



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

“Evaluación del desempeño de los médicos en torno a la toma de decisiones compartida en el Hospital UTPL en el periodo julio 2012/marzo 2013”.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Pauta Moreno, Geovanny Fabricio.

DIRECTOR: Henríquez, Aquiles Rodrigo, Dr.

LOJA - ECUADOR

2017



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>

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Dr.

Aquiles Rodrigo Henríquez

DOCENTE DE TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado: ***“Evaluación del desempeño de los médicos en torno a la toma de decisiones compartida en el Hospital UTPL en el periodo julio 2012/marzo 2013”*** realizado por el profesional en formación Pauta Moreno Geovanny Fabricio, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, septiembre de 2017.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Geovanny Fabricio Pauta Moreno** declaro ser autor del presente trabajo de titulación: *“Evaluación del desempeño de los médicos en torno a la toma de decisiones compartida en el Hospital UTPL en el periodo julio 2012/marzo 2013”*, de la Titulación de Medicina, siendo el Dr. Aquiles Rodrigo Henríquez 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 que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

F:
Autor: Geovanny Fabricio Pauta Moreno.
Cédula: 1103567143

DEDICATORIA

El presente trabajo de titulación, que representa todos los esfuerzos y sacrificios para cumplirlo, lo dedico primeramente a mi madre, fue y sigue siendo un apoyo fundamental e incondicional en mi carrera, con sus sabios consejos supo alentarme y estimularme para que termine de mejor manera este trabajo. Esto se complementó con el apoyo de mi hermana, que es un ejemplo a seguir y que supo también apoyarme en los momentos precisos. Estas dos mujeres son pilar fundamental en mi vida.

Geovanny Fabricio

AGRADECIMIENTO

A DIOS, forjador de cada pensamiento y acción, quien me ha dado la fuerza para llevar a feliz término este sueño.

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.

A todas las personas de alguna u otra manera colaboraron con la recolección de datos, ya que sin su apertura y ayuda incondicional no hubiese sido posible la obtención de tan valiosa información.

Al Hospital UTPL y personal que contribuyó de alguna manera a la recolección de la información.

Geovanny Fabricio

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDOS

PÁGINAS

CARÁTULA	i
CERTIFICADO DE APROBACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi – vii
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3 - 4
OBJETIVOS.....	5
CAPÍTULO 1: LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.....	6
1.1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.2. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE.....	7
1.2.1. MODELO PATERNALISTA.....	8
1.2.2. MODELO INFORMATIVO.....	8
1.2.3. MODELO INTERPRETATIVO.....	8
1.2.4. MODELO DELIBERATIVO.....	9
1.3. CAMBIOS EN EL PARADIGMA.....	9
1.3.1. CAMBIO DE PARADIGMA Y CONFLICTO DE INTERESES.....	10
1.4. CIRCUNSTANCIAS DE LA ÉPOCA ACTUAL QUE INFLUYEN EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE.....	11
1.4.1. DE LOS MÉDICOS.....	11
1.4.2. DE LOS PACIENTES.....	11
1.4.3. DEL ENTORNO.....	11
CAPÍTULO 2: LA CONSULTA MÉDICA.....	12
2.1. INTRODUCCIÓN.....	13
2.2. DEFINICIÓN.....	13
2.3. TIPOS DE CONSULTA MÉDICA.....	13
2.3.1. CONSULTAS ORIENTADAS A RECABAR INFORMACIÓN.....	13
2.3.2. CONSULTAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	14
2.3.3. CONSULTA DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS.....	14
2.3.4. CONSULTAS EN LAS EMERGENCIAS.....	14

2.4.	FASES DE LA CONSULTA MÉDICA.....	14
2.4.1.	PREPARACIÓN.....	14
2.4.2.	INICIACIÓN.....	15
2.4.3.	EXPLORACIÓN.....	15
2.4.4.	TERMINACIÓN.....	15
2.5.	OBSTÁCULOS DE LA CONSULTA.....	15
2.5.1.	INCERTIDUMBRE ANTE LO DESCONOCIDO.....	15
2.5.2.	ESTEREOTIPO.....	16
2.5.3.	RESISTENCIA.....	16
2.5.4.	INEXPERIENCIA.....	16
2.5.5.	COMUNICACIÓN.....	17
2.5.6.	TIPOS DE PACIENTES.....	17
	CAPÍTULO 3: TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA.....	18
3.1.	INTRODUCCIÓN.....	19
3.2.	EL ROL DE MÉDICOS Y PACIENTES EN LA TDC Y LOS ELEMENTOS QUE LO INFLUENCIAN.....	19
3.3.	SESGOS DE INFORMACIÓN EN LOS ENCUENTROS CLÍNICOS.....	20
3.4.	CAPACIDAD DE DECISIÓN Y COMPETENCIAS.....	21
3.5.	LOS MÉDICOS COMO AGENTES MORALES Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	22
	METODOLOGÍA.....	23 - 27
	RESULTADOS.....	28 - 47
	DISCUSIÓN.....	48 - 49
	CONCLUSIONES.....	50
	RECOMENDACIONES.....	51
	BIBLIOGRAFÍA.....	52 - 53
	ANEXOS.....	54 - 58

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo analizar la interacción médico – paciente en torno a la toma de decisiones compartida en el Hospital UTP. Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional, de corte transversal. Del universo de 22 médicos de consulta externa, se tomó una muestra de 5 de las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia; se utilizó la observación encubierta mediante la grabación de audio de 13 consultas médicas, las cuales fueron analizadas mediante la Escala de observación de pacientes OPTION. De los 5 médicos participantes, 4 aplican el modelo deliberativo; no hubo gran diferencia entre los médicos al tratar la dispepsia y planificación familiar, que fueron los problemas de salud planteados. Se concluyó que el 80% de los médicos participantes aplican la toma de decisiones compartida, aunque no llegan a un nivel óptimo, además que problemas cotidianos de salud como dispepsia y planificación familiar pueden ser tratados por diversas especialidades, y no concretarlos a una sola (por ejemplo Gastroenterología y Ginecología).

PALABRAS CLAVE: Médico, Paciente, Toma de decisiones compartida.

ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the doctor - patient interaction around shared decision making at the UTPL Hospital. It was a descriptive, quantitative, observational, cross-sectional study. Of the universe of 22 outpatient doctors, a sample of 5 of the specialties of Gynecology, Internal Medicine, Gastroenterology and Family Medicine were taken; sampling was non-probabilistic for convenience; the covert observation was used by audio recording of 13 medical consultations, which were analyzed using the OPTION Patient Observation Scale. Of the 5 participating physicians, 4 apply the deliberative model; there was no great difference between physicians in treating dyspepsia and family planning, which were the health problems raised. It was concluded that 80% of the participating physicians apply shared decision-making, even though they do not reach an optimal level, and that daily health problems such as dyspepsia and family planning can be treated by different specialties, and not one (for example Gastroenterology and Gynecology).

KEYWORDS: Medical, Patient, Shared decision-making.

INTRODUCCIÓN

El modelo de relación clínica paternalista ha sido durante siglos el modelo dominante y todavía hay algunos pacientes que lo prefieren, aunque la tendencia es que deseen respeto del profesional a su autonomía.

Una relación basada en el respeto a la autonomía del paciente tiene que considerar, necesariamente, su opinión ante las posibles opciones de intervención diagnóstica o terapéutica. Es más, incluso en el modelo paternalista sería deseable conocer el punto de vista del paciente con anterioridad a cualquier decisión, excepto en casos en que explícitamente haya expresado lo contrario.

Se ha demostrado que las intervenciones profesionales para ayudar a decidir a los pacientes reducen la ansiedad que éstos puedan sufrir a consecuencia de sus problemas de salud, aumentan los conocimientos respecto a riesgos o enfermedades que les atañen, les aportan expectativas realistas en relación con las posibilidades de tratamiento y pueden motivarlos para un autocuidado efectivo (Costa, 2008).

Cuanta mayor gravedad tiene el motivo de consulta, más importante resulta atender a necesidades, expectativas y valores del paciente. Se puede afirmar que la toma de decisiones compartida es un instrumento terapéutico imprescindible en la relación médico-paciente, sea cual sea el modelo de dicha relación (Costa, 2008).

Muchos de los motivos de consulta se refieren a problemas triviales, y las decisiones clínicas consiguientes son fáciles de tomar. Los médicos pueden tomar algunas decisiones sin riesgo, las basadas en la certidumbre. Tener en cuenta la opinión del paciente durante el proceso de atención a su salud, además de ser una forma de humanizar la asistencia y un derecho derivado del reconocimiento de la autonomía de cada ser humano, es una forma de promover los autocuidados.

Se justifica el desarrollo del presente estudio porque se ha demostrado en otros países que la toma de decisiones compartida resulta fundamental en las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas del paciente, y no implica más tiempo en la consulta médica si la misma está dirigida adecuadamente (Costa, 2009).

La atención centrada en el paciente introduce un paradigma de relación clínica imprescindible para la humanización de la asistencia, porque cuando el centro de la atención clínica es el paciente en concreto, con sus valores y expectativas, resulta fundamental contar con él ante diversos tipos de decisiones (Costa, 2009).

Hay poca información en el país respecto a los médicos y la aplicación de la toma de decisiones compartida en sus consultorios. Por ende, como es un estudio nuevo en esta temática, no existen datos estadísticos que nos permita obtener información relevante. Al realizar una revisión bibliográfica no hay estudios a nivel del país, mucho menos en la ciudad de Loja que permita identificar claramente su aplicación. La ausencia de publicaciones impide caracterizar el desempeño de los médicos en torno a la TDC.

Por lo anteriormente dicho, fue un motivo fundamental para desarrollar esta investigación, y los resultados que se obtuvieron sirvan de aporte para futuras investigaciones.

Fue un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional, de corte transversal. El lugar que fue parte del estudio es el Hospital UTPL. Las autoridades de esta casa de salud dieron todas las facilidades para el desarrollo del estudio. Al ser una entidad de salud privada, con infraestructura moderna y de calidad en los diversos servicios que ofrece, también es importante conocer cómo es la relación médico – paciente en la consulta médica y la destreza de los médicos para llegar a un diagnóstico e implementación de un tratamiento.

El universo correspondió a los 22 médicos que laboran en consulta externa, de los cuales la muestra fueron 5 que firmaron el consentimiento informado, distribuidos en las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia; se utilizó la observación encubierta, mediante la grabación de audio de 13 consultas médicas, las que fueron analizadas mediante la escala de observación de pacientes OPTION. Los resultados que se obtuvieron son: la destreza del médico al momento de indagar sobre el problema de salud del paciente muestra el comportamiento a un buen nivel; el desarrollo de la consulta médica antes de establecer el tratamiento respectivo al problema identificado muestran el comportamiento a un nivel mínimo de destreza y también a un buen nivel, y de forma similar el proceso de toma de decisiones compartida en la consulta médica. De los 5 médicos participantes, 4 aplican el modelo deliberativo de la relación médico – paciente y 1 el modelo informativo; no hubo gran diferencia entre los médicos al momento de tratar la dispepsia y planificación familiar, que fueron los problemas de salud planteados.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la interacción médico – paciente en torno a la toma de decisiones compartida en el Hospital UTPL mediante un sistema estandarizado, con la finalidad de obtener información relevante respecto a la TDC.

Objetivos específicos

- Evaluar la destreza del médico al momento de indagar sobre el problema de salud del paciente.
- Analizar el desarrollo de la consulta médica antes de establecer el tratamiento respectivo al problema identificado.
- Conocer si existe el proceso de toma de decisiones compartida en la consulta médica.
- Determinar el modelo de relación médico – paciente que aplican los médicos de esta casa de salud.
- Comparar el desempeño de los médicos del Hospital UTPL según su especialidad.

CAPITULO 1
LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

1.1. Introducción

La relación médico-paciente era tan natural en la práctica de la medicina que no se hablaba de ella ni se escribía. Se consideraba un hecho su existencia como base del trabajo del médico con el enfermo, principio de lo que después se describió como el encuentro de una conciencia con una confianza. La relación de confianza entre dos seres humanos ha sido capaz de lograr muchas curaciones.

Se comienza a hablar de la relación médico-paciente cuando se empieza a sentir con alarma que se está perdiendo. Con el avance de la ciencia y tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento y parecería que la presencia curadora del médico deja de tener importancia. El elemento fundamental para una buena relación es la confianza, y este primer paso lo iniciaba el paciente al escoger a su médico para confiarle su bien más preciado: su salud.

El paciente contaba con que su enfermedad y algunos aspectos de ella permanecerían sólo en el conocimiento de él y de su médico. El médico dependía en un grado mucho mayor que ahora de su habilidad para acercarse al paciente, el diagnóstico se establecía con los datos que éste proporcionaba y en los signos de enfermedad que pudiera recoger por su exploración. Los análisis y pruebas de gabinete se solicitaban para corroborar diagnósticos o para ratificarlos (Arrubarrena, 2011).

Debemos aceptar que en la medicina actual sea institucional o privada hay elementos que no estimulan la confianza. En la relación médico-paciente, el médico debe estar consciente de que el paciente no tiene dañado solo un órgano, sino que enferma de manera integral. Por ello, debemos reflexionar que el enfermar conduce a sufrir. En ocasiones se padece mucho más de lo que se está enfermo y no debe olvidarse que cuando un paciente enferma de algo grave, enferma con él la familia.

1.2. Modelos de la relación médico paciente

Durante las dos últimas décadas, más o menos, hemos estado viviendo una polémica sobre el papel del paciente en la toma de decisiones médicas, la cual ha estado marcada por el conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y del médico (Arrubarrena, 2011). Para tratar de reducir el poder del médico, muchos han abogado por un modelo en que el paciente tenga un mayor control. Otros los cuestionan porque este modelo no asume el potencial desequilibrio que caracteriza la relación médico – paciente, donde una

parte está enferma y demanda seguridad, y donde se realizan juicios que conllevan la interpretación de la información técnica.

En la interacción del enfermo con el médico y el equipo de salud, basada en la comunicación y la disposición para conseguir objetivos comunes, como son la prevención de enfermedades, preservación y recuperación de la salud, con rehabilitación y reintegración al núcleo familiar, social y en ocasiones laboral, existen varios modelos de relación médico-paciente; cuatro son los más importantes y comúnmente aceptados (Sánchez, 2007).

1.2.1. Modelo paternalista.

También llamado “paternal” o “sacerdotal”. Los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados, con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar el dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que la conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor. Además, se presupone que el paciente debe estar agradecido por la decisión tomada por el médico, incluso si no estuviera de acuerdo con ella. En la tensión entre la autonomía del paciente y su bienestar, entre la capacidad de elección y la salud, el médico paternalista pone especial énfasis en estos últimos.

1.2.2. Modelo informativo.

A veces llamado modelo científico, técnico o del consumidor. Aquí el objetivo de la relación médico – paciente es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas. El modelo informativo se basa en una clara distinción entre los hechos y los valores del paciente que son conocidos y están bien definidos; lo que el paciente no conoce son los hechos. Es obligación del médico facilitar al paciente todos los datos disponibles y será él mismo, desde sus valores, quien determine qué terapéutica se le debe aplicar. Además, en este modelo, el médico es un suministrador de experiencia técnica y dota al paciente de los medios necesarios para ejercer el control de la situación.

1.2.3. Modelo interpretativo.

El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y los riesgos y beneficios de cada intervención posible. Además, en este modelo, el médico ayuda al paciente a aclarar y

articular sus valores, y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores. Según este modelo los valores del paciente no son necesariamente fijos ni conocidos por él. A menudo están poco definidos y el paciente los comprende sólo parcialmente; pueden entrar en conflicto cuando se aplican a situaciones concretas. Por consiguiente, es tarea del médico con el paciente aclarar y hacer coherentes esos valores. En este modelo el médico es un consejero, desarrolla un papel consultivo similar al de un gabinete ministerial para un Jefe de Estado, facilitando al paciente la información relevante, ayudándole a aclarar valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor los lleven a cabo.

1.2.4. Modelo deliberativo

El objetivo de la relación médico – paciente es ayudar a éste a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. El médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. No debe ir más allá de la persuasión moral. En este modelo el médico actúa como un maestro o amigo, comprometiendo al paciente en un diálogo sobre qué tipo de actuación sería la mejor. El médico indica no sólo qué es lo que el paciente podría hacer sino también el qué debería hacer, qué decisión respecto al tratamiento médico sería la más adecuada. La autonomía del paciente se concibe como un autodesarrollo moral.

1.3. Cambios en el paradigma

Todavía hasta principios del siglo XX, el médico contaba para realizar el diagnóstico de las enfermedades con un elemento fundamental: la entrevista con el enfermo. Esta peculiar relación de confianza del enfermo y comprensión del médico, se completaba con un detallado procedimiento de exploración física del enfermo que no se limitaba sólo a la región del organismo que parecía afectada.

En la actualidad los recursos de diagnóstico han aumentado considerablemente. Los exámenes de laboratorio se cuentan por cientos. Los métodos de gabinete auxiliares que iniciaron con la radiología, hoy ofrecen la Tomografía Axial Computarizada, la Resonancia Magnética, el PET, entre otros (Arrubarrena, 2011). En endoscopia hoy es posible explorar prácticamente todas las cavidades del ser humano. Por lo que hace al tratamiento de las enfermedades el cambio son los grandes avances de la terapéutica con medicamentos y las innovaciones y creación de técnicas en cirugía.

Con todos estos avances, la medicina de hoy sería gloriosa si no se hubieran insertado en ella elementos perturbadores que ocasionan cambios en el paradigma tradicional de la medicina y de la relación médico - paciente.

Debemos reconocer que hay dos aspectos completamente diferentes en estos cambios. Uno de ellos altamente positivo y otro negativo que puede invalidar los grandes adelantos mencionados y gestar la pérdida de los valores de antaño. *El cambio positivo* se refiere al avance hacia una medicina social, en beneficio de la colectividad, organizada para atender a todos los habitantes de un país o a un grupo de ellos. *El cambio negativo* del paradigma es la conversión de una profesión eminentemente humanística y de beneficio social, a una medicina concebida como una industria, en donde se debe buscar el beneficio de los inversionistas que han creado esta industria.

1.3.1. Cambio de paradigma y conflicto de intereses.

La medicina actual se encuentra en medio del fuego cruzado de los intereses económicos de una medicina convertida en industria, en la que el único fin no es el bien del enfermo, como tradicionalmente lo ha sido el acto médico sino que hoy día en su operación como industria la medicina privilegia el considerar redituable la inversión en ella. La comercialización de la industria de la medicina ha convertido a ésta, en un producto de mercado y en cuna de múltiples conflictos de intereses ya que siempre hay una contradicción, entre una estructura para hacer dinero, con otra para hacer el bien.

En la medicina actual se pueden reconocer a manera de ejemplo y entre otros, los siguientes conflictos de intereses: pagar y recibir comisiones por referir enfermos, recibir alguna compensación por utilizar determinados gabinetes y laboratorios, recibir regalos por parte de la industria farmacéutica al amparo del llamado “turismo académico”, recibir privilegios por tener “productividad” en hospitales privados, recibir compensaciones de compañías de seguros privados por limitar servicios a los asegurados (Sánchez, 2007).

El conflicto de intereses está presente también al hacerse un uso excesivo de la tecnología médica y al propiciar la sustitución de la medicina general por la especializada que debería restringirse sólo para los casos en que ésta se justificara. Finalmente este conflicto de intereses se ve influenciado por la propaganda que se realiza diaria y directamente en televisión, en revistas y sobre todo en internet.

1.4. Circunstancias de la época actual que influyen en la relación médico – paciente

1.4.1. De los médicos.

Ha aumentado la exigencia por parte del paciente y la sociedad, de tal manera que el trabajo del médico se realiza con la amenaza permanente de demandas y reclamaciones. La imagen pública del médico también ha cambiado en relación con la que tenía en el pasado. Hoy se le identifica como un trabajador de la salud, un asalariado, sino es que como burócrata. Ha perdido credibilidad entre un segmento de la sociedad, de tal forma que la relación médico-paciente se ha llenado de desconfianzas mutuas que propician una vigilancia de la actuación del médico por parte del paciente, sus familiares o sus abogados. Tampoco es raro que soliciten una segunda o tercera opinión.

El trabajo en equipo es hoy en día ponderado como una fórmula deseable para ejercer la medicina clínica, la que cada vez parece menos un asunto de un solo médico y su paciente. En las unidades de atención médica con frecuencia es un médico distinto el que atiende al paciente en cada cita. Cuando los equipos no están bien integrados el paciente puede recibir información diferente o hasta contradictoria por parte de cada uno de sus miembros.

1.4.2. De los pacientes.

El paciente ha adquirido una mayor conciencia de sus derechos y es cada vez más frecuente que defienda su capacidad de autodeterminación contando con el apoyo de la familia. La moderna bioética consagra el principio de autonomía para los pacientes competentes, de tal manera que se acepta que pueden incluso negarse a seguir las prescripciones del médico si no les parecen apropiadas y apoya el derecho del paciente a participar activamente en las decisiones que le conciernen.

1.4.3. Del entorno.

El papel de la tecnología moderna es difícil de calcular, pero no cabe duda que ha influido en la relación médico - paciente. La atención médica ha incrementado sus costos, por el uso de tecnología tan compleja como por el florecimiento del “negocio de la salud”. La economía ha invadido (como se ha venido señalando) el campo de la salud, puesto que ésta tiene que ser rentable, de las utilidades se benefician hoy muchas personas y no siempre el médico y el paciente, los que acaban siendo utilizados. Los sistemas que administran la atención médica no siempre están enfocados a la calidad en su sentido más amplio y si bien se han multiplicado no por ello han alcanzado mayor eficiencia.

CAPÍTULO 2
LA CONSULTA MÉDICA

2.1. Introducción

Para realizar una consulta médica efectiva se requieren habilidades, tales como la capacidad de comunicarse adecuadamente y tener buenas relaciones humanas. No solamente son necesarios los conocimientos científicos, sino que el profesional médico debe estar impregnado de comprensión humana, madurez y sabiduría para determinar en cada momento qué camino es el más beneficioso para un paciente concreto, teniendo en cuenta que es un ser integral y dinámico. Por lo tanto, la enfermedad no debe tomarse solamente como un trastorno biológico, sino como una percepción psicológica y social del individuo, se debe pretender buscar un equilibrio entre los dos aspectos (Salgueiro, 2008).

Desde el momento en que una persona decide recurrir al médico con el objetivo de que éste le ayude a conservar su salud o porque se siente enferma y desea sanar, comienza a percibir cierto alivio ya que irá al encuentro de un profesional que con sus conocimientos le brindará las herramientas para lograr estos propósitos. Este sentimiento de compartir con otro una carga al que se le supone un saber y un saber qué hacer, disminuye la angustia y permite organizar mejor los recursos propios para afrontar la situación.

El objetivo de una consulta médica es obtener una información histórica y médica necesaria en el tiempo que se dispone para la atención de un paciente posibilitando las acciones de salud que correspondan oportunamente (Salgueiro, 2008).

2.2. Definición

La consulta médica es el lugar o escenario principal donde se desarrolla un proceso de comunicación entre el médico y el paciente logrando un flujo comunicativo multidireccional.

2.3. Tipos de consulta médica

Existen diferentes tipos de consultas según el objetivo que se desee lograr, lo cual implica que también el tiempo invertido es variable. Es importante considerar que, si bien los aspectos afectivos y dinámicos que tienen lugar entre los involucrados, en muchas consultas no ocupan el foco de la atención del médico; no por ello dejan de tener existencia y es conveniente tener por lo menos noción de lo que acontece en el terreno relacional e interaccional para tomar medidas en caso de ser necesario (Campo – Cabal, 2006).

2.3.1. Consultas orientadas a recabar información.

Focalizadas en la obtención de datos. La dimensión relacional queda en segundo plano.

- Consultas de admisión (en algunos países no se aplica).
- Consultas para realizar la historia clínica.
- Consultas de evaluación de la evolución de los tratamientos.
- Consultas de proyectos de investigación.

2.3.2. Consultas psicoterapéuticas.

La información es fundamentalmente psicosocial. Los signos y síntomas que se recaban corresponden al área del pensamiento, de los afectos o del comportamiento. El objetivo no está focalizado en recabar información sino en producir cambios en el área de su competencia: atenuación o desaparición de síntomas emocionales displacenteros, mejoramiento de los vínculos interpersonales, del propio rendimiento intelectual, personal, etc. Es una entrevista terapéutica cuya técnica dependerá de la orientación del terapeuta.

2.3.3. Consultas de los médicos especialistas.

En este caso todo el esfuerzo se concentra específicamente en lograr información del área que les compete. Generalmente estos profesionales reciben a sus pacientes por derivación de otros colegas, especialmente médicos clínicos. Pero en los últimos años, los pacientes suelen solicitar ser atendidos por un especialista directamente, lo que muchas veces confunde y produce retrasos en el diagnóstico.

2.3.4. Consultas en las emergencias.

La consulta está orientada especialmente a lograr la obtención de datos que faciliten la rápida resolución de la patología aguda. Es diagnóstica y también terapéutica.

2.4. Fases de la consulta médica

2.4.1. Preparación.

Esta fase comprende todo aquello que se moviliza cuando el paciente toma la decisión de realizar la consulta con el médico.

- Anticipación.
- Planificación.
- Preconceptos del paciente y el médico.
- Preparación del lugar donde se desarrolla la consulta.
- Ansiedades personales.

2.4.2. Iniciación.

Comienza con el encuentro con el médico. En esta etapa las ideas y preconcepciones de la fase anterior se confrontarán con la realidad.

- Clima terapéutico.
- Contención.
- Comentarios personalizados.
- Motivo de consulta.

2.4.3. Exploración.

En esta etapa ambos participantes de la consulta se dedican al tema principal de ésta, la afección del paciente. Finaliza con la realización del examen físico.

- Historia de los problemas.
- Expresión de los sentimientos.
- Examen físico.

2.4.4. Terminación.

Consiste en aclarar y acordar una serie de normas que regirán la relación y las acciones para lograr la recuperación de la salud.

- Encuadre.
- Resumen breve y específico del problema.
- Objetivo consensuado.
- Contrato.
- Dudas e inquietudes del paciente.

2.5. Obstáculos de la consulta

Existen factores que pueden actuar contra el desenvolvimiento fluido de la consulta médica (Salgueiro, 2008).

2.5.1. Incertidumbre ante lo desconocido.

Tanto médico como paciente llegan con la incertidumbre de lo que será la entrevista. El primero, por considerar al entrevistado una incógnita que está por resolver, dado lo cual debe comparar lo observado con sus conocimientos. El paciente, porque coloca al terapeuta en un nivel superior, en la ubicación del que "sabe" y puede resolver lo que él no pudo, lo cual genera

esperanza, pero paralelamente está presente la duda: ¿lo podrá resolver? Estas dos vivencias contrarias influyen en la entrevista hasta que el paciente encuentra las señales necesarias que hacen prevalecer una de ellas.

2.5.2. Estereotipo.

También es importante el estereotipo o patrón de conducta que desempeña socialmente cada persona, ya que ayuda a predecir la conducta de otros y la propia. Estas categorizaciones afectan tanto al paciente como al médico; no obstante, se debe aprender a manejar, en primera instancia, la que indica qué esperar del paciente, pues es posible que esto se convierta en prejuicios hacia las personas con quienes se va a trabajar. Así, los médicos se dejan influenciar, cambian la perspectiva y ven lo que no existe o pasan por alto lo que es evidente.

2.5.3. Resistencia.

La resistencia es la actitud del paciente que se opone a los objetivos terapéuticos de la entrevista. A continuación se encuentran:

- Resistencia de represión: el paciente elude impulsos amenazantes y los mantiene fuera de su conciencia, lo que impide que identifique el conflicto subyacente a su enfermedad.
- Resistencia de transferencia: se desprende de cualquier actitud de transferencia o vinculación de algún aspecto de la consulta con algo pasado, lo cual impide resolver los conflictos básicos.
- Resistencia de ganancia secundaria: el paciente no acepta renunciar a los beneficios secundarios que lleva consigo su patología, como recibir atención y simpatía, por lo que prefiere seguir enfermo.

2.5.4. Inexperiencia.

Otro obstáculo para realizar una adecuada consulta es la inexperiencia. Si el médico tiene bien planteados sus objetivos y es consciente de sus capacidades y dificultades, la consulta será más espontánea y se logrará más confianza. Es común que los médicos principiantes se encuentren más ansiosos que un experto, y los mecanismos que se utilizan para dominar esta ansiedad no permiten percibir los sutiles cambios en las respuestas emocionales del paciente, y en ocasiones interrumpirlo con preguntas y no permitirle que concluya la respuesta anterior. En el otro extremo, el médico puede ser pasivo y no saber cuándo se debe ofrecer apoyo, explicaciones o interpretaciones, mientras el paciente espere una respuesta concreta.

2.5.5. Comunicación.

El médico siempre debe tener en cuenta el contexto cultural, la educación y las creencias del consultado, con el fin de lograr una comunicación más precisa y acertada, de tal forma que tanto médico como paciente sepan de qué se está hablando, sobre todo cuando se explica el diagnóstico y el tratamiento. Es necesario evitar en todo momento los términos técnicos, pero esto no significa dejarse llevar al punto de caer en términos “vulgares”.

La comunicación implica que así como se debe aprender a manejar las características del individuo, hay que aprender a respetarlas (cultura, creencias y valores), a pesar de que vayan contra la cultura propia.

2.5.6. Tipos de pacientes.

Otros obstáculos para el desarrollo de la consulta lo constituyen ciertos tipos de pacientes, donde el médico debe identificarlos a la brevedad posible; entre ellos tenemos:

- El paciente que no habla.
- El paciente agresivo.
- El paciente seductor.
- El paciente manipulador.

CAPITULO 3
TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

3.1. Introducción

En las últimas décadas se está replanteando el papel que desempeña el paciente en los sistemas sanitarios, tanto desde un punto de vista legal como social. Este fenómeno está llevando a una mayor implicación del paciente en la toma de decisiones. Desde que se describió por primera vez el término “Toma de decisiones compartida” (TDC) en 1982, han sido numerosos los trabajos de investigación realizados y publicados, fundamentalmente a partir de la década de los 90 (Costa, 2011).

La importancia que tiene la promoción de la participación de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por la misma casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia. Tal es el caso de General Medical Council de Reino Unido, Long Term Conditions Alliance, US Preventive Services Task Force y la propia OMS (Peralta, 2010).

Es evidente que para una correcta y completa valoración de la idoneidad de las conductas del médico en la promoción de un grado de participación adecuado, además de las conductas del profesional, será preciso tener en cuenta otros condicionantes externos que pueden matizar el desarrollo de este proceso en una consulta. Solo así será posible acercarnos al grado de responsabilidad ética que el profesional, mediante un comportamiento determinado, está asumiendo en este proceso.

Enfocando la aplicación de la TDC, existe una gran variabilidad en diversos países, como los de Norteamérica y Europa donde consideran de gran utilidad aplicarla. Esta situación difiere mucho en Ecuador, donde aún predomina el modelo paternalista, aunque tengan conocimiento y hayan sido preparados al respecto, no lo aplican, porque esto implicaría más tiempo en la consulta médica, aunque existen estudios que demuestran lo contrario (Delgado, 2010).

Investigadores como Kaplan, han demostrado que adoptar un estilo más participativo puede mejorar los resultados de salud (Peralta, 2010). Él llevó a cabo un trabajo en pacientes con diferentes enfermedades (hipertensión, diabetes, cáncer de mama y enfermedad ulcerosa), incluyendo dos grupos aleatorizados. Un grupo recibió una intervención educativa en la que fueron informados sobre las opciones de tratamiento e instruidos en cómo plantear preguntas apropiadas en las consultas, y el otro al que le fue dada información básica. En el primero, se produjo una mayor implicación y una mejora de resultados subjetivos, físicos y funcionales sin que el tiempo de consulta aumentara en ninguno de los grupos.

Implicar a los pacientes en la toma de decisiones es una buena estrategia para mejorar la adherencia a los tratamientos, sean estos farmacológicos, quirúrgicos o medidas generales. Sin embargo, la información, sobre todo la referida a enfermedades con mal pronóstico, puede ser iatrogénica. La toma de decisiones, si no es conducida profesionalmente de forma adecuada, puede empeorar la evolución.

El paciente quiere implicarse en las decisiones que afectan a su salud, pero no siempre está seguro de haber tomado la decisión adecuada. La toma de decisiones puede provocar disonancia cognitiva o ambivalencia, que se podría definir como incertidumbre sobre el curso de acción óptimo ante una elección que incluye riesgo, pérdidas o cambios en los valores personales (Costa, 2009).

Diversos profesionales de la salud sostienen que la toma de decisiones compartida implica más tiempo en la consulta; pero, es indispensable que todos los médicos, sean de atención primaria o de especialidad, tengan conocimiento que al realizar esta acción, están haciendo de su paciente alguien activo, consciente de lo que padece y, no necesariamente llevará mucho tiempo al hacerlo si la consulta está bien dirigida desde el inicio.

3.2. El rol de médicos y pacientes en la TDC y los elementos que lo influyen

Es importante tener en cuenta una serie de factores, a la luz de la literatura científica revisada, que muestran los elementos que influyen en la TDC dependiendo del rol que desempeñen los médicos y los pacientes. Destacan entre ellos:

- a) La información proporcionada al paciente.
- b) El deseo de participación de los protagonistas del encuentro clínico.
- c) Las características específicas de cada situación (tipo de enfermedad, tipología de paciente, etc.)

3.3. Sesgos de información en los encuentros clínicos

Diferentes estudios han determinado que tanto la visión de la enfermedad como la información de la que se dispone, puede no ser coincidente entre médico y paciente, en cuanto a los siguientes aspectos:

Percepción de la enfermedad: algunos pacientes piensan que los síntomas que presentan son debidos a enfermedades más graves de lo que realmente son y estos, construyen a menudo

modelos explicativos para entender sus síntomas que pudieran no coincidir con los de su médico.

Coincidencia entre la información aportada y la recibida: el método que se utilice para presentar la evidencia disponible al paciente influirá en la interpretación que éste haga de la misma. Sin embargo, no existe un método concreto para presentar la información que haya demostrado ser más adecuado en situaciones clínicas similares.

3.4. Capacidad de decisión y competencias

Cuando los pacientes no tienen la capacidad de entender su estado de enfermedad y valorar las consecuencias de la decisión, se dice que falta capacidad de toma de decisiones. Si bien la capacidad de toma de decisiones es a veces sinónimo de competencia, la misma es una determinación legal donde una persona carece de la capacidad cognitiva para tomar decisiones razonadas. Cuando un tribunal determina que una persona es incapaz de tomar decisiones médicas, esa persona es incapaz de dar su consentimiento para el tratamiento, incluso si él puede entender su condición médica y las opciones y los resultados del tratamiento. La situación de los adultos incapaces será similar a la de los menores de edad que, independientemente de la comprensión y la capacidad de toma de decisiones, son legalmente incapaces de dar su consentimiento al tratamiento. Los médicos en estas situaciones a menudo tratan de conciliar las responsabilidades legales y éticas a sus pacientes mediante el fomento de su participación en la discusión del tratamiento tanto como sea posible.

La falta de capacidad de toma de decisiones es una determinación clínica. Puede ser obvio, como en pacientes que están inconscientes, delirantes o dementes. En otros casos, la falta de capacidad de toma de decisiones puede ser considerablemente menos obvia, incluso cuestionable. No hay una sola prueba o estándar para determinar la capacidad de tomar decisiones. Los médicos deben confiar en las entrevistas clínicas y los hallazgos, las respuestas a las pruebas neurológicas y psicológicas, y los informes de otros familiares. En los casos difíciles, los profesionales pueden consultar con colegas especialistas tales como psicólogos o psiquiatras, consejeros del hospital, gestión de riesgos o el comité de ética del hospital.

Cuando se determina que un paciente carece de capacidad para tomar decisiones, una alternativa es una persona que lo sustituya. Dependiendo de las circunstancias médicas, la

ubicación geográfica, las políticas hospitalarias, las costumbres locales y los correspondientes estatutos legales, familiares o sustitutos designados pueden participar.

3.5. Los médicos como agentes morales y el consentimiento informado

En el proceso de consentimiento informado, los médicos tienen una moral y una responsabilidad profesional de actuar en beneficio de sus pacientes. Su divulgación y asesoramiento debería basarse en lo que mejor sirva a las necesidades de sus pacientes. Cuando estos conflictos están presentes y no se pueden evitar, los médicos deben asegurarse de que no influyan en el alcance de la divulgación a los pacientes, o manipular la presentación de opciones de tratamiento.

Los médicos deben respetar la autonomía y el derecho a la privacidad de sus pacientes que tienen capacidad de decisión. Cuando los clínicos interrogan a un paciente para determinar la capacidad de decisión, pueden consultar a los familiares sobre el estado mental del paciente sin su consentimiento específico.

Cuando los pacientes solicitan un tratamiento que pueda causar daño, o no tienen promesa de beneficio sobre la base de evaluaciones empíricas, los médicos pueden negarse a ordenar o proporcionar dicho tratamiento. Ellos deben considerar la petición, pero no están moralmente obligados a proporcionar cualquier tratamiento que ellos creen que carece de validez científica. Los médicos también pueden negarse a participar en cualquier tratamiento a los que se oponen moralmente; además, tienen la obligación de informar a los pacientes de su oposición moral.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trató de un estudio descriptivo, cuantitativo, observacional, de corte transversal.

Área de estudio

El lugar donde se realizó la investigación fue el Hospital UTPL.

Universo

El universo correspondió a los médicos que laboran en consulta externa del Hospital UTPL, que corresponden a 22, distribuidos en las distintas especialidades.

Muestra

Tamaño de la muestra

La muestra correspondió a 5 médicos que realizan consulta externa en las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar.

Tipo de muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Consentimiento Informado firmado.
- Médicos que realizan consulta externa en las especialidades de Ginecología, Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar del Hospital UTPL.

Criterios de exclusión

- Médicos que realizan consulta externa en especialidades distintas a Ginecología, Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar del Hospital UTPL.
- Consentimiento informado sin firmar.

Variables: a continuación se nombran las variables usadas en este estudio:

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN O ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo cronológico de una persona.	Años	Edad en años cumplidos del médico al momento de la consulta.

Sexo	División biológica del ser humano.	Masculino Femenino	1 = M 2 = F
Especialidad del médico	Profesional que practica la medicina, que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.	Especialidades: *Ginecología. *Gastroenterología. *Medicina Interna. *Medicina Familiar.	1 = Ginecología. 2 =Gastroenterología. 3 = Medicina Interna. 4 = Medicina Familiar.
Estilo de relación médico – paciente	Es aquella relación que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.	- Modelo paternalista. - Modelo informativo. - Modelo interpretativo. - Modelo deliberativo (compartido).	Se expresará en % mediante el programa Office Excel 2010.
Atención a un problema	Forma en la que el médico aborda el motivo de consulta del paciente.	Cualitativa	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 tratar un problema	Forma en la que el médico menciona al paciente las maneras de tratar el problema.	Cualitativa	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.	Cualitativa	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 que proporciona el médico al paciente respecto al problema consultado.	Cualitativa	0 = No se observa el comportamiento. 1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.

			<p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Condiciones de las opciones	Ventajas y desventajas de las alternativas proporcionadas al paciente.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Expectativas del paciente	Ideas del paciente para tratar su problema que son exploradas por el médico.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Inquietudes del paciente	Temores que siente el paciente para tratar su problema que son explorados por el médico.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Entendimiento del problema	El médico asegura que el paciente ha entendido la información respecto a su problema.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Proceso de toma de decisión	Consiste en las oportunidades que da el médico al paciente de hacer preguntas al proceso de toma de decisiones.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p>

			<p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Participación en la toma de decisiones	Nivel de participación del paciente en la toma de decisiones obtenido por el médico.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
Concreción de la toma de decisiones	Indicaciones que da el médico al paciente para dar el paso a la toma de decisiones.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>
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.	Cualitativa	<p>0 = No se observa el comportamiento.</p> <p>1 = Se hace el mínimo intento de mostrar el comportamiento.</p> <p>2 = Se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza.</p> <p>3 = Se muestra el comportamiento a un buen nivel.</p> <p>4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.</p>

Elaboración: El autor

Método e instrumento de recolección de datos

Método

Como método de observación se utilizó la observación encubierta.

Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se usó la escala de observación participativa OPTION, que es un formato único establecido que valora el comportamiento del médico en la consulta a través de grabaciones de audio o video, con una calificación de 0 a 4. Examina si los problemas están bien definidos, si las opciones son formuladas, la información proporcionada, la

comprensión del paciente y el rol de preferencia del evaluado, y las decisiones examinadas tanto desde la perspectiva del profesional y del paciente. En general, las características del diseño y la validez del contenido de esta escala fueron desarrolladas para realizar estudios cualitativos y evaluar las competencias clínicas y la implicación de los pacientes en la toma de decisiones compartida.

Procedimiento

Primeramente se contó con los permisos para realizar el estudio en el Hospital Universidad Técnica Particular de Loja; seguidamente se hizo firmar el Formulario de Consentimiento a los médicos que cumplieron los criterios de inclusión, en el cual consta detalladamente su participación. Al mes siguiente de la firma del consentimiento, se procedió con la asignación de las consultas según la agenda establecida de cada médico. Una vez establecidos estos aspectos, se tuvo una reunión con los pacientes estandarizados para coordinar las fechas en que se realizó la grabación de las consultas. Al concluir con todas las grabaciones, éstas fueron analizadas mediante el uso de la escala OPTION, cuyo resultado sirvió para determinar el rol del médico en torno a la toma de decisiones compartida.

Tabulación y análisis

En total se grabó 13 consultas médicas; cada una fue analizada por la escala OPTION; los datos obtenidos se tabularon utilizando el programa Microsoft Excel 2010, en el cual se creó una base de datos, y se ordenó la información. Para las variables cualitativas se hizo el análisis descriptivo utilizando frecuencias absolutas y relativas; mediante porcentajes se graficó pasteles. Para las variables cuantitativas se hizo el análisis descriptivo univariado para determinar su normalidad y se calculó medidas de tendencia central como la media aritmética. Todo este análisis nos sirvió para mostrar los resultados de la evaluación a los médicos en torno a la toma de decisiones compartida.

RESULTADOS

DATOS GENERALES

Total de consultas médicas: 13.

Duración de las consultas médicas (min, seg): (42,46), (9,42), (15,46), (20,57), (13,47), (15,31), (31,05), (17,48), (5,18), (9,47), (20,7), (12,4), (12,36).

- *Promedio:* 17,33 minutos/consulta.

Personal médico: 5 (masculino: 3; femenino: 2).

Pacientes: 5 (masculino: 3; femenino: 2).

- Paciente #1 realizó consulta en Medicina Familiar, Medicina Interna 1, Medicina Interna 2.
- Paciente #2 realizó consulta en Medicina Familiar y Medicina Interna 1.
- Paciente #3 realizó consulta en Gastroenterología y Medicina Interna 1.
- Paciente #4 realizó consulta en Medicina Familiar, Gastroenterología y Ginecología.
- Paciente #5 realizó consulta en Gastroenterología, Ginecología y Medicina Interna 2.

Consulta nueva: 13.

Consulta subsecuente: 0.

Consulta en colaboración: 0.

Descripción del problema principal: dispepsia y planificación familiar.

- *Dispepsia:* 8.
- *Planificación familiar:* 5.

Niveles de observación de la Escala OPTION

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 observa el comportamiento a un buen nivel.

4 = Se muestra el comportamiento a un nivel muy alto.

RESULTADO N° 1
DESTREZA DEL MÉDICO AL MOMENTO DE INDAGAR SOBRE EL PROBLEMA DE
SALUD DEL PACIENTE

Tabla N° 1. Atención a un problema identificado que requiere un proceso de toma de decisión

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	0	0
Nivel 2	1	7,69
Nivel 3	11	84,62
Nivel 4	1	7,69
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

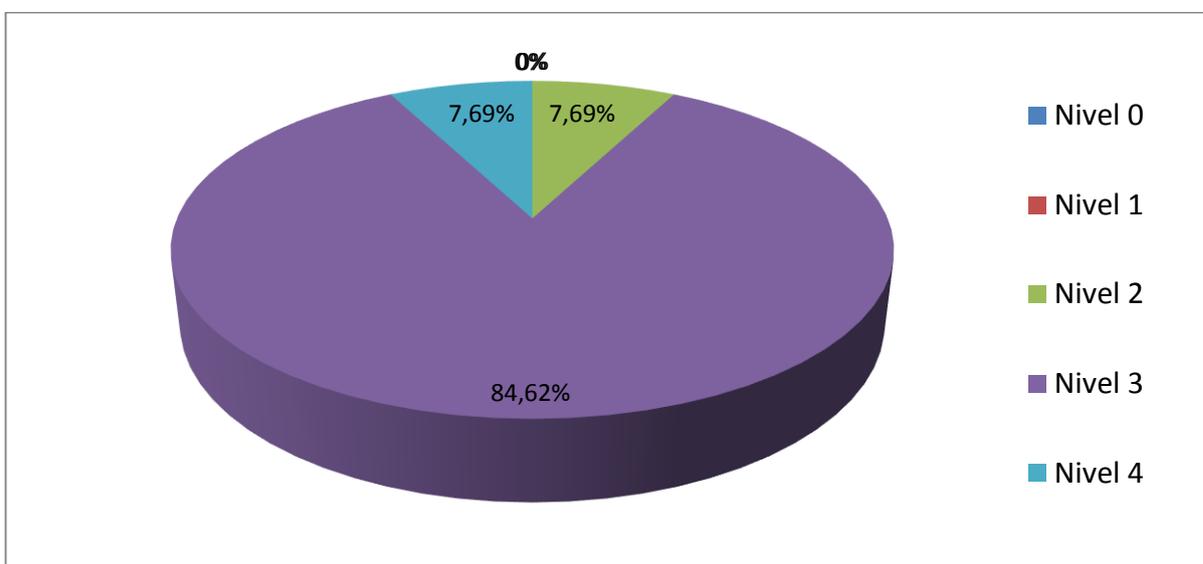


Gráfico N° 1. Atención a un problema identificado que requiere un proceso de toma de decisión

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

Se puede observar que el 84,62% de las consultas médicas analizadas, los médicos respondieron al ítem 3 de observación; significa que muestran el comportamiento a un buen nivel para atender a un problema identificado que requiere un proceso de toma de decisión.

Tabla N° 2. Diversidad de maneras de tratar el problema

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	1	7,69
Nivel 2	5	38,46
Nivel 3	5	38,46
Nivel 4	2	15,39
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

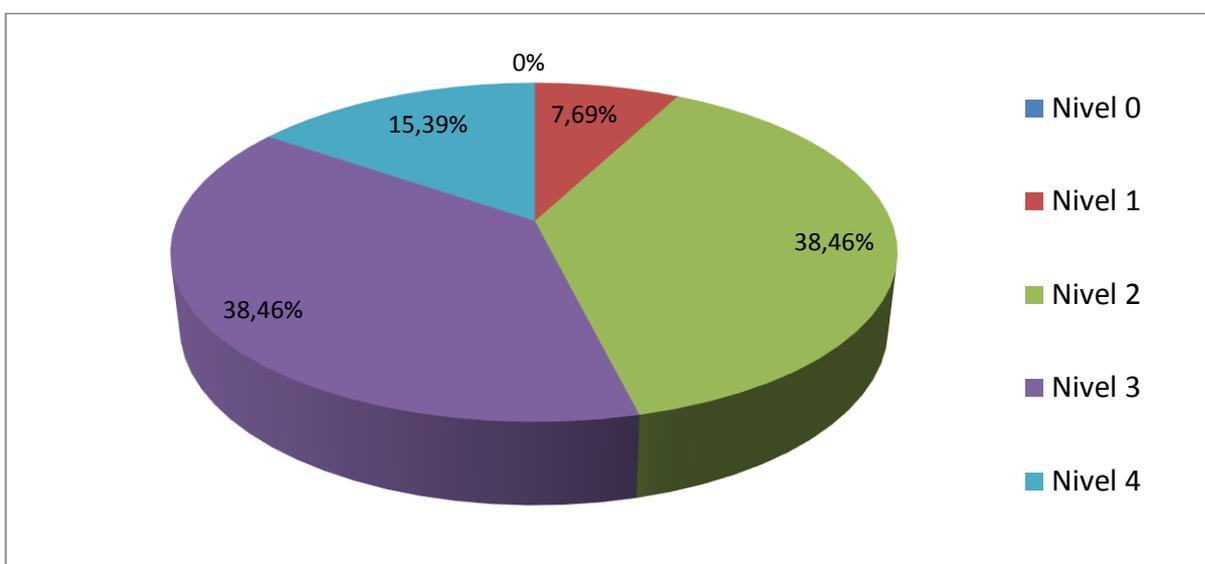


Gráfico N° 2. Diversidad de maneras de tratar el problema

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existe un 38,46% para los ítems 2 y 3, respectivamente. Esto quiere decir que para mencionar diversas maneras de tratar el problema por el cual el paciente acude, en un grupo de consultas se observa el comportamiento del médico a un nivel mínimo de destreza, y en otro grupo se muestra el comportamiento a un buen nivel.

Tabla N° 3. Evaluación de la manera en que el paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	1	7,69
Nivel 2	5	38,46
Nivel 3	7	53,85
Nivel 4	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

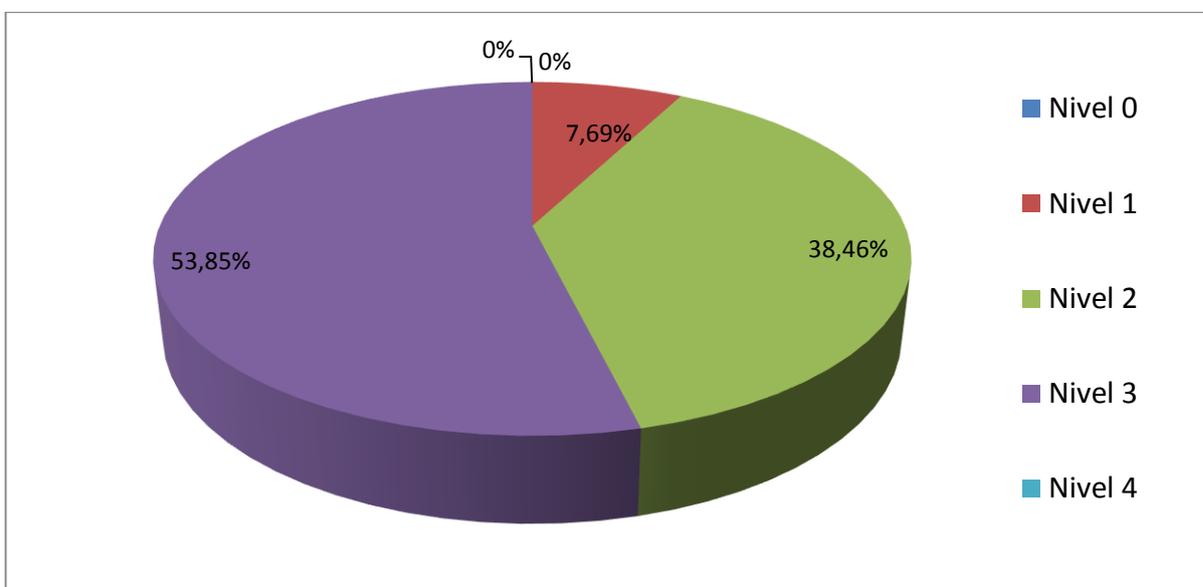


Gráfico N° 3. Evaluación de la manera en que el paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 3, que corresponde al 53,85%. Esto quiere decir que los médicos para evaluar la manera en que el paciente prefiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión en este porcentaje de consultas, se mostró el comportamiento del profesional a un buen nivel.

Tabla N° 4. Lista de opciones por parte del médico

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	2	15,38
Nivel 3	7	53,85
Nivel 4	3	23,08
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

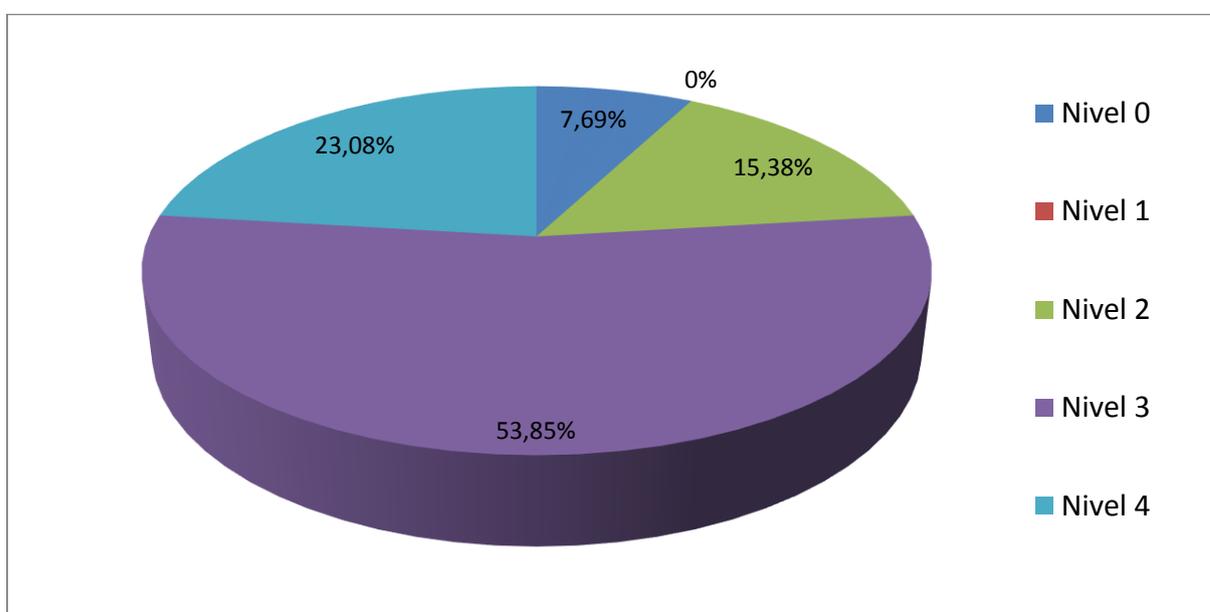


Gráfico N° 4. Lista de opciones por parte del médico

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 3, que corresponde al 53,85%. Esto quiere decir que los médicos mostraron el comportamiento a un buen nivel para dar una lista de opciones a sus pacientes en este grupo de consultas.

RESULTADO Nº 2

**DESARROLLO DE LA CONSULTA MÉDICA ANTES DE ESTABLECER EL
TRATAMIENTO RESPECTIVO AL PROBLEMA IDENTIFICADO**

Tabla N° 5. Ventaja y desventajas de las opciones

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	7	53,85
Nivel 3	3	23,08
Nivel 4	2	15,38
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

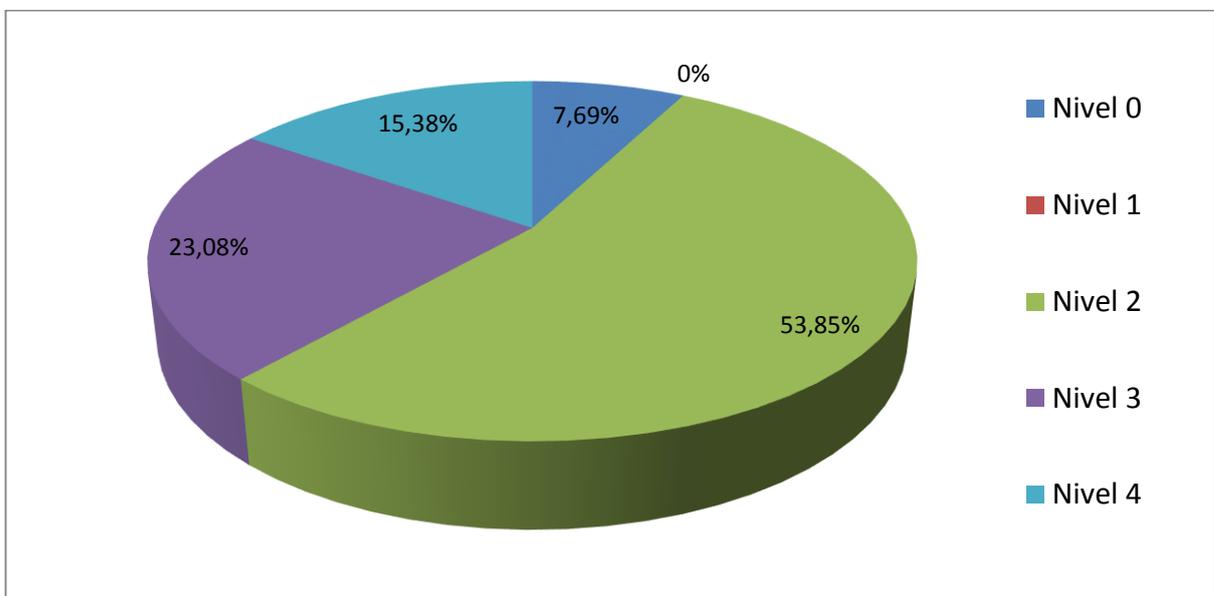


Gráfico N°5. Ventaja y desventajas de las opciones

Fuente: Ficha de recolección de datos.

Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 3, que corresponde al 53, 85%. Esto quiere decir que los médicos que realizaron este grupo de consultas mostraron el comportamiento a un buen nivel al momento de explicar las ventajas de las opciones al paciente.

Tabla N°6. Exploración de las expectativas del paciente al tratar los problemas

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	1	7,69
Nivel 2	6	46,15
Nivel 3	6	46,15
Nivel 4	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

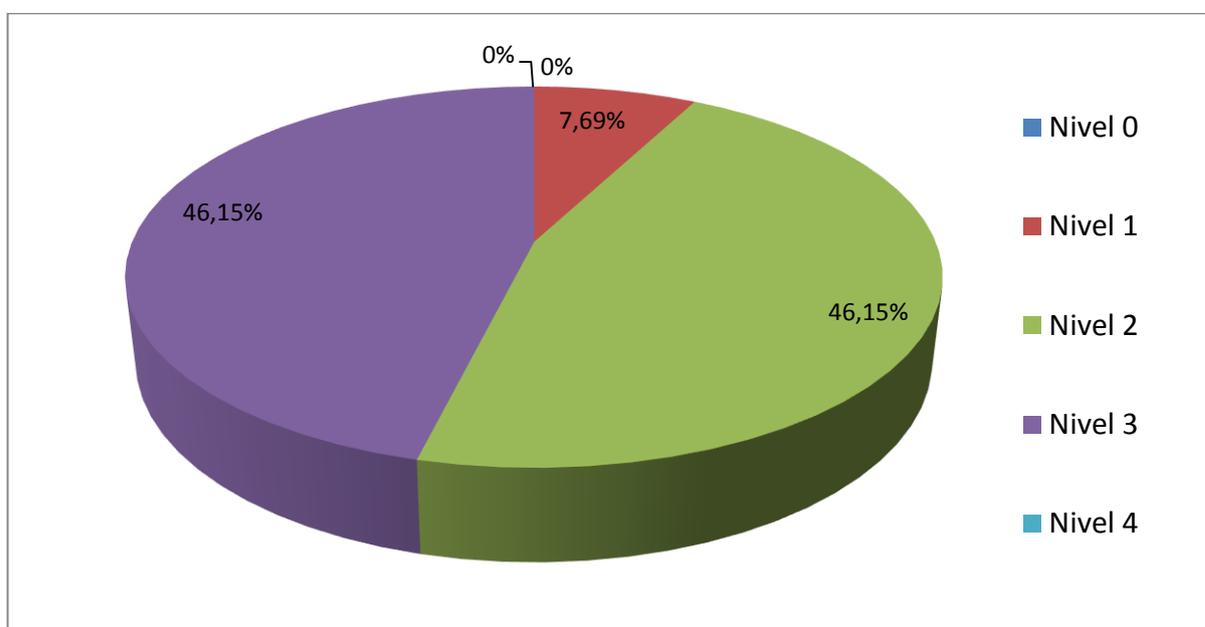


Gráfico N° 6. Exploración de las expectativas del paciente al tratar los problemas

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existen dos grupos que representan la mayoría del total, relacionadas a los ítems 2 y 3. Esto quiere decir que en el primer grupo, con un porcentaje del 46,15% del total de consultas, los médicos mostraron un nivel mínimo de destreza respecto a explorar las expectativas del paciente al tratar los problemas; mientras que en el segundo grupo, de porcentaje similar de consultas al anterior, los médicos mostraron el comportamiento a un buen nivel.

Tabla N°7. Exploración de las inquietudes del paciente respecto al tratamiento del problema

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	1	7,69
Nivel 2	7	53,85
Nivel 3	4	30,77
Nivel 4	1	7,69
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

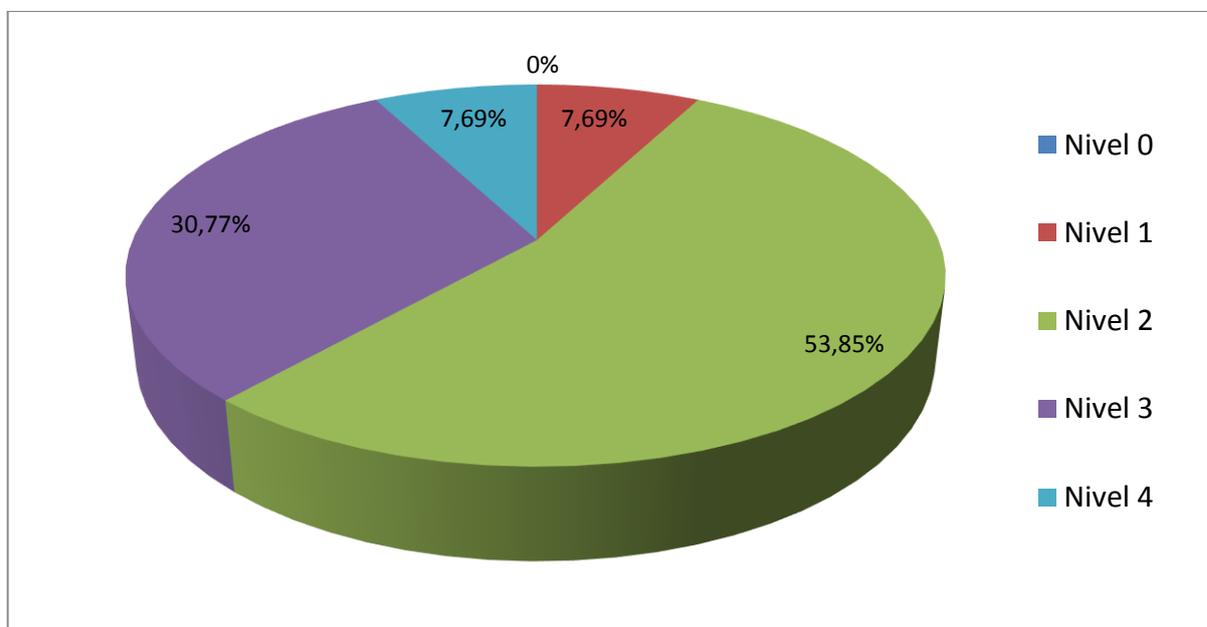


Gráfico N°7. Exploración de las inquietudes del paciente respecto al tratamiento del problema

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas analizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 2, que corresponde al 53,85%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas mostraron el comportamiento para explorar las inquietudes del paciente respecto al tratamiento del problema pero a un nivel mínimo de destreza.

Tabla N°8. El médico se asegura que el paciente haya entendido la información

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	8	61,54
Nivel 3	3	23,08
Nivel 4	1	7,69
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

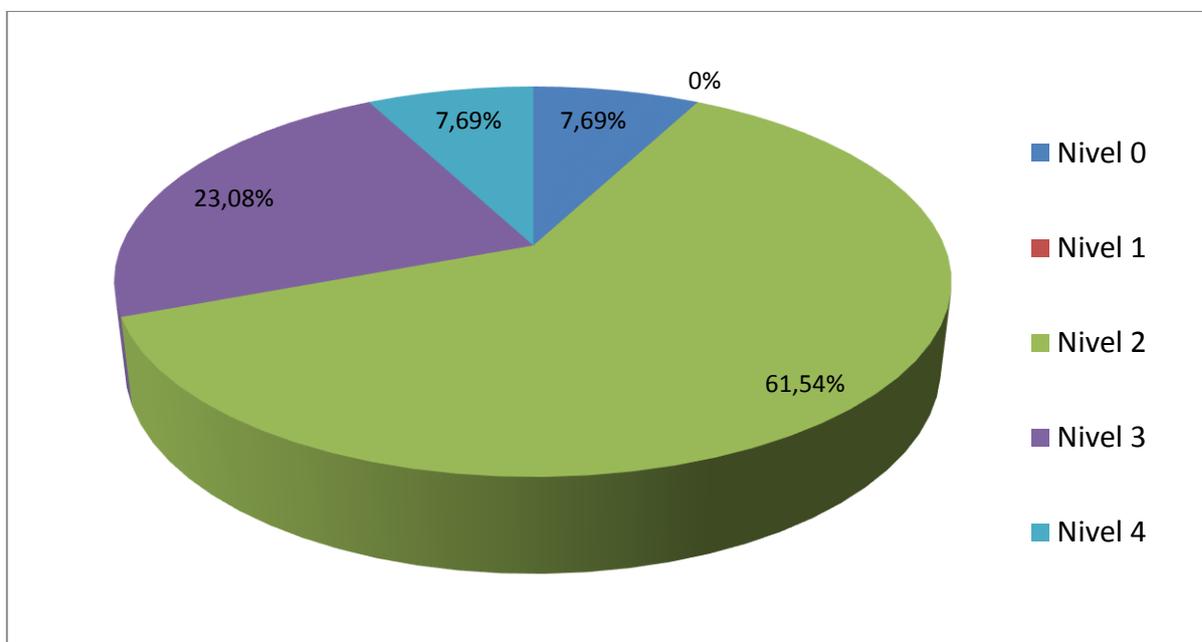


Gráfico N° 8. El médico se asegura que el paciente haya entendido la información

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas realizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 2, que corresponde al 61,54%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas tuvieron el comportamiento a un nivel mínimo de destreza para asegurarse que el paciente haya entendido la información.

RESULTADO Nº 3

PROCESO DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA CONSULTA MÉDICA

Tabla N° 9. Oportunidad que da el médico para hacer preguntas concretas durante la toma de decisiones

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	0	0
Nivel 1	1	7,69
Nivel 2	8	61,54
Nivel 3	3	23,08
Nivel 4	1	7,69
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

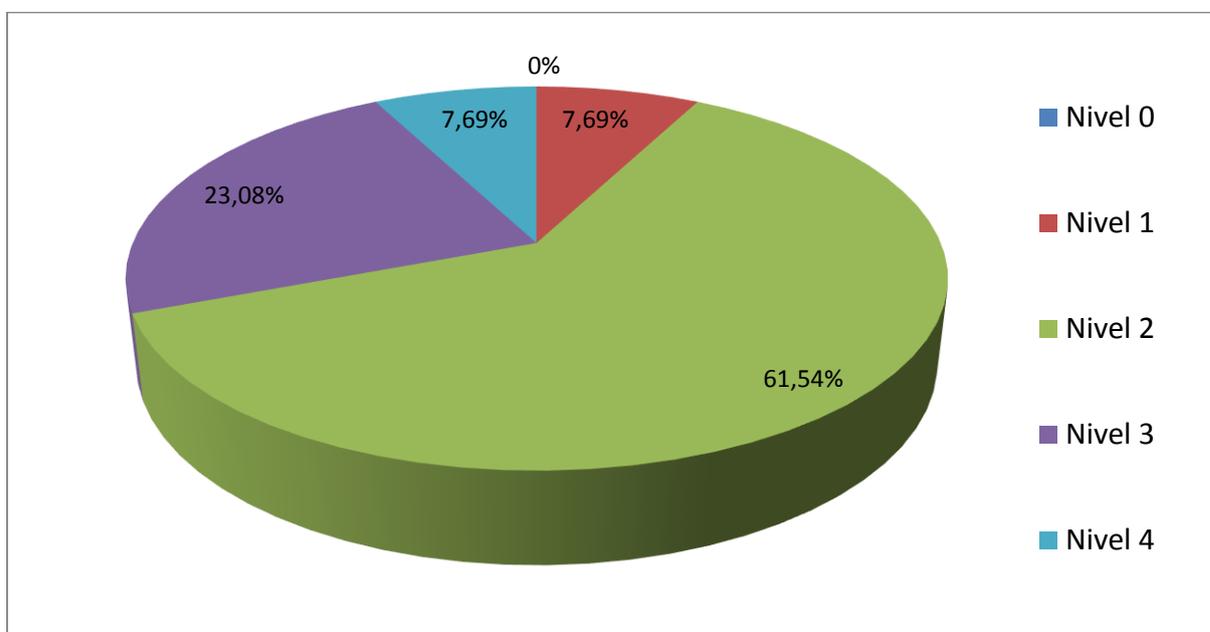


Gráfico N°9. Oportunidad que da el médico para hacer preguntas concretas durante la toma de decisiones

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas realizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 2, que corresponde al 61,54%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas dieron oportunidad a los pacientes para hacer preguntas concretas durante la toma de decisiones pero a un nivel mínimo de destreza.

Tabla N° 10. Obtención del nivel de participación del paciente en la toma de decisiones

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	8	61,54
Nivel 3	4	30,77
Nivel 4	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

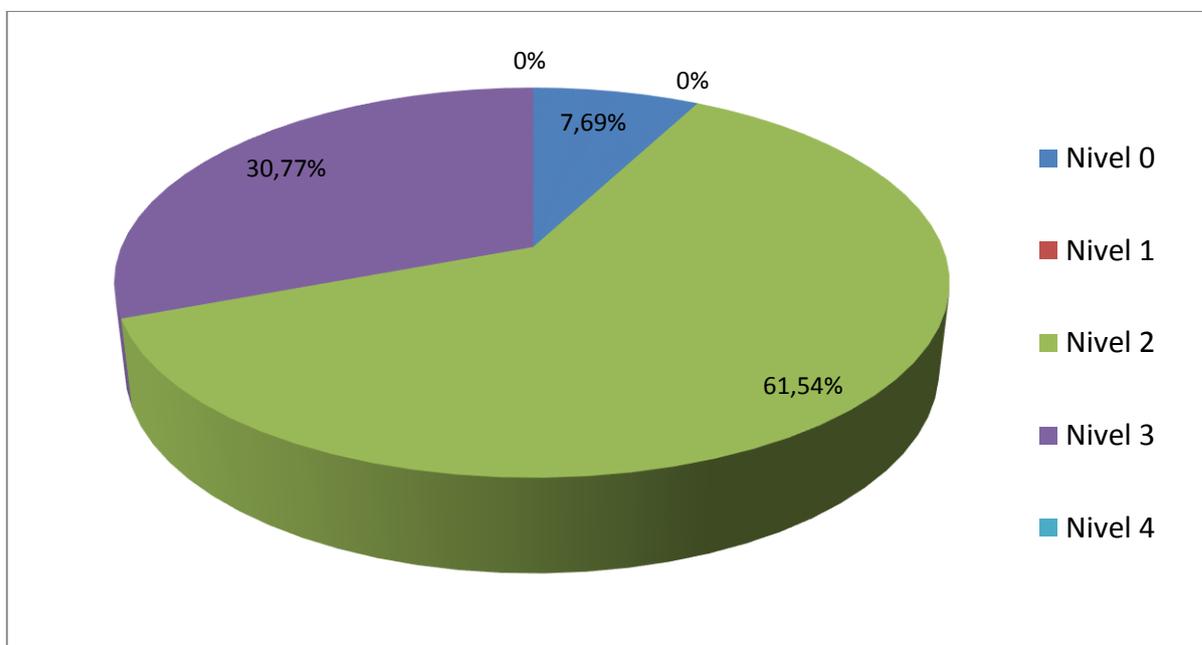


Gráfico N°10. Obtención del nivel de participación del paciente en la toma de decisiones

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas realizadas, existe un gran porcentaje para el ítem 2, que corresponde al 61,54%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas mostraron el comportamiento para obtener un nivel de participación del paciente en la toma de decisiones pero a un nivel mínimo de destreza.

Tabla N° 11. Indicación al paciente para dar el paso de tomar (o aplazar) una decisión

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	0	0
Nivel 3	12	92,31
Nivel 4	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

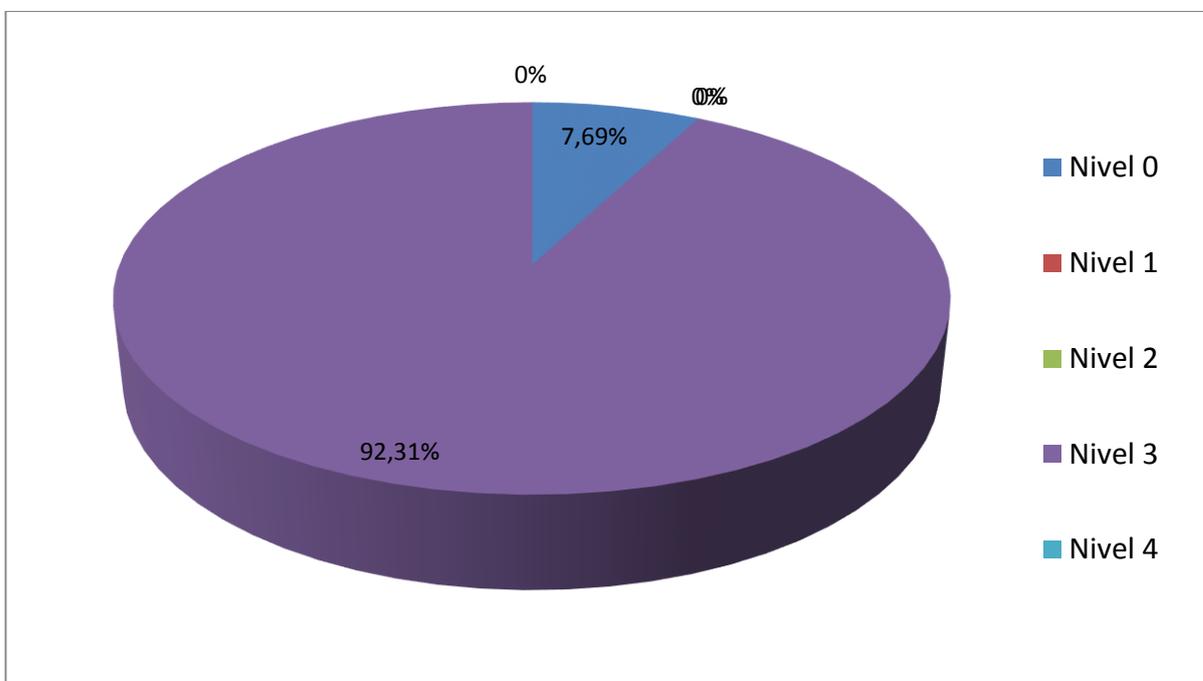


Gráfico N° 11. Indicación al paciente para dar el paso de tomar (o aplazar) una decisión

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas realizadas, existe un alto porcentaje para el ítem 3, que corresponde al 92,31%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas mostraron el comportamiento a un buen nivel para indicar al paciente que hay q dar el paso de tomar o aplazar una decisión.

Tabla N° 12. Revisión de la decisión tomada

NIVELES DE OBSERVACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Nivel 0	1	7,69
Nivel 1	0	0
Nivel 2	0	0
Nivel 3	12	92,31
Nivel 4	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

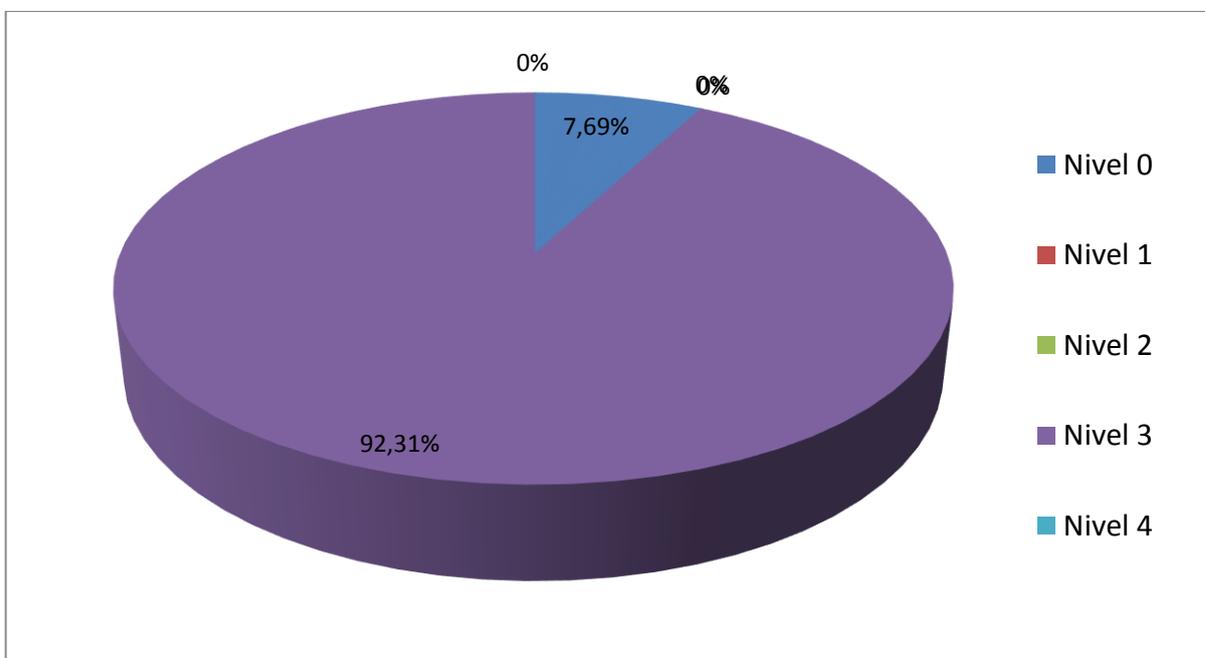


Gráfico N° 12. Revisión de la decisión tomada

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa que del total de consultas médicas realizadas, existe un alto porcentaje para el ítem 3, que corresponde al 92,31%. Este dato significa que los médicos que realizaron este grupo de consultas mostraron el comportamiento a un buen nivel para indicar al paciente la revisión de la decisión tomada.

RESULTADO Nº 4
MODELO DE RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE DE LOS MÉDICOS ESPECIALISTAS EN
MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA Y MEDICINA FAMILAR
DEL HOSPITAL UTPL

Tabla N° 13. Modelo de relación médico - paciente

MODELO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Paternalista	0	0
Informativo	1	20
Interpretativo	0	0
Deliberativo	4	80
TOTAL	5	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

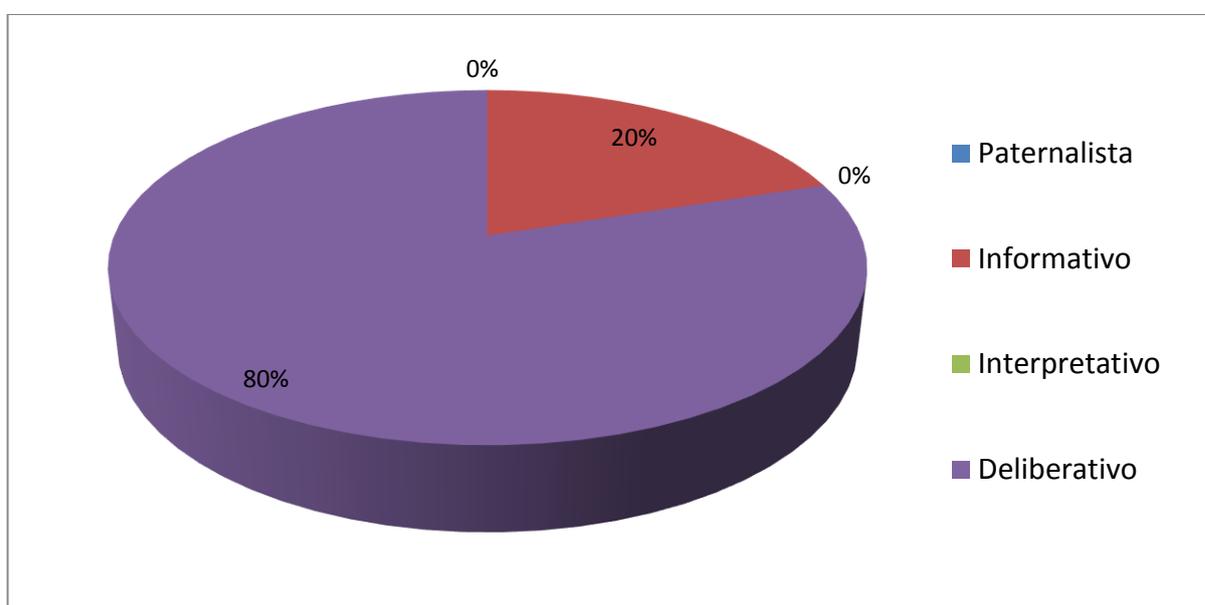


Gráfico N° 13. Modelo de relación médico - paciente

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

En la gráfica se observa claramente que del total de médicos que fueron parte del estudio de investigación, un alto porcentaje mantiene un modelo deliberativo en la relación médico – paciente, y apenas el 20% tiene el modelo informativo. Esto quiere decir que gran parte de los profesionales está manteniendo una alianza para la toma de decisiones compartida.

RESULTADO N° 5

**DESEMPEÑO DE LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL UTPL SEGÚN SU ESPECIALIDAD
(MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, MEDICINA FAMILIAR)**

Tabla N° 14. Especialidades médicas

ESPECIALIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ginecología	2	15,38
Gastroenterología	3	23,08
Medicina Interna	5	38,46
Medicina Familiar	3	23,08
TOTAL	13	100

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

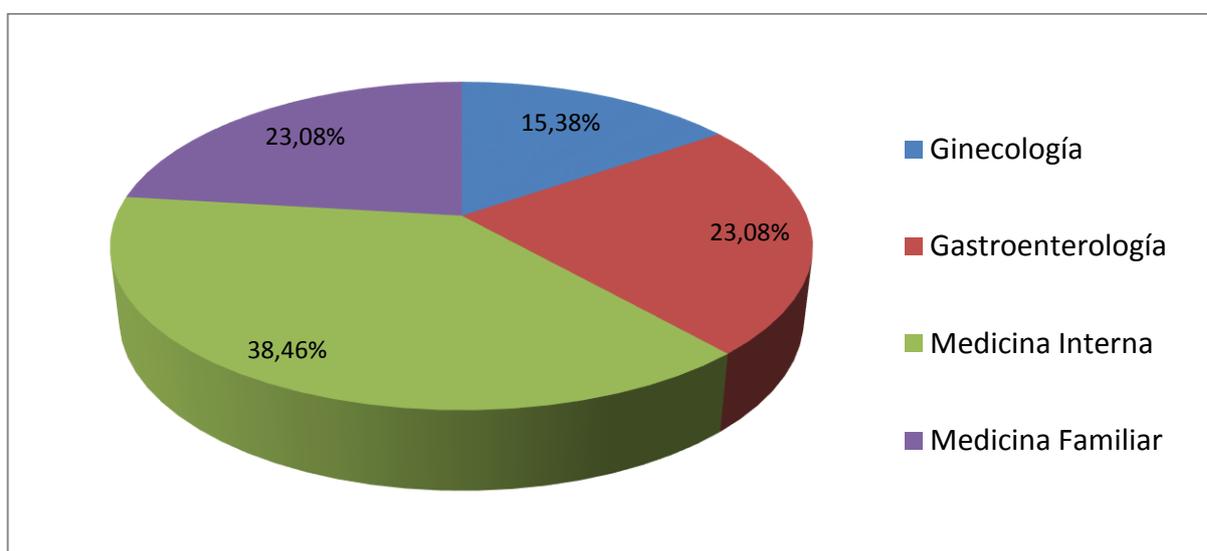


Gráfico N° 14. Especialidades médicas

Fuente: Ficha de recolección de datos.
Elaboración: El autor.

La gráfica muestra el porcentaje de consultas médicas realizadas en las distintas especialidades, tratando de distribuir un número equitativo a cada una de ellas (Medicina Interna tiene mayor frecuencia porque dos médicos evaluaron las consultas). La dispepsia fue tratada por Medicina Interna, Gastroenterología y Medicina Familiar; no hubo gran diferencia al momento del diagnóstico y tratamiento, a pesar que cada una de las especialidades se desempeña en un ámbito específico; cada profesional tiene conocimientos sólidos del problema tratado. La planificación familiar fue tratada por Ginecología, Medicina Familiar y Medicina Interna; a pesar que las tres especialidades tuvieron conocimientos respecto al tema consultado, hubo cierta diferencia al momento de brindarles información y soluciones al respecto; Ginecología y Medicina Familiar tienen conocimientos más sólidos sobre métodos anticonceptivos que Medicina Interna.

DISCUSIÓN

A lo largo del presente trabajo, se mencionó que esta tesis investigó la interacción médico – paciente en torno a la toma de decisiones compartida en el hospital UTPL mediante la escala OPTION, además de evaluar la consulta médica, el modelo de relación médico paciente y el desempeño de los médicos según su especialidad.

Los resultados son compatibles con los encontrados por Elwyn (2004) y, Pellerín y Elwyn (2011). El primer estudio examinó las propiedades psicométricas de la escala OPTION, analizando su reaplicación a una muestra rutinaria de consultas en atención primaria; 21 médicos generales Gwent, al sur de Wales, proporcionaron 186 consultas para la evaluación; llegó a la conclusión que la escala OPTION es lo suficientemente confiable para una evaluación formal con todos los 12 ítems que incluye. El segundo estudio analizó desde enero de 2009 hasta abril de 2010 a 212 residentes en Medicina Familiar de 2 centros de salud académicos canadienses para determinar si los mismos aplicaban la TDC con sus pacientes; el estudio concluyó que ellos no integran la TDC con sus pacientes.

Si bien pueden diferir en las instituciones analizadas, el número de personal, especialidades médicas, entre otros aspectos, lo que se evalúa es la implicación del paciente en la toma de decisiones. No se pudo realizar comparaciones con otros estudios a nivel de Latinoamérica, debido que no se encontró bibliografía al respecto; de igual manera sucede en Ecuador.

Al determinar el modelo de relación médico – paciente de los 5 médicos que participaron en esta investigación, 1 tiene el modelo informativo y 4 el modelo deliberativo. Este resultado ayudó a determinar que, aunque gran porcentaje usa una relación adecuada para la toma de decisiones compartida, no se cumplió la hipótesis planteada, la cual aseguraba que todos los médicos participantes que laboran en el Hospital UTPL aplican la toma de decisiones compartidas.

La destreza del médico al momento de indagar el problema de salud del paciente se evaluó mediante los cuatro primeros parámetros de la escala OPTION: 1) El clínico llama la atención a un problema ya identificado que requiere un proceso de toma de decisión; 2) El clínico menciona que hay más de una manera de tratar el problema; 3) El clínico evalúa la manera en que el paciente refiere recibir la información para ayudar con el proceso de la toma de decisión; 4) El clínico da una lista de opciones, incluyendo la posibilidad de no hacer nada, donde los médicos en los parámetros 1, 2, 3 y 4 muestran el comportamiento a un buen nivel

y también se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza en el parámetro 2.

El desarrollo de la consulta médica antes de establecer el tratamiento respectivo al problema identificado se analizó con los parámetros 5, 6, 7, 8 de la escala OPTION: 5) El clínico explica las ventajas y desventajas de las opciones al paciente; 6) El clínico explora las expectativas (o ideas) del paciente sobre cómo se puede tratar los problemas; 7) El clínico explora las inquietudes (miedos) del paciente sobre cómo se puede tratar los problemas; 8) El clínico se asegura que el paciente haya entendido la información; los médicos en los parámetros 5 y 6 muestran el comportamiento a un buen nivel; y se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza en los parámetros 6, 7 y 8.

Para conocer si existe o no el proceso de toma de decisiones compartida en la consulta médica se utilizó los parámetros 9, 10, 11 y 12 de la escala OPTION: 9) El clínico da la oportunidad de hacer preguntas concretas durante el proceso de toma de decisión; 10) El clínico obtiene el nivel preferido de participación del paciente en la toma de decisión; 11) El clínico indica que hay que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla); 12) El clínico indica que hay que revisar la decisión (o aplazarla); donde los médicos en los parámetros 11 y 12 muestran el comportamiento a un buen nivel y también se observa el comportamiento y se llega a un nivel mínimo de destreza en los parámetros 9 y 10.

Para determinar el modelo de relación médico - paciente de los 5 médicos que participaron en esta investigación, se utilizó las 13 grabaciones de audio de las consultas médicas; cada una de ellas fue escuchada desde el momento del saludo hasta la despedida. De esta manera, se determinó que 4 médicos aplican el modelo deliberativo, mientras que 1 médico el modelo informativo. Por ende, gran parte de los profesionales tiene un modelo de alianza que es importante para la toma de decisiones.

También se comparó el desempeño de los médicos participantes del Hospital UTPPL según su especialidad, basándose en los motivos de consulta planteados: la dispepsia y planificación familiar; se pensó que podía haber diferencia entre cada especialidad, pero en análisis de las grabaciones de audio indicaron que prácticamente no hubo gran diferencia entre especialidades al momento del diagnóstico y tratamiento, solamente que hubo conocimientos más sólidos en las consultas de planificación familiar realizadas por Ginecología y Medicina Interna.

CONCLUSIONES

Una vez culminado el presente trabajo de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

- La destreza del médico al momento de indagar sobre el problema de salud del paciente tiene un buen nivel, ya que el audio grabado de las consultas médicas mostraron que los médicos prestan atención a un problema identificado, evalúan la manera en que el paciente prefiere recibir la información, dan una lista de opciones; aunque difieren un poco en la manera de tratar el problema.
- El desarrollo de la consulta médica antes de establecer el tratamiento respectivo al problema identificado tiene un nivel mínimo de destreza. Pese a que los profesionales explican las ventajas y desventajas de las opciones al paciente y en parte exploran las expectativas de ellos, hay una exploración poco profunda sobre las inquietudes del paciente y del entendimiento de la información. Estos datos pueden influir en la toma de decisiones.
- El proceso de toma de decisiones compartida en la consulta médica tiene un buen nivel con respecto a los siguientes aspectos: los médicos indican que se tiene que dar el paso de tomar una decisión (o aplazarla), y revisar dichas decisiones; pero presentan un nivel mínimo de destreza en lo concerniente a que dan poca oportunidad a los pacientes para hacer preguntas concretas y obtener el nivel preferido de ellos en la toma de decisiones. Aunque apliquen la toma de decisiones compartida, nadie llega a un nivel muy alto.
- El modelo de relación médico – paciente de los médicos participantes de este estudio en su mayoría es el deliberativo; corresponde al 80% del total (equivalente a 4 médicos de los 5 que participaron). Este modelo es óptimo para la consulta médica y por ende, para el proceso de toma de decisiones compartida. El 20% restante (equivalente a 1 médico) mantiene el modelo informativo.
- El desempeño de los médicos especialistas en Medicina Interna, Medicina Familiar, Gastroenterología y Ginecología fue similar al momento de tratar problemas cotidianos de salud, como por ejemplo la dispepsia y planificación familiar, a pesar que cada uno de los médicos tengan conocimientos sólidos en sus respectivas especialidades.

RECOMENDACIONES

Se considera las siguientes recomendaciones:

- Es aconsejable que los médicos indiquen al paciente que hay más de una manera de tratar el problema de salud por el cual consultan; de esta forma aumentarían considerablemente su destreza al momento de indagar sobre el problema de salud del paciente.
- Los médicos deberían explorar aún más las inquietudes o miedos del paciente, asegurándose que los mismos hayan entendido perfectamente la información brindada.
- Seguir considerando la aplicación de la toma de decisiones compartida en la consulta médica pero a un excelente nivel, para lo cual los médicos deben dar oportunidad a los pacientes de hacer preguntas concretas durante el proceso, y obtener un nivel preferido de participación de ellos en la toma de decisiones.
- Estimular a todos los médicos que laboran en el Hospital UTPL para que adopten el modelo deliberativo de la relación médico – paciente que es esencial para el proceso de toma de decisiones, mediante conferencias y, con ayuda de las autoridades de esta casa de salud, indicar artículos donde se constata que este proceso ayuda a un mejor diagnóstico y tratamiento.
- Informar a los pacientes que problemas de salud comunes como por ejemplo cefalea, dispepsia, dolor abdominal, entre otros., pueden ser tratados por varios médicos especialistas y no por uno solo; esto ayudará a evitar la saturación de turnos a un solo médico.
- Las autoridades a cargo del Hospital UTPL deben considerar en un futuro cercano una nueva evaluación a todo el personal médico que labora en esta casa de salud para identificar fortalezas y debilidades en la TDC.

BIBLIOGRAFÍA

1. Salgueiro, M. (2008). *“Entrevista médica”*. Revista Paceyña de Medicina Familiar – Madrid. 5(8): 137-141.
2. Campo, G. / Álvarez, J. / Morales, A. (2006). *“La entrevista médica con un enfoque terapéutico”*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol.XXXV, Núm. 4, 2006, pp. 547 – 569.
3. Rodríguez, T. (2009). *“Las habilidades comunicativas en la entrevista médica”*. Revista Cubana de Medicina Militar. 2009; 38 (3 – 4) 79 – 90.
4. Borrell, F. (2011). *“Demanda y queja en la entrevista clínica, conceptos clave para una práctica segura”*. Publicado por Med Clin, Barcelona 2011. Art. 792.
5. Moore, P. (2010). *“La comunicación médico – paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?”*. Revista Médica de Chile 2010; 138: 1047 – 1054.
6. Arrubarrena, V. (2011). *“La entrevista médica”*. Asociación mexicana de Cirugía General. Vol. 33 Supl. 2 – 2011.
7. Sánchez, J. (2007). *“La relación médico paciente: algunos factores que la afectan”*. Revista CONAMED de México 2007; (12)1: 20 – 28.
8. Patiño, J. (2012). *“¿La tecnología amenaza la relación médico – paciente?”*. Revista Colombiana de Cirugía 2012; 27: 97 – 98.
9. Braghetto, I. (2007). *“Relación paciente – médico. Una alianza que fomenta la calidad”*. Revista Chilena de Cirugía. Vol. 59 – Nº 5, octubre 2007; págs. 385 - 392.
10. Blázquez-Manzano, A. (2012). *“Importancia de la comunicación interpersonal en la relación médico – paciente en atención primaria”*. Revista Española de Comunicación en Salud 2012; 3 (1): 51 – 65.
11. Costa, A. (2008). *“¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir?”*. Publicado en Aten Primaria de Valencia – España. 40 (2): 97 – 9.
12. Costa, A. /Padilla, C. (2009). *“Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente”*. Publicado en Aten Primaria de Valencia – España. 41 (5): 285 – 7.
13. Barbero, J. (2011). *“Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida”*. Madrid. Vol. 8, Nº 1, 2011; p.p. 143 – 168.
14. Costa – Alcaraz, A.M. (2011). *“Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente”*. Rev. Clin Esp. 2011. doi:10.1016/j.rce.2011.01.025
15. Peralta, L. (2010). *“La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria”*. Tesis Doctoral. Santander – España. Pág. 11 – 18.

16. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. *“Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida”*. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012. doi:10.1016/j.gaceta.2011.10.005.
17. Delgado A, López L. (2010). *“Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud”*. Elsevier España. 66 – 77.
18. Perestelo Pérez, L. (2007) *“Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión”*. Madrid: Ministerio de Ciencia de Innovación. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de la Salud, D.L.
19. Izquierdo F / Blasco J. (2009). *“Herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartida en cáncer de mama”*. Madrid: Plan de Calidad para el SNS del MSPSI. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo. 25 – 28.
20. Tonelli, M. (2011). *“Integrating clinical research into clinical decision making”*. USA. Vol. 47, No. 1: 26-30
21. Abellán, J. / Sánchez. F. /Martínez. J. (2008). *“¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas?”* Murcia – España. Informe SESPAS 2008. Supl 1):179-85.
22. Barbero, J. / Padros, C. / González, A. (2011). *“Hacia un modelo de toma de decisiones compartida para el final de la vida”*. Hospital Universitario de la Paz - Madrid. Vol. 8, Núm. 1, 2011, pp. 143-168.
23. Cuesta, U. / Menéndez, T. / Ugarte, A. (2011). *“Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias”*. Editorial Complutense Madrid – España. 33 – 65.

ANEXOS



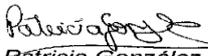
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Loja, 10 de septiembre de 2012

ASIGNACIÓN DE DIRECCIÓN DE TESIS

Dra. Patricia González G., COORDINADORA DE LA TITULACIÓN DE MÉDICO (e) y Dra. Jana Bobokova, DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD (e), luego de haber aprobado el tema de tesis titulado: **“Evaluación del desempeño de los médicos en torno a la toma de decisiones compartidas en el Hospital UTPL durante mayo a julio 2012”**, correspondiente al (la) egresado(a): Pauta Moreno Geovany Fabricio.

Le asignamos como Director de Tesis al (la) doctor(a): Rodrigo Henríquez


Dra. Patricia González G.
COORDINADORA DE LA TITULACIÓN
DE MÉDICO (E)


Dra. Jana Bobokova
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO
DE CIENCIAS DE LA SALUD (E)



Loja, 15 de octubre de 2012.

Dra. Viviana Dávalos.

DIRECTORA DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Presente.-

Estimada Dra. Dávalos,

Yo, Geovanny Fabricio Pauta Moreno, alumno de la Titulación de Medicina de la UTPL , por medio del presente deseo solicitar su autorización para la grabación de audio de 20 consultas médicas a los distintos médicos especialistas en Ginecología, Medicina interna, Gastroenterología y Medicina Familiar que realizan consulta externa en el Hospital UTPL y la UMFC, las mismas que se procederán a grabar entre los meses de octubre y noviembre del presente año, previa firma del consentimiento informado. Esta actividad es parte de mi proyecto de tesis *“Evaluación del desempeño de los médicos en torno a la toma de decisiones compartida en la Red de Servicios de Salud de la Universidad Técnica Particular de Loja en el periodo julio 2012/marzo 2013”*, información que a su vez servirá para el proyecto *“Enseñanza de toma de decisiones compartidas a estudiantes de medicina mediante educación a distancia y teleconsultas”* 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 conocer si los médicos que laboran en las casas de salud antes mencionada que Ud., dirige, aplican la toma de decisiones compartida con sus pacientes y además conocer el tipo de relación médico – paciente. La participación de los médicos es completamente voluntaria; ellos leerán antes el Formulario del consentimiento informado donde se detalla su participación en el proyecto.

La información recolectada en este estudio permanecerá confidencial. Esto significa que su identidad como participante no será revelada a otras personas. Cualquier referencia a información que pudiera revelar su identidad será removida antes de la preparación de los informes de investigación y publicaciones. Todas las grabaciones de audio se

borrarán al final del estudio. Adjunto el protocolo de consentimiento informado y un resumen del proyecto de tesis.

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

Saludos cordiales,

Geovanny Pauta M.

A nombre del equipo investigador: Rodrigo Henríquez¹, Fernando Espinosa², Geovanny Pauta², Kristin Hendickx¹, Roy Remmen¹.

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

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



Geovanny Fabricio Pauta Moreno

TESISTA

CI: 1103567143





Spanish Version

OPTION Observación de participación de pacientes

Nombre del/la evaluador/a		Código del/la clínico/a		Fecha de la evaluación	Día	Mes	Año
Número de consulta							
Duración de la consulta (min, seg)							
Personal médico (M = 1, F = 2)				Edad		Sexo	
Paciente (M = 1, F = 2)				Edad		Sexo	
Consulta nueva				1			
Consulta subsecuente				2			
Consulta en colaboración				3			
Descripción del problema principal							

1	El/la clínico/a <i>llama la atención</i> a un problema ya identificado que requiere un proceso de toma de decisión.	0	1	2	3	4
2	El/la clínico/a <i>menciona</i> que hay más de una manera de tratar el problema ('equilibrio').	0	1	2	3	4
3	El/la clínico/a <i>evalúa</i> 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).	0	1	2	3	4
4	El/la clínico/a <i>da una lista</i> de 'opciones', incluyendo la posibilidad de 'no hacer nada.'	0	1	2	3	4
5	El/la clínico/a <i>explica</i> las ventajas y desventajas de las opciones al/la paciente (incluyendo 'no hacer nada' como una opción).	0	1	2	3	4
6	El/la clínico/a explora las <i>expectativas</i> (o ideas) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.	0	1	2	3	4
7	El/la clínico/a explora las inquietudes (miedos) del/la paciente sobre cómo se puede tratar el/los problema/s.	0	1	2	3	4
8	El/la clínico/a se asegura que el/la paciente haya <i>entendido</i> la información.	0	1	2	3	4
9	El/la clínico/a da la <i>oportunidad</i> de hacer preguntas concretas durante el proceso de toma de decisión.	0	1	2	3	4
10	El/la clínico/a obtiene el <i>nivel preferido de participación</i> del/la paciente en la toma de decisión.	0	1	2	3	4
11	El/la clínico/a indica que hay que dar el paso de <i>tomar una decisión</i> (o <i>aplazarla</i>).	0	1	2	3	4
12	El/la clínico/a indica que hay que revisar la decisión (o <i>aplazarla</i>).	0	1	2	3	4

Niveles de observación	
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.