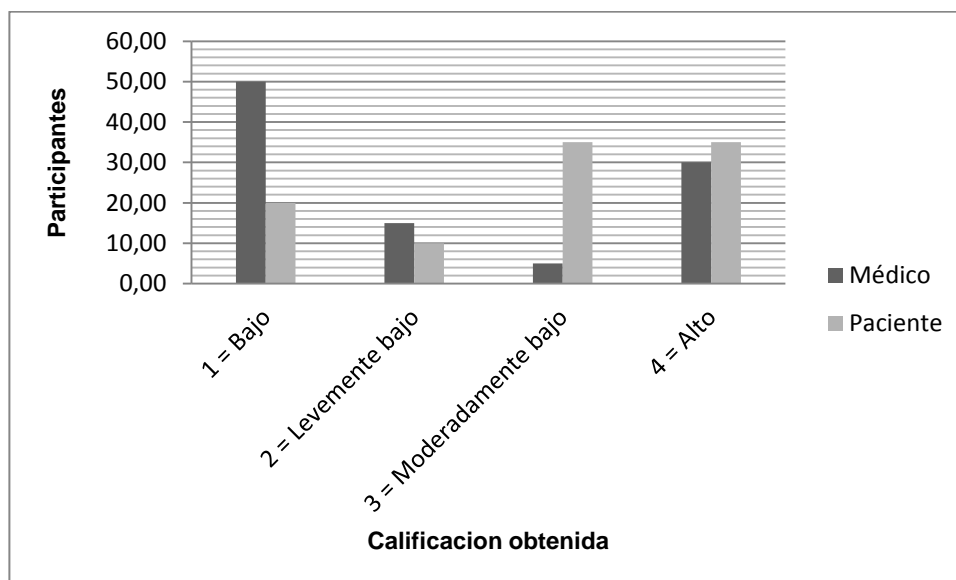


Imagen N° 24 Evaluación de Sensibilidad/Compromiso

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Sensibilidad/Compromiso en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Bajo de 1 en el 50% (10 estudiantes), 2 en el 15% (3 estudiantes), 3 en el 5% (1 estudiante), y 4 en un 30% (6 estudiantes)

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Alto de 4 en un 35% (7 pacientes), 3 en el 35% (7 pacientes), 1 en el 20% (4 pacientes), 2 en el 10% (2 pacientes).

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

Tabla 25: Evaluación de Comprensión/Amabilidad

Calificación	Médico		Paciente	
	F	%	F	%
1 = Bajo	5	25,00	0	0,00
2 = Levemente bajo	1	5,00	2	10,00
3 = Moderadamente bajo	6	30,00	9	45,00
4 = Alto	8	40,00	9	45,00
Total	20	100,00	20	100,00

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

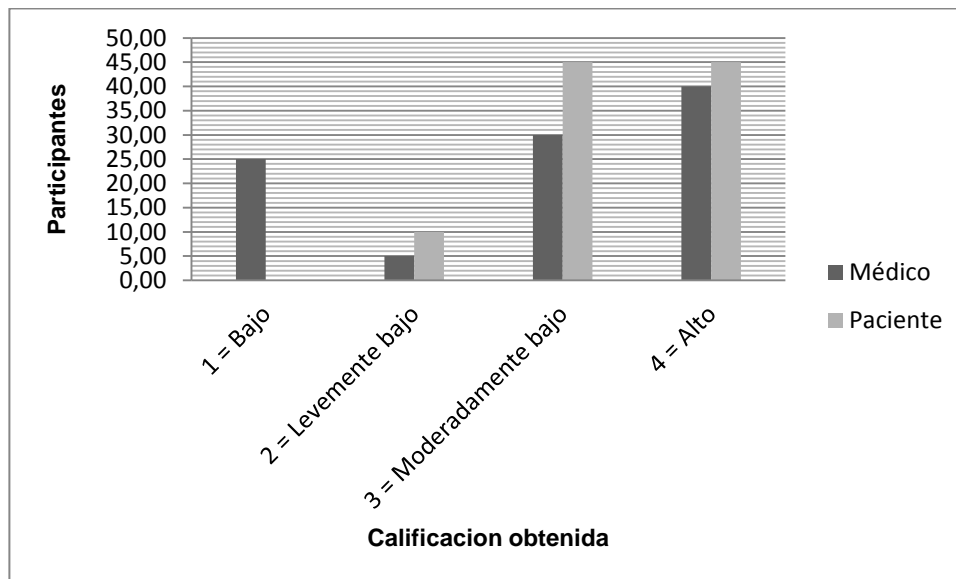


Imagen N° 25 Evaluación de Comprensión/Amabilidad

Fuente: Escala de Afecto Global

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Los datos expuestos nos indican que la calificación en la Escala de Afecto Global evalúa de Comprensión/Amabilidad en los estudiantes fue: el puntaje más alto equivalente a Alto de 4 en un 40% (8 estudiantes), 3 en el 30% (6 estudiantes), 1 en el 25% (5 estudiantes), 2 en el 5% (1 estudiante).

En los pacientes estandarizados fue: el puntaje más alto equivalente a Alto de 4 en un 45% (9 pacientes), 3 en el 45% (9 pacientes), 2 en el 10% (2 pacientes), 1 en el 0% (0 pacientes),

El puntaje máximo de 4 y el mínimo de 1

1.3 RESULTADO Nº 3:

ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA MÉDICA

Tabla 26: Evaluación de la Estructura de la Entrevista Médica

Nº	Código	Inicio de la consulta	Historia Médica	Examen Físico	Recomendaciones o consejos	Cierre o Finalización
1	101	0:00:14	0:01:34	0:00:00	0:02:17	0:00:05
2	102	0:00:57	0:01:58	0:00:00	0:06:20	0:00:03
3	103	0:01:17	0:00:47	0:00:00	0:04:12	0:00:04
4	104	0:00:29	0:04:07	0:00:00	0:07:00	0:00:04
5	119	0:00:37	0:01:07	0:00:00	0:03:49	0:00:04
6	118	0:00:42	0:03:45	0:00:00	0:04:13	0:00:05
7	117	0:01:15	0:01:11	0:00:00	0:02:24	0:00:03
8	116	0:01:07	0:04:25	0:00:00	0:15:58	0:00:01
9	115	0:00:21	0:05:23	0:00:00	0:11:08	0:00:04
10	114	0:00:50	0:02:23	0:00:00	0:05:00	0:00:05
11	9002	0:00:05	0:04:56	0:00:00	0:00:00	0:00:00
12	9029	0:01:20	0:06:39	0:01:12	0:00:00	0:00:01
13	9010	0:00:23	0:02:17	0:00:00	0:00:28	0:00:00
14	7008	0:00:12	0:03:21	0:01:25	0:01:28	0:00:04
15	7051	0:00:49	0:03:38	0:00:39	0:00:00	0:00:03
16	7037	0:00:13	0:05:50	0:02:18	0:00:00	0:00:01
17	7036	0:00:05	0:03:22	0:00:00	0:00:00	0:00:02
18	7019	0:00:09	0:03:31	0:00:00	0:03:34	0:00:01
19	7012	0:00:15	0:05:13	0:00:00	0:03:21	0:00:06
20	7005	0:00:03	0:03:50	0:01:18	0:01:47	0:00:00
	Promedio	0:00:35	0:03:34	0:00:22	0:03:43	0:00:03

Fuente: Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS)

Elaboración: Jessica del Cisne Ochoa Luzuriaga

Para evaluar la estructura de la entrevista médica hicimos un análisis mediante la clasificación de la duración de cada segmento y se pudo apreciar que consta de los siguientes parámetros en promedio fue: Inicio de 0:00:35 segundos, historia médica de 0:03:34 segundos, examen físico 0:00:22 segundos, recomendaciones o consejos 0:03:43 segundos, cierre o finalización 0:00:03 segundos

La duración máxima de las consultas 15 minutos

5. DISCUSIÓN

En el presente estudio los datos más importantes se sitúan en el hecho de que en general las puntuaciones en la toma de decisiones compartidas son muy bajas. Esto podría deberse a que la preparación en interacción verbal para guiar a toma de decisiones no forma parte del currículum de pregrado. Se evidencia que los estudiantes de medicina no se encuentran lo suficientemente entrenados para alentar la toma de decisiones participativas en sus consultas, a pesar de que los casos planteados fueron problemas de baja complejidad y frecuentes en las consultas médicas diarias de la ciudad de Loja.

Los problemas médicos que se utilizaron para el desarrollo de este estudio fueron planificación familiar, pirosis y cistitis. Cada uno de ellos merece alentar una toma de decisiones participativa. Especialmente en planificación familiar, donde hay muchas más alternativas que presentar y discutir con los pacientes, y es más fácil que los estudiantes de medicina animen a una toma de decisiones participativa. De las calificaciones promedio obtenidas en la escala OPTION, se demuestra que los mejores puntajes del estudio se obtuvieron en las consultas de planificación familiar y elección de método anticonceptivo ($p < 0.001$), con puntajes globales promedio de 7.9, mediana 6.5 (Q1-Q3= 4.0-10.0).

Llama la atención que en las consultas de cistitis y en los casos de dispepsia, que son comunes también, se evidenció que la mayoría de los estudiantes no presentaron ninguna opción de manejo, ni alternativas no farmacológicas o educativas, por que posiblemente utilizan un solo esquema de terapéutico y no consideran otras opciones.

El desenvolvimiento de los estudiantes de medicina para toma de decisiones participativa fue bajo a pesar de encontrarse en un escenario adecuado y que este se prestaba para toma de decisiones participativa, en su mayoría el abordaje fue paternalista e hicieron poco o ningún esfuerzo por fomentar a la toma de decisiones compartida.

Los resultados con el instrumento Escala de Toma de Decisiones Participativa OPTION en esta muestra de las consultas indican la mayor participación de mujeres

en las consultas de planificación familiar en las cuales se encuentran los puntajes más altos en relación con las consultas de pirosis y cistitis.

La escala OPTIÓN evalúa en qué medida los médicos implican los pacientes en la toma de decisiones, fue desarrollada y utilizada por dos evaluadores independientes para evaluar las consultas de atención primaria con el fin de evaluar sus cualidades psicométricas, validez y fiabilidad. (G Elwyn, 2003 Abril)

La validez de contenido del instrumento se basa en la formulación de los artículos de la literatura existente, utilizando los resultados de una serie de estudios destinados a comprender cómo la participación del paciente se puede lograr mejor en la práctica profesional, seguido por el desarrollo posterior utilizando un diseño iterativo y el ciclo de evaluación .

Los resultados indican que el instrumento OPTIÓN logra niveles aceptables de fiabilidad de la medición para su uso en entornos de investigación.

Puntajes OPTION para estas consultas son bajos, en los estudiantes no se observa el comportamiento. Para algunos elementos como: la forma en la que el médico aborda el motivo de consulta del paciente, no hacen ningún esfuerzo por llamar la atención a un problema que requiere un proceso de toma de decisión (no hay claridad en cuanto a los problemas, o por lo menos no hay claridad en cuanto a las decisiones que deben tomarse acerca del problema o problemas identificados), no mencionan que hay más de una manera de manejar los problemas. No evalúa la manera en que el/la paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión mediante: conversación, lectura de material impreso, evaluación de datos gráficos, uso de vídeos u otros medios.

Al valorar si el/la clínico/a da una lista de 'opciones', incluyendo la posibilidad de 'no hacer nada' no se observa el comportamiento (dar una lista de opciones es diferente de proporcionar detalles acerca de cada opción), o hacen un esfuerzo mínimo o superficial por dar una lista de opciones.

El estudiante no dan ninguna explicación de las ventajas y desventajas de las opciones al paciente (incluyendo 'no hacer nada' como una opción), o dejan de ofrecer información acerca de más de una opción (según el grado en que se explica cada opción). No hacen ningún esfuerzo por averiguar las ideas del/la paciente acerca de sus expectativas. No hacen ningún esfuerzo por averiguar las ideas del/la paciente acerca de sus inquietudes o temores. No hacen ningún esfuerzo por asegurar que el/la paciente haya entendido la información. No realizan ningún intento de proveer oportunidades para hacer preguntas. No averigua el nivel preferido de participación del/la paciente en la toma de decisión, no hay ningún intento de clarificarlo.

La Concreción de la toma de decisiones, como el estudiante indica que hay que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla) (no se evalúa cómo se llega a la decisión – podría ser paternalista. No se evalúa cómo se toma la decisión entre las participantes ni quién toma el 'control') es claro que no indican claramente que ha llegado un momento en que es necesario tomar (o postergar) la decisión, en el transcurso de la consulta el estudiante no hace ningún intento de indicar la necesidad de revisar o diferir la decisión.

Al evaluar las categorías de Enojo/Irritación, Ansiedad/Nerviosismo Depresión/Tristeza Angustia emotiva o Perturbación Sensibilidad/Compromiso que nos sirve para medir en el estado de ánimo, el grado de percibir sentimientos, compromiso , médico o paciente a través de las características vocales en la consulta médica los puntajes son 1 categoría bajo, NO hay signos de afectividad.

Al evaluar las categorías de Dominio/Asertividad e interés/Atención Comprensión/Amabilidad que nos sirve para medir la afirmación con certeza, el interés el grado de entendimiento, de afecto del médico o paciente a través de las características vocales en la consulta médica que se percibieron en el estudio se evidencia que los puntajes son altos que oscilan en estudiantes de medicina en la puntuación de alto 4 un grado de afectividad "promedio"

A través de la valoración de la categoría de Amistad y Calidez que sirve para medir el grado de amistad del paciente y médico se obtuvo la mayor puntuación de Levemente bajo, la mayoría tanto de médicos como de pacientes mostraron un grado de afectividad “promedio” en estas categorías.

El Sistema Roter de Análisis de Interacción (RIAS) es un método para codificar la interacción médico-paciente durante la consulta médica. Este sistema se deriva en gran medida del trabajo original de Robert Bales para evaluar los patrones de interacción en grupos pequeños para la solución de problemas y la toma de decisiones. (Roter, 1999)

Al evaluar la estructura de la entrevista médica realizada por los estudiantes de medicina relacionados con la secuencia y duración de los diferentes segmentos de las entrevistas considerando que una visita clínica típica generalmente tiene el siguiente patrón: el inicio de la consulta, la toma de la historia médica, seguida por un examen físico, luego por recomendaciones o consejos, y la finalización de la visita.

Estos cinco segmentos de la entrevista fueron analizados y obtuvimos datos que nos indican que los estudiantes de medicina no respetan los segmentos cuantificados en tiempo al momento de realizar una consulta médica de 15 minutos de duración máxima cotidiana en los centros de atención de salud la duración promedio en relación a la realización de la Historia Médica se puede notar que los estudiantes se toman la mayor parte del tiempo en el que se da seguimiento a un tema específico o sigue una línea de preguntas acerca de los problemas médicos del paciente, las historias médicas personal y familiar, antecedentes médicos (previas hospitalizaciones, etc.) y tratamientos previos, u otros aspectos sicosociales o de estilo de vida, cabe señalar que en la mayor parte de consultas no se realizó Examen Físico y es claro que no dejan tiempo para negociación, no hay provisión de información o consejos en relación a la condición médica del paciente (ya sea por el médico o el paciente); la propuesta de un régimen terapéutico y/u otra información sicosocial o de estilo de vida o sugerencias a este respecto. (Roter, 1999)

Los resultados son muy bajos esto podría deberse a que los estudiantes son preparados teóricamente pero no en la práctica de patrones de interacción verbal con lo que se toma más tiempo para realización de historia clínica y examen físico que para para guiar y fomentar la toma de decisiones compartidas.

CONCLUSIONES

- Las características de la interacción verbal, que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, establecen con sus pacientes durante la consulta médica, se evidencia que en su mayoría no hacen el esfuerzo de abordar y orientar a los pacientes a una toma de decisiones participativa o compartida.

No se observa un desempeño que refleje conocimientos, o entrenamiento sobre el uso adecuado de los patrones de interacción verbal en la consulta médica.

- Al evaluar el grado de afectividad y dominancia del diálogo entre el estudiante de medicina y el paciente se pudo corroborar que en general el tono de las consultas demuestra signos de afectividad, tanto en médicos como en pacientes se observó un grado de afectividad “promedio” en las categorías evaluadas.
- Al evaluar la estructura de la entrevista médica realizada por los estudiantes de medicina relacionando la secuencia y duración de los diferentes segmentos de las entrevistas, se pudo confirmar que existe dominancia del médico sobre el paciente, lo cual es característico de un abordaje paternalista de la relación médico-paciente. La duración promedio de la apertura de la consulta fue de apenas 35 segundos, es decir que los estudiantes dedicaron menos de un minuto a escuchar con atención el motivo de consulta del paciente y establecer una relación de empatía.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda implementar sistemas de análisis de interacción verbal con enfoque transversal en la malla currículum de los estudiantes de pregrado de la titulación de médico de la Universidad Técnica particular de Loja como herramientas educativas para mejorar la comunicación con los pacientes durante las consultas médicas en el futuro.
- Realizar cursos de capacitación, talleres o difusión de información con respecto a la manera como se debe estructurar de la entrevista médica para así contribuir con un mejor desenvolvimiento en los estudiantes de medicina que luego serán capaces de relacionar la secuencia y duración de los diferentes segmentos de las entrevistas médicas y así guiar adecuadamente a los pacientes y alcanzar una correcta relación médico paciente y por tanto alentar una toma de decisiones compartida y participativa.
- Desarrollar talleres de destrezas, prácticos, para facilitar el aprendizaje y resaltar la importancia de tienen el grado de afectividad y dominancia así como también el orden y una duración adecuada de los segmentos durante la consulta médica.
- comunicación con enfoque transversal en la malla currículum de pregrado en medicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bohórquez, F. (2004). El diálogo como mediador de la relación médico - paciente. *Iered:Revista Electrónica de la Red de Investigación Educativa*.
2. Charles C, G. A. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter:revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med.*, 49:651–61.
3. Costa-Alcaraz, A. (2011). Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista Clínica Española*.
4. Delgado A, L. L.-F. (2010). Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones.
5. Duffy FD, G. G. (2004). La evaluación de competencias en comunicación y habilidades interpersonales: el informe Kalamazoo II. *Acad Med.* .
6. Emanuel, E. J. (1999). *Cuatro modelos de la Relación Médico Paciente*.
7. Entwistle V. (2006). Considerations of «fit» and patient involvement in decision making. *Health Expect*, 95:7.
8. G Elwyn, A. E. (2003 Abril). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care.*, 93-99.
9. Glyn Elwyn, H. H.-Y. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, volumen 8.
10. Lopez Ana, C. R. (1996). *Diccionario de narratología*. España: colegio de españa.
11. Moral, R. R. (2003). Programas de formación en comunicación clínica: una revisión de su eficacia en el contexto de la enseñanza médica. *Educación Médica*.
12. Pelaez, J. L. (2010). *Manual de Ética Médica-El Médico y El Paciente*. CORBIS.
13. Pellerin, M.-A. M. (2011 Agosto). Toward Shared Decision Making: Using the OPTION Scale to Analyze Resident–Patient Consultations in Family Medicine. *Academic Medicine*, Volumen 86.

14. Roter, D. (1999). *EL Metodo Roter De Analisis Del Proceso De Interaccion*. Quito-Ecuador: Salud de Altura.
15. Ruiz, M. R. (2010). Participación del paciente en la toma de decisiones en atención. *Elsevier*, 258.
16. Whitney S, H.-R. M.-a. (2008). Beyond shared decision making: an expanded typology of medical decisions. *Med Decis Making*, 28:699-705.
17. Wirtz V, C. A. (2006). Patient-doctor decision-making about treatment within the consultation -- a critical analysis of models. *Soc Sci Med*, 62:116-24.

ANEXOS

ANEXO Nº 1

ESACALA DE TOMA DE DECISIONES PARTICIPATIVA OPTION



OPTION Observación de la participación de pacientes © 2009

Fecha de la evaluación:..... Facultativo: (edad sexo)

Nombre del evaluador:..... Paciente: (edad sexo)

Código del clínico:..... Tipo de consulta: nueva - revisión - compuesta

Número de la consulta:.....

Duración de la consulta (min seg):

¿Otra persona está en la sala?: (sí no) ¿quién?

Descripción del problema principal:.....

1. El/la clínico/a llama la atención a un problema ya identificado que requiere un proceso de toma de decisión.

0 = Ningún esfuerzo por llamar la atención a un problema que requiere un proceso de toma de decisión (*no hay claridad en cuanto a los problemas, o por lo menos no hay claridad en cuanto a las decisiones que deben tomarse acerca del problema o problemas identificados*).

1 = Intentos muy breves o superficiales por llamar la atención a la necesidad de emprender un proceso de toma de decisión.

2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a llama la atención a un problema que requiere un proceso de toma de decisión.

3 = El/la clínico/a enfatiza el proceso de toma de decisión que se requiere.

4 = La destreza se exhibe hasta un alto nivel (*ej.: se dan explicaciones adicionales y hay evidencia que el paciente reconoce la necesidad de participar en el proceso de toma de decisiones*).

2. El/la clínico/a menciona que hay más de una manera de tratar el problema ('equilibrio').

0 = El/la clínico/a no menciona que hay más de una manera de manejar los problemas.

1 = Hay un intento superficial de transmitir la existencia de más de una opción.

2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a transmite la idea de que las opciones

<p>son válidas y que deben ser consideradas con mayor profundidad.</p> <p>3 = Explica el 'equilibrio' en más detalle y que las opciones tienen ventajas y desventajas que deben ser consideradas.</p> <p>4 = El/la clínico/a también explica 'por qué' existen opciones (ej.: <i>hay genuina incertidumbre profesional acerca de la 'mejor' manera de manejar el problema – 'equilibrio clínico'</i>). La destreza se exhibe a un alto nivel.</p>
<p>3. El/la clínico/a evalúa la manera en que el/la paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión (ej.: conversación, lectura de material impreso, evaluación de datos gráficos, uso de videos u otros medios).</p> <p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace un esfuerzo mínimo por exhibir el comportamiento.</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a pregunta acerca del método preferido del paciente para recibir información.</p> <p>3 = Exhibición adecuada de este comportamiento: (ej.: <i>menciona que hay muchas maneras en que se puede transmitir la información; proporciona materiales para leer fuera de la consulta</i>).</p> <p>4 = Ofrece muchos ejemplos de los tipos de formatos de información y medios que están disponibles para el paciente y permite que el paciente escoja su método o métodos preferidos.</p>
<p>4. El/la clínico/a da una lista de 'opciones', incluyendo la posibilidad de 'no hacer nada.'</p> <p>0 = No se observa el comportamiento. (<i>dar una lista de opciones es diferente de proporcionar detalles acerca de cada opción</i>)</p> <p>1 = Se hace un esfuerzo mínimo o superficial por dar una lista de opciones.</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a da una lista de opciones acerca de las diferentes posibilidades que existen (ej.: <i>usa la fraseología 'ya sea / o' para describir la existencia de opciones</i>).</p> <p>3 = Enumera cuidadosamente todas las opciones, incluyendo la posibilidad de no hacer nada o de postergar la decisión.</p> <p>4 = El/la clínico/a exhibe la destreza a un alto nivel.</p>
<p>5. El/la clínico/a explica las ventajas y desventajas de las opciones al/la paciente (incluyendo 'no hacer nada' como una opción).</p> <p>0 = Ninguna explicación.</p> <p>1 = El/la clínico/a deja de ofrecer información acerca de más de una opción (<i>según el grado en que se explica cada opción</i>).</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a proporciona detalles acerca de las ventajas y desventajas de las opciones.</p> <p>3 = El comportamiento se exhibe a un buen nivel.</p> <p>4 = El comportamiento se exhibe a un alto nivel. (ej.: <i>mediante la descripción de las opciones y luego una discusión</i>).</p>
<p>6. El/la clínico/a explora las expectativas (o ideas) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.</p> <p>0 = Ningún esfuerzo por averiguar las ideas del/la paciente acerca de sus expectativas.</p> <p>1 = Intentos no calificados o superficiales por descubrir las ideas o expectativas del/la paciente acerca del manejo.</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a pregunta explícitamente al/la paciente lo que esperaba (<i>pensaba</i>) acerca de las acciones que se requieren para manejar el/los</p>

<p>problemas. Los/las clínicos/as calificados pueden explorar estas expectativas e ideas (<i>usando preguntas abiertas, sugiriendo un abanico de expectativas comunes, utilizando pausas, manteniéndose alertas para detectar señales verbales o físicas, etc.</i>).</p> <p>3 = Este comportamiento se exhibe y lleva a preguntas subsecuentes para clarificar las expectativas o ideas (<i>ej.: se produce una exploración de las expectativas</i>). El comportamiento se realiza hasta un buen nivel.</p> <p>4 = El comportamiento se logra hasta un alto nivel y se analizan y se abordan las ideas del paciente.</p>
<p>7. El/la clínico/a explora las <u>inquietudes (temores)</u> del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.</p> <p>0 = Ningún esfuerzo por averiguar las ideas del/la paciente acerca de sus inquietudes o temores.</p> <p>1 = Intentos no calificados o superficiales por descubrir las inquietudes o temores del/la paciente acerca del manejo.</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a pide explícitamente al/a la paciente que exprese sus inquietudes o temores acerca de las posibles acciones requeridas para manejar el/los problemas. Los/las clínicos/as calificados pueden explorar estos temores o ideas (<i>usando preguntas abiertas, sugiriendo un abanico de temores comunes, utilizando pausas, manteniéndose alertas para detectar señales verbales o físicas, etc.</i>).</p> <p>3 = Exhibe el comportamiento y lleva a preguntas subsecuentes para clarificar las inquietudes.</p> <p>4 = El comportamiento se logra hasta un alto nivel en que se analizan y se abordan los temores/inquietudes del paciente.</p>
<p>8. El/la clínico/a se asegura que el/la paciente haya <u>entendido</u> la información.</p> <p>0 = Ningún esfuerzo por asegurar que el/la paciente haya entendido la información.</p> <p>1 = Un intento superficial por verificar si el/la paciente ha entendido la información.</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: Se pregunta explícitamente al paciente si ha entendido la información que ha sido proporcionada u obtenida de otras fuentes.</p> <p>3 = El/la clínico/a explora la naturaleza de la comprensión del paciente mediante afirmaciones como las siguientes: "Me gustaría averiguar si ha entendido la información acerca de las posibles opciones. ¿Le gustaría decirme lo que entiende ahora acerca de este tema?"</p> <p>4 = El comportamiento se observa y se ejecuta hasta un alto nivel.</p>
<p>9. El/la clínico/a da <u>oportunidades</u> explícitas de hacer preguntas durante el proceso de toma de decisión.</p> <p>0 = Ningún intento de proveer oportunidades para hacer preguntas.</p> <p>1 = El/la clínico/a da pausas u otras oportunidades para hacer preguntas (<i>ej.: hay un ritmo apropiado en el discurso</i>).</p> <p>2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a pide explícitamente que el/la paciente haga una pregunta. (<i>ej.: "¿Tiene usted alguna pregunta?"</i>)</p> <p>3 = El/la clínico/a es más específico y pregunta al/a la paciente si tiene preguntas acerca de las opciones y el manejo del/de los problemas identificados.</p> <p>4 = El comportamiento se observa y se ejecuta hasta un alto nivel. El/la clínico/a dejará tiempo para que el/la paciente responda y verificará si existen preguntas adicionales o subsecuentes.</p>
<p>10. El/la clínico/a averigua el <u>nivel preferido de participación</u> del/la paciente en la toma de</p>

decisión.

0 = No hay ningún intento de clarificarlo.

1 = Se hace un intento superficial o apresurado para averiguar el rol preferido (activo o pasivo) del/de la paciente en la toma de decisiones.

2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a pregunta explícitamente al paciente acerca de su rol preferido.

3 = El/la clínico/a ofrece explicaciones adicionales y sigue evaluando el papel de preferencia del/de la paciente.

4 = El/la clínico/a hace esta pregunta de tal manera que el/la paciente la pueda entender fácilmente, señalando que el/la clínico/a es sensible en cuanto a la responsabilidad decisional que se espera del paciente.

11. El/la clínico/a indica que hay que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla) (no se evalúa cómo se llega a la decisión – podría ser paternalista. No se evalúa cómo se toma la decisión entre las participantes ni quién toma el 'control').

0 = El/la clínico/a no indica claramente que ha llegado un momento en que es necesario tomar (o postergar) la decisión.

1 = Un intento superficial o incierto de señalar la necesidad de tomar una decisión.

2 = Nivel de destreza de línea de base: Una afirmación clara como "Tal vez éste sea el momento de tomar una decisión acerca de lo que se debe hacer."

3 = Demostración de este comportamiento hasta un buen nivel.

4 = El/la clínico/a logra esto hasta un alto nivel y señala la transición de la consideración de información e ideas a una etapa de deliberación y cierre.

12. El/la clínico/a indica la necesidad de revisar la decisión (o postergarla).

0 = Ningún intento de indicar la necesidad de revisar o diferir.

1 = Superficial (ej.: que se debe ver al paciente otra vez) o un intento apresurado.

2 = Nivel de destreza de línea de base: El/la clínico/a indica que se debe ver al paciente otra vez para reconsiderar la decisión.

3 = El comportamiento se realiza hasta un buen nivel.

4 = El comportamiento se observa y se ejecuta hasta un alto nivel (ej.: lo hace muy explícito y fomenta este enfoque).

For psychometric data see: Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, Grol R. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8: 34-42, 2005.

Acknowledgments: Laurie Pencille and Lilisbeth Perestelo Pérez (Mayo Clinic, Rochester, MN, USA) who worked on improving this.



For further information:
Decision Laboratory
www.DecisionLaboratory.com
www.OptionInstrument.com
Cardiff University
Email: ElwynG@cardiff.ac.uk



ANEXO N°2

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONSULTAS HOSPITAL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Loja, 15 de octubre del 2012.

Doctora

Viviana Dávalos

Directora

Hospital Universidad Técnica Particular de Loja

Presente.-

Estimada Dra. Dávalos,

Por medio de la presente deseo solicitar su autorización para la realización de dos consultas médicas por un total de 20 estudiantes de medicina de séptimo y noveno semestres de la Titulación de Medicina en un consultorio de la Unidad de Medicina Familiar de la Universidad Técnica Particular de Loja, ubicada en la calle París s/n y Av. Zoilo Rodríguez.

Las consultas médicas se realizarán durante los meses de Octubre y Noviembre del 2012. Cada consulta durara aproximadamente 15 minutos y son parte del proyecto *“Análisis de los patrones de interacción verbal que los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja establecen durante la consulta médica con pacientes estandarizados en el periodo julio 2012 a enero 2013”* entre la Universidad de Amberes, en Bélgica, y la Universidad Técnica Particular de Loja, en Ecuador, en el marco del Proyecto VLIR.

El propósito general del proyecto es analizar los patrones de interacción verbal, que los estudiantes de medicina, establecen durante la consulta médica, con pacientes estandarizados, con la finalidad de implementar sistemas de análisis de interacción

educativos, para mejorar la comunicación verbal de los estudiantes con los pacientes durante las consultas médicas en el futuro.

Para ello se identificarán a los participantes 20 estudiantes de medicina de séptimo semestre y 20 estudiantes de medicina de noveno semestre, y 4 pacientes estandarizados estudiantes del grupo de Teatro de la Universidad Técnica Particular de Loja a quienes se les proporcionará tres guiones uno sobre planificación familiar, otro sobre pirosis y otro sobre cistitis, ellos estarán entrenados para proporcionar información a los estudiantes de medicina durante las consultas que tendrán una duración de máximo 15 minutos.

Las consultas médicas se planificarán de forma que no interrumpan las actividades académicas de los estudiantes, ni la actividad asistencial de la Unidad de Medicina Familiar.

La participación de los estudiantes es completamente voluntaria, se garantiza que no habrá penalización alguna si el estudiante decide no participar. Los estudiantes serán libres de retirar su consentimiento y poner fin a su participación en este proyecto en cualquier momento.

La información recolectada en este estudio permanecerá confidencial. Esto significa que su identidad como participante no será revelada a otras personas excepto a los investigadores listados abajo. Cualquier referencia a información que pudiera revelar su identidad será removida antes de la preparación de los informes de investigación y publicaciones. Todos los materiales de investigación se mantendrán en una oficina cerrada con llave en la UTPL. Todas las grabaciones de audio se borrarán al final del estudio.

Adjunto el formulario de consentimiento informado a utilizarse durante el estudio. Además el resumen del protocolo.

Por la favorable atención a la presente, anticipo mi agradecimiento.

Saludos cordiales,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Rodrigo Henríquez". The signature is stylized with a large initial 'R' and a horizontal line at the end.

Dr. Rodrigo Henríquez

A nombre del equipo investigador: Rodrigo Henríquez¹, Jessica Ochoa Luzuriaga²

¹ Departamento de Atención Primaria y Cuidado Interdisciplinario, Universidad de Amberes, Bélgica.

² Escuela de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador.

Correspondencia: rodrigo.henriquez@ua.ac.be

c.c. Dra. Jana Bobokova, Dra. Patricia González

ANEXO Nº 3

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

ANÁLISIS DE LOS PATRONES DE INTERACCIÓN VERBAL QUE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA ESTABLECEN DURANTE LA CONSULTA MÉDICA CON PACIENTES ESTANDARIZADOS DURANTE EL PERIODO JULIO 2012 A ENERO 2013

Le estamos pidiendo que participe en un estudio.

Usted no tiene que participar en el estudio.

Si dice que sí, puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento.

Por favor tome todo el tiempo que necesite para decidir.

Su atención médica no cambiará de manera alguna si dice que no.

¿Para qué se firma este documento?

Lo firma para poder participar en el estudio.

¿Por qué se está haciendo este estudio de investigación?

Queremos saber más sobre cómo ayudar a los estudiantes de medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja Durante la consulta médica. Este estudio nos ayudará a aprender más sobre patrones de interacción verbal que los estudiantes de medicina establecen durante la consulta médica. Les estamos pidiendo a personas como usted, que establecen interacción verbal durante la consulta médica, que nos ayuden.

¿Qué pasa si digo “sí, quiero participar en el estudio”?

Si dice que sí:

Le analizaremos sus **patrones de interacción verbal que establece durante la consulta médica**

- Le daremos un consultorio y le daremos pacientes para que realice una consulta médica como usted desee.

Estas consultas no tienen interacciones correctas o incorrectas. Puede saltar cualquier pregunta si no quiere realizarla.

¿Cuánto tiempo tomará el estudio?

El estudio tomará alrededor de una hora de su tiempo.

¿Qué pasa si digo “no quiero participar en el estudio”?

Nadie le tratará en manera diferente. A usted no se le penalizará. Este estudio no le perjudicará académicamente, ni perderá ningún beneficio. La atención que recibe de sus pacientes no cambiará.

¿Qué pasa si digo que sí, pero cambio de opinión más tarde?

Usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento. A usted no se le penalizará. No perderá ningún beneficio.

¿Quién verá mis respuestas?

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio y las que se aseguran de que éste se realice de manera correcta. Investigadora principal Estudiante de octavo semestre, Escuela de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja Jessica Ochoa y Director de proyecto. Docente investigador Escuela de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja Doctor Rodrigo Henríquez.

Sus respuestas durante la consulta, su información médica, y una copia firmada de este documento se mantendrán bajo llave en nuestros archivos. No incluiremos sus respuestas en su expediente médico.

Cuando compartamos los resultados del estudio, en reportes o publicaciones médicas no incluiremos su nombre. Haremos todo lo posible para que nadie fuera del estudio sepa que usted participó en él.

¿Me costará algo participar en el estudio?

Usted invertirá una hora de su tiempo en este estudio y no habrá otro costo adicional.

Participar en el estudio, ¿me ayudará de alguna manera?

Participar en este estudio no le ayudará, pero podría ayudar a mejorar los **patrones de interacción verbal que los estudiantes de medicina establecen durante la consulta médica** en el futuro.

¿Me pagarán por mi tiempo?

No

Participar en este estudio, ¿podría ser malo para mí, de alguna manera?

Sí. Hay una posibilidad de que:

- Las consultas le puedan hacer sentir triste o hacerle sentir mal.
- Alguien pudiera enterarse de que usted participó en este estudio y llegar a saber algo sobre usted que usted no quería que supiera.

Haremos todo lo posible para proteger su privacidad.

¿Qué debo hacer si tengo preguntas?

Por favor llame al director del estudio, Docente investigador Escuela de Medicina, Universidad Técnica Particular de Loja Doctor Rodrigo Henríquez. Numero celular 593.88324842

si:

- Tiene alguna pregunta sobre el estudio.
- Tiene preguntas sobre sus derechos.
- Cree que se ha lesionado de alguna manera por participar en este estudio.

También puede llamar a la Universidad Técnica Particular de Loja Línea Gratuita: 180088758875 escuela de Medicina para preguntar sobre este estudio.

¿Tengo que firmar este documento?

No. Fírmelo solamente si desea participar en el estudio.

¿Qué debo hacer si quiero participar en el estudio?

Tiene que firmar este documento. Le entregaremos una copia.

Al firmar este documento está diciendo que:

- Está de acuerdo con participar en el estudio.
- Le hemos explicado la información que contiene este documento y hemos contestado todas sus preguntas.

Usted sabe que:

- No tiene que contestar preguntas que no quiera contestar.
- En cualquier momento, puede dejar de contestar nuestras preguntas y no le pasará nada a usted.

- Puede llamar a la Universidad Tecnica Particular de Loja Linea Gratuita: 180088758875 escuela de Medicina si tiene alguna pregunta sobre el estudio o sobre sus derechos.

Su nombre (en letra de molde)

Su firma Fecha

Si se utilizó un intérprete:

Nombre del intérprete (en letra de molde)

Firma del intérprete Fecha

Si otra persona firma este formulario a nombre del participante, explique por qué:

Nombre del representante legal (en letra de molde)

Firma de la persona que provee el consentimiento en representación del sujeto Fecha

Relación o parentesco: _____

Nombre de la persona que explica el consentimiento (en letra de molde)

Firma de la persona que explica el consentimiento Fecha