



LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA, LA VISIÓN DEL PROFESIONAL

Autora: Alba Simón Paniello
Tutores: María José Monedero y Manuel Batalla

Trabajo de Fin de Grado 2019-2020. Grado de Medicina en la Universidad Jaume I. Departamento de Medicina

Palabras clave (MeSH): Decisiones compartidas, Atención primaria, la visión del profesional, Comunicación



Objetivos. La Toma de Decisiones Compartidas (TDC) es un modelo de relación médico/a-paciente en el que las decisiones se adoptan de manera conjunta entre ambos. Este estudio analiza el uso que hacen los médicos/as de la TDC en el ámbito de Atención Primaria, qué características les mueven a implicar o no al paciente y compara la visión de los profesionales con la de los pacientes.

Métodos. Se realizan dos encuestas basadas en la bibliografía, una para médicos/as y otra para pacientes. Participan 26 médicos/as de los tres centros de salud seleccionados de la Provincia de Castellón. Son entrevistados 309 pacientes que se encuentran en las salas de espera de las consultas de los mismos centros de salud.

Resultados. El 69.2% de los médicos/as piensa que el paciente tiene que participar en las decisiones. El porcentaje de pacientes que piensa que la decisión tiene que ser compartida es menor (39.2%). La falta de tiempo (40%) y el atender demasiados pacientes (20%) parecen ser los motivos principales para que los profesionales no utilicen la TDC. Hay preferencia por el uso de la TDC en enfermedades crónicas (100%). Pocos profesionales están formados en este aspecto (26.9%). El tamaño del cupo es una variable que influye en la TDC.

Conclusiones. La mayoría de los médicos/as están dispuestos a implicar al paciente en la toma de decisiones. Los pacientes coinciden en que los médicos/as les permiten participar, sin embargo, una gran parte prefiere no involucrarse.

Palabras clave. Toma de Decisiones Compartidas. Participación del paciente. Comunicación. Atención Primaria.

ABSTRACT

Objectives. Shared Decision-Making (SDM) is a model of doctor-patient relationship in which decisions are taken jointly between both. This study analyses if doctors use SDM in the field of Primary Care. Also, studies what characteristics lead them to involve or not the patient and compares the point of view of the professionals with the patients' outlook.

Methods. Two surveys are carried out based on the literature, one for doctors and one for patients. Twenty-six doctors from the three health centres that we selected in the Province of Castellón participate in this research. We interviewed 309 patients who were in the waiting rooms of the same health centres than doctors.

Results. 69.2% of doctors think that patients should participate in decisions. The percentage of patients who think the decision should be shared is lower (39.2%). Lack of time (40%) and having too many patients (20%) appear to be the main reasons why professionals do not use SDM. There is a preference for the use of SDM in chronic diseases (100%). Few professionals are trained in this aspect (26.9%). The size of the quota of assigned patients is a variable that influences the SDM.

Conclusions. Most doctors are willing to involve the patient in decision-making. Patients agree that professionals allow them to participate, however, a large part of them prefer not to get involved in decisions.

Keywords. Shared Decision-Making. Patient Participation. Communication. Primary Care.

EXTENDED SUMMARY

Introduction

In the context of an evolution of the doctor-patient relationship towards a bio-psycho-social and patient-centred model, Shared Decision-Making (SMD) appears. It is a relationship model in which decisions about tests, treatments or life changes are adopted jointly between the health professional and the patient.

Nowadays, this relationship model is not always implemented, so some research has come to try to define the elements that can constitute a barrier to SMD and those factors that seem to facilitate it.

Objectives

This research focuses on the professional perspective. The main objective is to analyse the knowledge or ignorance of SMD in our Health Department and to investigate the reasons that may lead doctors not to put shared decision-making into practice. In addition, it is intended to identify when doctors use more SMD and if there is a shift to use it or not according to the severity and chronicity of the disease. On the other hand, we want to analyse the level of training of health workers on SMD and if they consider it important.

As a second objective, we will compare the perspective that doctors have on this issue with the patients' outlook.

Methods

It is a non-experimental study of prevalence. It is carried out in the field of Primary Care. Three Basic Health Zones of the Province of Castellón are selected because they present socio-cultural differences. The three centres are: a health centre in the urban area, a semi-urban health centre near the city with migrant population, and the health centre in the edge of the city.

Two surveys are conducted, one for physicians and one for patients, both based on literature with certain modifications in the interest of the research. Both include subject variables as well as specific questions about SMD. A sample of 27 doctors, corresponding to the total number of primary care doctors in the three health centres, is selected, excluding paediatricians and resident medical interns, of whom 26 are finally participating. A sample of 309 patients (103 per health centre) is calculated as the required sample size. Doctors do the surveys in their offices and deliver them anonymously. Patients are interviewed in waiting rooms by two investigators.

Results

From the 26 physicians that participate in the research, 69.2% (n = 18) think that patients should participate in the decisions in health consultations. 23.1% (n = 6) say they always take patients opinions into account. Among the reasons offered by professionals for not always considering the opinion of the patient there are: caring for too many patients (20%) and not having enough time for that in the health consultation (40%).

Physicians claim to use SMD equally when ordering a diagnostic test (80.8%), when referring to another specialist (76.9%) or when prescribing a treatment (96.2%). There is unanimity in the participation in decision making in chronic diseases (100%), compared to a smaller percentage who think that the decision should be shared in acute diseases (57.7%), urgencies (46.2%) and emergencies (19.2%). There are hardly any differences in the use of SDM in serious diseases (73.1%) and mild diseases (80.8%).

84.6% of doctors consider that they always or almost always encourage their patients to ask questions that may have remained in consultation.

Only 26.9% of health workers say they are trained in the field of shared decision-making. One third knows no decision aids (30.8%), another third knows them but does not use them (30.8%) and the remaining third knows them and uses them (38.5%). On average, it has been given a rating of 4.2 out of 5 to importance of the education in SDM.

From the variables of the doctors that have been analysed, have not been significantly influencing those mentioned below: age, gender, years of exercise, teaching and average time per patient. The size of the quota does influence significantly.

There are no differences between the three health centres at any level. There are significant differences between the involvement on SMD of physicians and patients, being doctors (69.2%) more involved than patients (39.2%).

Discussion

Most physicians think that the patient should participate in the decisions that have to be made in consultation, the size of the quota is a significant variable. In contrast, most patients think that the decision should be made by the doctor (59.9%). Most patients (77%) think that their doctor consider their opinion always or almost always, coinciding with 73.1% of the doctors who think they do. Therefore, we cannot say that lack of involvement from the doctor is a reason why patients do not participate in SMD.

The reasons most often attributed by doctors to not using SDM are lack of time and the burden of work. As for the patients, 33.7% agree on the lack of time, however, the reason that they highlight the most is that they think they do not have the knowledge to participate (46.1%).

In addition, 34.7% of patients say that they do not want to get involved and that they prefer

the doctor to be who take the decisions. Therefore, it seems that many patients are more comfortable with a more paternalistic model, in which it is the doctor who decides and makes the decisions.

When prescribing a treatment is when there seems to be more participation in SDM by both parties. It has been observed that physicians are more concerned with the chronicity than with the severity of the disease when it comes to involve the patient. Chronic diseases are those in which there is more participation in decision-making by doctors, with the participation of patients being lower.

Most patients (67.3%) agree with the professionals that always or almost always doctors encourage them to ask questions about the doubts that arise during the consultation, which is key so that the patient understands the concepts and can deliberate on them later.

The rate of education and the knowledge of decision aids of both physicians and patients are low, so it could be a good actuation point.

Conclusions

Most physicians are in favour of shared decision-making. The situations in which it does not occur seem to be motivated by the lack of time in consultation for this aspect and the burden of work. There is more advocacy for SDM in chronic diseases, being less clear in acute, urgency and emergency situations. Most professionals do not have specific training in SDM despite the benefit it seems to offer. In addition, decision-making tools are poorly known to both physicians and patients in our Health Department. It appears that patients are less interested than physicians in decisions being taken together and that the main reason is that they do not think they have enough knowledge to participate.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS	1
1.1. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS	1
1.2. OBJETIVOS	2
2. MATERIAL Y MÉTODOS	3
2.1. TIPO DE ESTUDIO	3
2.2. ÁMBITO	3
2.3. PERIODO DE ESTUDIO	3
2.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA	4
2.4.1. Distribución de Centros de Salud	4
2.4.2. Cálculo del tamaño de la muestra	5
2.4.3. Selección de participantes (pacientes y médicos/as)	6
2.4.4. Criterios de inclusión y exclusión	6
2.4.5. Recogida de información	6
2.5. MEDICIONES Y VARIABLES	7
2.6. ANÁLISIS DE DATOS	8
2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	8
3. RESULTADOS	9
3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	9
3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS	10
3.3. HIPÓTESIS PREDICTIVA	15
4. DISCUSIÓN	15
4.1. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS, LA VISIÓN DEL PROFESIONAL	15
4.2. COMPARACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS MÉDICOS/AS CON LA DE LOS PACIENTES	17
4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO, FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES	19
5. AGRADECIMIENTOS	21
6. BIBLIOGRAFÍA	22
7. ANEXOS	24
7.1. ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	24
7.2. ANEXO 2. LAS ENCUESTAS	25
7.3. ANEXO 3. FIGURAS Y TABLAS ADICIONALES	28

1. 1. INTRODUCCIÓN, ANTECEDENTES, PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS

1.1. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

A mediados del siglo XX, se describía el rol del paciente como pasivo. En los últimos años, estamos viendo una evolución desde un modelo tradicional de relación biomédico, paternalista y centrado en la enfermedad, a un modelo bio-psico-social y centrado en el paciente^{1,5}. En este último se adopta una actitud de escucha activa abierta por parte del médico/a y se hace hincapié en explorar los sentimientos, percepciones y expectativas del paciente¹. Por su parte, el paciente se vuelve más activo y autónomo. La relación entre ambas partes implicadas se torna más horizontal, participativa y deliberativa⁶.

De este nuevo enfoque de la práctica clínica, nace la Toma de Decisiones Compartidas (TDC). La TDC es un modelo de relación médico/a-paciente en el que las decisiones sobre pruebas, tratamientos o cambios de vida se adoptan de manera conjunta entre el profesional de la salud y el paciente^{5,8}. Al contrario de lo que se pueda pensar, este modelo de toma de decisiones se puede aplicar a todo tipo de interacciones o consulta, ya que siempre habrá diferentes opciones, incluso la opción de no hacer nada⁵.

Según explica Lucía Peralta Munguía en su tesis doctoral "La participación del paciente en la toma de decisiones en las Consultas de Atención Primaria", los motivos que han permitido la progresiva implicación de los pacientes en la toma de decisiones pueden agruparse a nivel ético, nivel legislativo y nivel social¹. La práctica clínica debe estar basada en los principios éticos de autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia^{1,6}. Los que más influyen en la TDC son el de beneficencia y el de autonomía y los dos son absolutamente necesarios para que ésta se dé. A nivel legislativo, encontramos la Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente⁷. En el Capítulo I, Artículo 2, Principios Básicos, incide en el derecho del paciente a decidir libremente entre las opciones que le deben ser aportadas junto al resto de información pertinente. En cuanto al ámbito social, un nivel educativo más alto o la cobertura de temas sanitarios en medios comunicación parecen ser factores que promueven la transición de un paciente pasivo a uno activo^{1,8}.

A pesar de la abundante literatura internacional que aborda el uso y desarrollo de la TDC, no existe consenso sobre la definición de la misma^{1,5}, además de la gran heterogeneidad en el diseño de los diferentes estudios, por lo que las conclusiones no parecen extrapolables a nuestro Sistema Sanitario. Uno de los pocos trabajos de investigación realizados en nuestro Departamento de Salud sobre este tema es el de Susana Enrique sobre la información al paciente y la Toma de Decisiones Compartidas. Entre los resultados, se objetivaron tasas muy bajas (28%) de participación en la TDC⁵. Como concluye la autora, resulta interesante explorar el conocimiento que se tiene y el uso que se hace de la TDC en nuestro Departamento de Salud e incidir en los motivos que pueden llevar a la aplicación o no de la toma de decisiones compartidas.

Según diversos estudios, los principales motivos que parecen constituir una barrera para la Toma de Decisiones Compartidas son: el tiempo limitado que se tiene en las Consultas de Atención Primaria^{1,2,23,24}, la aplicabilidad o no de la TDC según el motivo de consulta (los estilos más paternalistas parecen ser preferidos en situaciones más severas o agudas)^{1,8}, la falta de

interés que muestran algunos pacientes por participar (pudiendo estar motivada por evitar la responsabilidad en caso de que el resultado sea negativo o por el arraigo a las costumbres del modelo paternalista)^{1,2,6,23}, la falta de interés por parte de algunos médicos/as en el tema, la edad del profesional sanitario^{1,24} y el temor por parte del médico/a a que el paciente desconfíe de sus conocimientos². No existe clara evidencia de si el sexo del profesional, los años de ejercicio y la implicación en docencia influyan en la participación del paciente en la toma de decisiones.

Por otro lado, entre los facilitadores más importantes se encuentra la confianza del paciente en el médico/a, la motivación y educación de los profesionales de la salud en el tema y la percepción del impacto positivo de la TDC en la atención sanitaria^{1,23}.

Cabe mencionar la existencia de herramientas para la ayuda a la toma de decisiones, que son recursos que informan a los pacientes de los beneficios y desventajas de las opciones de tratamiento, posibles resultados y preferencias personales con el objetivo de ayudarles y guiarles en las decisiones. En el XXIX Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial celebrado en Santiago de Compostela figura una lista de diferentes herramientas y webs online para pacientes y familiares en diferentes idiomas⁸. Se aprecia interesante por tanto el estudio acerca del conocimiento y la aplicación práctica de estas herramientas por parte tanto de pacientes como de médicos/as.

1.2. OBJETIVOS

Este Trabajo Final de Grado forma parte de un proyecto de investigación más extenso que abarca dos aspectos del mismo tema: la TDC desde el punto de vista de los profesionales (el presente estudio) y la TDC desde el punto de vista de los pacientes. Ambos tienen tres objetivos comunes:

1. El primero es identificar si los pacientes y los médicos/as de 3 Centros de Salud del Departamento de Salud de Castellón participan o no, en la toma de decisiones compartidas, relacionando esta voluntad con características sociodemográficas, edad, sexo, nivel de estudio y nivel socioeconómico.
2. Como segundo objetivo revisamos las razones que mueven a pacientes y profesionales a poner en práctica o no, la toma de decisiones compartidas en las consultas.
3. En tercer lugar, compararemos los resultados de ambas investigaciones para observar si existe discrepancia o similitudes entre la perspectiva actual de los pacientes sobre la TDC y la de los médicos/as. Así mismo, estableceremos las diferencias, si las hay, entre los tres centros (de características sociodemográficas distintas).

Los objetivos individuales de este TFG consisten en:

- Analizar si los profesionales de esos tres centros de nuestro departamento conocen el proceso de toma de decisiones compartidas, si la ponen habitualmente en práctica y si no es así, qué razones argumentan para ello.
- Estudiar si existen características de los profesionales que condicionen una mayor o menor utilización de la Toma de Decisiones Compartidas (*edad, sexo, años de ejercicio, docencia, tamaño del cupo y tiempo medio asignado a cada paciente*).

- Identificar en qué situaciones y momentos de la consulta los médicos/as utilizan más la TDC y si hay una tendencia a ponerla en uso o no según la gravedad y cronicidad de la enfermedad.
- Investigar el conocimiento o desconocimiento por parte de los médicos/as de Herramientas para la toma de decisiones y si las ponen en práctica. Por otro lado, analizar si han recibido formación sobre la TDC y si consideran que es importante.
- Cumplir el objetivo número 3 del trabajo de investigación mencionado.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio clínico epidemiológico no experimental de corte transversal. Este estudio sigue un modelo observacional de base individual de tipo descriptivo y multicéntrico.

2.2. ÁMBITO

En cuanto al ámbito geográfico, el estudio se lleva a cabo en Centros de Salud ubicados en la provincia de Castellón. Dentro del Departamento de Salud de Castellón, el ámbito clínico/asistencial en el que se realiza el estudio es Atención Primaria.

2.3. PERIODO DE ESTUDIO

La recogida de datos se extiende a lo largo de los meses de noviembre, diciembre, enero, y febrero. Se acude a las salas de espera de los tres centros de salud mencionados durante los días laborales de la semana (de lunes a viernes) tanto por la mañana como por la tarde (franja horaria de 9 de la mañana a 2 del mediodía y de 3 de la tarde a 8 de la tarde).

El trabajo de investigación comienza en octubre de 2019 y concluye en el mes de mayo de 2020, como podemos ver en el siguiente cronograma.



2.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA

2.4.1. Distribución de Centros de Salud

Se han seleccionado tres Centros de Salud de la Provincia de Castellón de la Plana, siendo éstos los que se describen a continuación: un Centro de Salud de tipo urbano, situado en el centro de la ciudad; un Centro de Salud de características mixtas o semiurbano, situado en la periferia de la ciudad; y un Centro de Salud de tipo rural, situado en un pueblo colindante con la ciudad de Castellón. Los tres pertenecen al Departamento de Salud de Castellón, pero difieren en las características sociodemográficas de sus integrantes. El motivo de esta selección de Centros de Salud radica en identificar las diferencias y/o similitudes que pueden existir debidas a estas diferencias sociales.

A continuación, se describen en una tabla (Tabla 1) las características de los tres Centros de Salud. Se ha decidido que permanezcan en el anonimato puesto que no es relevante conocer la identidad de los mismos para este estudio. Por tanto, vamos a referirnos a ellos con la abreviatura CS (Centro de Salud) seguida de A-B-C, siendo "A" el Centro de Salud urbano, "B" el Centro de Salud semiurbano y "C" el centro de salud rural.

Tabla 1. Descripción de los Centros de Salud del estudio

		CS-A	CS-B	CS-C
Población atendida	Total	20528	4014	23857
	<14 años	2483	650	4053
	>14 años	15940	3364	18949

	Sin médico asignado	2105	0	855
Número de médicos/as		12	3	12
Tipo de centro		Urbano	Semiurbano	Rural
Localización geográfica		Centro de la ciudad de Castellón de la Plana	Periferia de la ciudad de Castellón de la Plana	Pueblo colindante con la ciudad de Castellón de la Plana

Nota: La población atendida se ha dividido entre mayores de 14 años, menores de 14 años y pacientes sin médico/a asignado. Los médicos/as comprenden el total de médicos de cada centro de salud, excluyendo los pediatras y los residentes. El CS-C corresponde a un centro que está dividido en dos edificios con una dirección común, por lo que se ha obtenido la suma de pacientes y de médicos/as de ambos.

2.4.2. Cálculo del tamaño de la muestra

Se obtienen de las bases de datos de los tres Centros de Salud las listas en las que consta el número de médicos/as de familia, de pediatras y el número de SIP asignado a cada uno. De estas listas consideramos dos grupos:

Médicos/as: se excluye a los pediatras de los tres Centros de Salud, lo cual nos deja un tamaño muestral por Centro de Salud de: CS-A 12 médicos/as de familia (uno de ellos de baja), CS-B 3 médicos/as de familia, CS-C 12 médicos/as de familia, quedando en total un tamaño muestral de 26.

Pacientes: para el cálculo del tamaño muestral de los pacientes, se han excluido los pacientes menores de 14 años quedando un tamaño poblacional de 41143. De éstos, mediante el programa de análisis de datos epidemiológicos denominado EPIDAT se ha realizado el cálculo del tamaño muestral para un nivel de confianza del 95% y una proporción esperada del 28% (dato obtenido de la bibliografía) para obtener una precisión del estudio del $\pm 5\%$ y del $\pm 7\%$ obteniéndose los siguientes resultados:

Tamaño poblacional: 41143
 Proporción esperada: 28,000%
 Nivel de confianza: 95,0%
 Efecto de diseño: 1,0
 Precisión 5%

 Tamaño de la muestra: 308

Se decide trabajar con el tamaño muestral para una precisión del $\pm 5\%$ puesto que, a más precisión del estudio, más calidad del mismo, obteniendo un tamaño muestral de 308 pacientes. Para que la distribución del tamaño muestral fuera equitativa entre los tres Centros de Salud, se decide realizar 309 entrevistas a los pacientes, es decir, 103 entrevistas en cada Centro de Salud.

2.4.3. Selección de participantes (pacientes y médicos/as)

Se consideran dos grupos de estudio:

- **Médicos/as.** Se considera como participantes a todos los Médicos/as de Familia que pertenezcan a estos tres Centros de Salud y que cumplan los criterios de inclusión, excluyendo a Pediatras de Centro de Salud y a Médicos/as Residentes.
- **Pacientes.** Los pacientes se seleccionan de entre las personas que están en las salas de espera tanto de Medicina de Familia como de Enfermería que cumplan los criterios de inclusión y que pertenezcan a los Centros de Salud que participan en el estudio.

Los médicos/as se han reclutado mediante un muestreo exhaustivo. Los pacientes se han seleccionado mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4.4. Criterios de inclusión y exclusión

Médicos/as:

Criterios de inclusión:

- Médicos/as pertenecientes a los Centros de Salud a estudio.
- Médicos/as que accedan a participar.

Criterios de exclusión:

- Pediatras de los Centros de Salud participantes.
- Médicos/as Residentes (sin cupo propio de pacientes).
- Médicos/as que no den su consentimiento para participar en el estudio.
- Médicos/as que se encuentren de baja o de vacaciones en el periodo de recogida de datos.

Pacientes:

Criterios de inclusión:

- Pacientes presentes en las salas de espera de los Centros de Salud del estudio en el periodo de tiempo de recogida de datos.
- Pacientes que den su consentimiento verbal para participar.
- Pacientes que han acudido a un médico/a de un Centro de Salud que participe en el estudio al menos una vez.
- Pacientes mayores de 14 años.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio por lo que no den su consentimiento.
- Pacientes que acuden al médico por primera vez.
- Pacientes menores de 14 años.
- Pacientes sin facultades cognitivas adecuadas para responder.

2.4.5. Recogida de información

En cuanto a la forma de actuación, en primer lugar, se ha pedido permiso a los responsables de los Centros de Salud que dieron su aprobación para participar en este trabajo de investigación. La actuación según los grupos de participantes es la siguiente:

- **Médicos/as.** Se acude consulta por consulta a explicar a cada médico en qué consiste el trabajo de investigación. En primer lugar, la entrevistadora se presenta, informa de qué institución procede (Universidad Jaime I) y explica los objetivos fundamentales del TFG. En segundo lugar, se informa a los médicos/as de cómo se participa (realizando la encuesta) y de que pueden abstenerse de participar. En cualquier caso, el médico/a entrega la encuesta una vez rellena al coordinador/a de cada centro de salud para que la participación (o falta de esta) sea anónima.
- **Pacientes.** La entrevista se realiza mientras permanecen en la sala de espera, siempre antes de que entren en la consulta. En primer lugar, la entrevistadora se presenta, explica el trabajo de investigación y sus objetivos, obtiene el consentimiento verbal de los pacientes y rellena la encuesta mediante entrevista verbal.

2.5. MEDICIONES Y VARIABLES

Los instrumentos de medida de este trabajo de investigación son dos encuestas, una para pacientes y otra para médicos/as. La validez de contenido de estos instrumentos se desarrolló mediante la discusión de diferentes diseños ya existentes^{1,3,6,12,14,15,16}, de otros trabajos de investigación^{5,8,11}, así como de las ideas que los propios pacientes y médicos/as de familia tienen sobre esto, extraídas también de la bibliografía^{2,3,9,10}.

Ambas encuestas son anónimas y recogen en primer lugar las siguientes variables:

- **Médicos/as:** edad, género, años de ejercicio, docencia, tamaño del cupo (en número de SIP) y tiempo medio asignado a cada paciente.
- **Pacientes:** edad, profesión/ocupación, género, nivel educativo, país de origen.

La entrevista de los médicos/as cuenta con 10 ítems, de los cuales 7 son multirrespuesta y 3 se responden mediante una escala tipo Likert. La de los pacientes cuenta con 9 ítems y un subítem, de los cuales 7 son multirrespuesta, 2 se responden mediante una escala tipo Likert y el subítem corresponde con una pregunta de respuesta abierta. Las dos se redactaron al mismo tiempo para que los ítems coincidieran en su mayoría y se evitasen así sesgos a la hora de comparar los resultados de los dos estudios. Pueden observarse ambas encuestas en el Anexo.

De entre los ítems obtenidos de la bibliografía, se seleccionan los que son de interés para este estudio y se suman algunas modificaciones que se explican a continuación. Las variables extraídas de la bibliografía son:

- Quién tiene que tomar las decisiones en la consulta.
- Tiene en cuenta el médico/a la opinión del paciente.
- Qué motivos puede tener el médico/a para tener en cuenta o no la opinión del paciente.
- En qué condición de enfermedad el médico/a tiene en cuenta la opinión del paciente.
- Según qué gravedad de la enfermedad el médico/a tiene en cuenta la opinión del paciente.
- Anima el médico/a a sus pacientes a preguntar sus dudas.

- Conocimiento o desconocimiento de herramientas para la toma de decisiones.

Las variables que se añadieron o modificaron en función de las necesidades del estudio son las siguientes:

- Variables comunes:
 - En qué parte de la consulta el médico/a pide opinión al paciente: puesto que en la bibliografía se constata que es posible que existan diferencias en la adhesión a la TDC a la hora de pedir pruebas complementarias, de poner un tratamiento o de derivar a otro nivel de atención.
 - Utilización de herramientas para la TDC: ya que nos interesa saber si en nuestro departamento se hace uso de las mismas.
- Médicos/as:
 - Formación para la TDC y la importancia que se le da a la misma: puesto que gran parte de la bibliografía es internacional y nos interesa saber a qué nivel se está desarrollando este tema en nuestro ámbito sanitario.
- Pacientes:
 - Por qué le gustaría que su médico tuviera en cuenta su opinión: pensamos que es interesante dejar la respuesta abierta a esta pregunta puesto que nos interesa conocer los motivos que pueden impulsar a los pacientes a una mejor adhesión a la TDC, ya que podría ser un punto de partida para mejorarla.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos se emplea el programa informático *IBM SPSS Statistics 25*. Para el análisis de los resultados se han llevado a cabo análisis descriptivos con las frecuencias correspondientes a cada variable, la prueba Chi-Cuadrado para el análisis de las variables categóricas y la prueba U de Mann Withney para las cuantitativas. Por último, se ha realizado una regresión logística binaria.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Comentado en CEI/CEIM (Comité Ético de Investigación Médica) de Castellón, nos informan que: dado que no se consultan las historias clínicas de los pacientes ni los cuestionarios contienen ninguna información que pueda identificar a las personas (nombre, SIP, etc.), se protege la privacidad y la confidencialidad de los pacientes, con lo que cumple la normativa sobre protección de datos (RGDP), no siendo necesario el dictamen más específico por parte del CEIM.

Por otro lado, se solicita y se obtiene el permiso de la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón, así como de los jefes de Zona Básica de los tres centros de salud que participan en el estudio.

2. **3. RESULTADOS**

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Se recoge una muestra de 26 médicos/as, cuya edad media es de 55 ± 8 años, de los cuales 57.7% (n = 15) son mujeres y 42.3% (n = 11) hombres. Tal y como puede observarse en la Tabla 2, que corresponde con las variables relacionadas con la muestra de médicos/as, la media de años de ejercicio es de 27 ± 8 , y la de tiempo medio dedicado a cada paciente de $6,7 \pm 2,4$ minutos. Un 30.8% (n = 8) no se dedican a la docencia, mientras que, del resto, un 7.7% (n = 2) se dedica exclusivamente a estudiantes universitarios (pregrado), un 19.2% (n = 5) a médicos/as residentes (posgrado) y un 42.3% (n = 11) a ambos.

Tabla 2. Características de la muestra a estudio

	CS-A	CS-B	CS-C	Total
Edad	55 ± 10	58 ± 11	55 ± 6	55 ± 8
Tiempo medio por paciente	6,7 ± 1,9	10 ± 5	5,8 ± 1,2	6,7 ± 2,4
Años de ejercicio	27 ± 10	29 ± 11	27 ± 7	27 ± 8
Género femenino	8 (72,7%)	0 (0%)	7 (58,3%)	15 (57,7%)
Docencia				
Pregrado	1 (9,10%)	0 (0%)	1 (8,3%)	2 (7,7%)
Postgrado	3 (27,3%)	0 (0%)	2 (16,7%)	5 (19,2%)
Ambos	4 (36,4%)	1 (33,3%)	6 (50%)	11 (42,3%)
Ninguno	3 (27,3%)	2 (66,7%)	3 (25%)	8 (30,8%)
Tamaño del cupo >1500	1 (9,1%)	0 (0%)	11 (91,7%)	12 (46,2%)
Toma de Decisiones Compartidas	10 (90,9%)	2 (66,7%)	6 (50%)	18 (69,2%)

La totalidad de los participantes piensan que el médico tiene que tomar las decisiones en la consulta. La mayoría de ellos (69.2%, n = 18) opinan que el paciente tiene que tomar las decisiones junto con el médico/a, como puede observarse en la tabla 2. Por orden de frecuencia, en el CS-A un 90.9% (n = 10) piensa que la decisión tiene que ser compartida, seguido del CS-B con un 66.7% (n = 2) y del CS-C en el que lo piensa un 50% (n = 6).

La cuarta parte de los médicos/as entrevistados (23.1%, n = 6) afirman que siempre tienen en cuenta la opinión de los pacientes. Del resto, hay variabilidad entre los motivos que les llevan a no tener en cuenta siempre la opinión de los pacientes. Un 20% (n = 4) opinan que atienden a demasiados pacientes y un 40% (n = 8) piensa que no tienen tiempo suficiente por paciente. Solo un médico/a reconoce no saber involucrar a los pacientes y, por otro lado, solo un profesional afirma estar seguro/a de las decisiones que toma por lo que piensa que no necesita la opinión de los pacientes para tomar decisiones. Un porcentaje nada despreciable (15%, n = 3) opina que los pacientes no quieren involucrarse y, del mismo modo, otro 15% (n = 3) piensa que los pacientes no están capacitados para tomar decisiones. La mitad (50%, n = 10) ofrecen motivos adicionales entre los que se encuentran: el hecho de que los pacientes tomen decisiones según información sacada de la TV o de personas conocidas a pesar de que el médico/a no considere dicha decisión correcta, falta de formación específica para optimizar el tiempo de consulta dedicado a la TDC, así como motivos individualizados de cada paciente.

La mayoría de los médicos/as mostraron un gran uso de la Toma de Decisiones Compartidas tanto a la hora de pedir una prueba diagnóstica como a la hora de derivar a otro especialista o de poner un tratamiento, siendo esta última acción en la que más participan los pacientes. En cuanto al tipo de enfermedad, hay unanimidad en la participación del paciente en enfermedades crónicas, frente a un porcentaje menor que opina que la decisión tiene que ser compartida en las enfermedades agudas (57.7%, n = 15) y en las urgencias (46.2%, n = 12). Una minoría opina que el paciente también tiene que participar en las decisiones que se tengan que tomar en una urgencia (19.2%, n = 5). Según la gravedad de la enfermedad, no hay apenas diferencia en la adherencia a la TDC entre enfermedades graves y leves.

Del total de la muestra, más de la mitad (53.8%, n = 14) consideran que siempre animan a sus pacientes a preguntar las dudas que les puedan haber quedado en consulta. El resto afirman hacerlo casi siempre o a veces.

En lo que a la formación para la Toma de Decisiones Compartidas se refiere, un gran porcentaje no ha recibido dicha formación, solo el 26.9% (n = 7) dice estar formado/a en Toma de Decisiones Compartidas. Solo un tercio de la muestra conoce herramientas para la ayuda a la toma de decisiones compartidas y además las usa, frente a un tercio que las conoce pero no las usa. El tercio restante no saben de su existencia. Evaluando la importancia y utilidad de la formación en Toma de Decisiones Compartidas en una escala del 0 al 5, la media de los centros de salud es de 4.23 con una desviación típica de 0.99, siendo el CS-C el que cuenta con una valoración más baja.

El desglose por centros de salud de esta información se puede encontrar en el Anexo 3 (Tablas y figuras).

1. 3.2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS HIPÓTESIS FORMULADAS

A continuación, se realizan los análisis estadísticos pertinentes para intentar establecer una relación entre la mayor o menor utilización de la TDC según las variables de los profesionales: edad, género, años de ejercicio, docencia, tamaño del cupo y tiempo medio asignado a cada paciente. En segundo lugar, se intentan establecer las diferencias, si existen, entre los tres centros de salud. Por último, se establece una comparativa con los pacientes.

Se ha llevado a cabo el análisis de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilks para las variables edad, tiempo medio por paciente y años de experiencia. La única que sigue una distribución normal son los años de experiencia. Sin embargo, independientemente del resultado, al ser una muestra pequeña (n<30) se utilizan pruebas no paramétricas para todas las variables.

En el anexo se pueden observar las gráficas obtenidas de las variables que no han sido significativas estadísticamente ni se ha observado una tendencia en concreto.

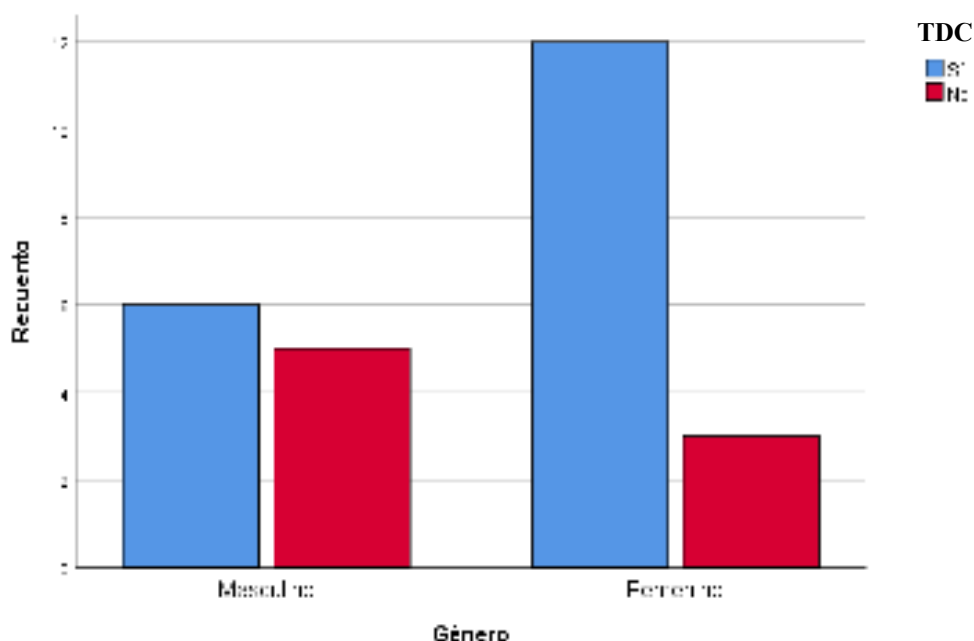
Toma de Decisiones Compartidas - edad

Se utiliza la prueba U de Mann-Whitney para la variable edad, siendo el resultado no significativo ($U_{MW} = 68.5$, $p = 0.846$). Por tanto, no puedo rechazar la hipótesis nula, no podemos decir que haya diferencias significativas en la edad del médico/a y el hecho de TDC o no.

Toma de Decisiones Compartidas - género

Se realiza la prueba de chi-cuadrado para la variable sexo, siendo el resultado no estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1.93$, $p = 0.165$). Sin embargo, se observa una tendencia a la TDC entre las mujeres más acusada que en los hombres, como muestra la Figura 1.

Figura 1. Toma de decisiones compartidas según el género del médico/a.



Toma de Decisiones Compartidas - años de ejercicio

Se utiliza la prueba U de Mann-Whitney en el contraste de la variable años de ejercicio según se tome o no decisiones compartidas, siendo el resultado no significativo ($U_{MW} = 61$, $p = 0.538$). Por tanto, no puedo rechazar la hipótesis nula, siendo las variables años de ejercicio del médico/a y Toma de Decisiones Compartidas independientes.

Toma de Decisiones Compartidas - docencia

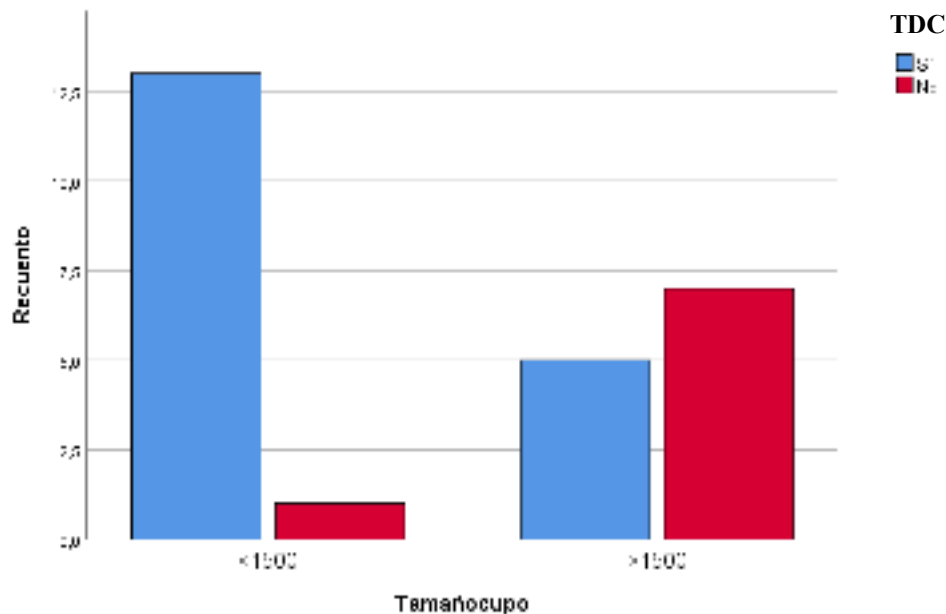
Se utiliza la prueba de chi-cuadrado para la variable docencia, siendo este resultado no estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1.536$, $p = 0.674$). No se rechaza la hipótesis nula, la variable docencia y la variable TDC son independientes.

Toma de Decisiones Compartidas - tamaño del cupo

Se utiliza la prueba de chi-cuadrado para la variable tamaño del cupo, obteniéndose una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 7.949$, $p = 0.005$). La proporción de TDC es mayor entre los médicos/as que tienen menos de 1500 SIP que entre médicos con más de 1500 SIP, como puede observarse en la Figura 2.

Además, la fuerza de esta asociación es 18.2, que representa el riesgo que tienen los médicos/as con cupos mayores de 1500 SIP frente a los que tienen menos de 1500 SIP de no tomar decisiones compartidas con el paciente. Hay que tener en cuenta que, al ser una muestra muy pequeña, este dato puede verse modificado en muestras más grandes, por lo que no se puede extrapolar a grupos de estudio mayores.

Figura 2. TDC en pacientes según tamaño del cupo.



Toma de Decisiones Compartidas - tiempo medio asignado a cada paciente

Se realiza la prueba U de Mann-Whitney para la variable tiempo medio asignado a cada paciente según si hay TDC o no. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($U_{MW} = 59$, $p = 0.439$) entre el tiempo medio que dedica el médico/a a cada paciente según si hay TDC o no.

Diferencias entre los centros de salud

Se utiliza la prueba chi-cuadrado para comprobar si hay diferencias significativas entre los tres centros de salud a estudio según si hay TDC o no. El resultado no es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 4.519$, $p = 0.104$) por lo que no se rechaza la hipótesis nula, las variables centro de salud y TDC en la muestra de médicos son independientes. La frecuencia en la que se toman decisiones compartidas en cada centro es del 90.9% ($n = 10$) en el CS-A, el 66.7% ($n = 2$) en el CS-B y del 50% ($n = 6$) para el CS-C, sin observarse una tendencia clara hacia ninguno de ellos.

Así mismo, se realiza la prueba chi-cuadrado para ver si hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres centros de salud según: motivos para no tomar decisiones de manera compartida, según el momento de la consulta (pedir pruebas, poner un tratamiento o derivar a otro especialista), según la gravedad o duración de la enfermedad y según si han recibido formación o no para la TDC. No hay diferencias estadísticamente significativas entre estas variables según centro de salud, como se resume en la tabla 3.

Tabla 3. Comparativa entre los centros de salud según variables a estudio.

	χ^2	p valor
Atiendo a demasiados pacientes – centro de salud	4.304	0.116
Falta de tiempo – centro de salud	1.581	0.454
Pienso que no sé cómo involucrar a los pacientes – centro de salud	1.590	0.454
Pienso que los pacientes no quieren involucrarse – centro de salud	1.105	0.575
Pienso que los pacientes no están capacitados para tomar decisiones – centro de salud	1.105	0.575

Si le pido opinión al paciente, puedo parecer inseguro/a en mis decisiones – centro de salud	-	-
Estoy seguro/a de las decisiones que tomo, no necesito su opinión – centro de salud	1.579	0.454
TDC para pruebas – centro de salud	0.979	0.613
TDC para tratamiento – centro de salud	1.213	0.545
TDC para derivaciones – centro de salud	1.760	0.415
TDC en emergencia – centro de salud	5.271	0.072
TDC en urgencia – centro de salud	0.607	0.738
TDC en agudas – centro de salud	0.549	0.760
TDC en crónicas – centro de salud	-	-
TDC en enfermedades leves – centro de salud	0.443	0.801
TDC en enfermedades graves – centro de salud	2.858	0.240
Formación para la Toma de Decisiones Compartidas – centro de salud	1.203	0.548

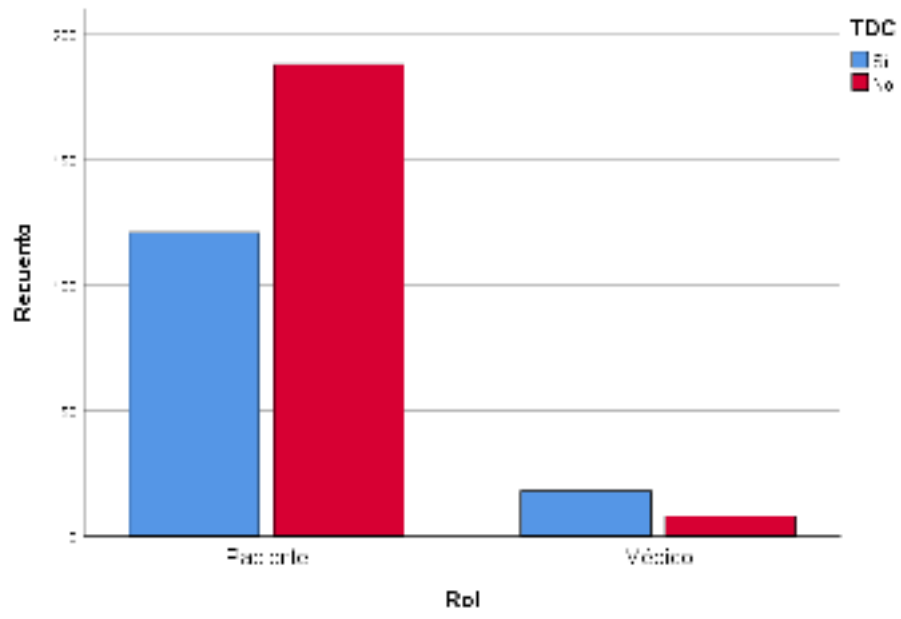
En esta tabla, hay que tener en cuenta que los porcentajes se basan en n = 20 (médicos que no siempre utilizaban la TDC). En cuanto a la variable "si le pido opinión al paciente, puedo parecer inseguro/a en mis decisiones", no se ha podido realizar la prueba chi-cuadrado porque nadie marcó esta opción. En cuanto a la TDC en enfermedades crónicas, no se ha podido realizar la prueba chi-cuadrado porque todos los médicos marcaron "sí" en esta opción.

Diferencias entre médicos/as y pacientes

Para este apartado, se han incorporado los resultados de la muestra de pacientes, que pueden encontrarse desglosados por centro de salud en el apartado de Anexos.

El 39.2% (n = 121) de los pacientes opina que la decisión tiene que ser compartida entre el médico/a y el paciente, mientras que el 69.2% (n = 18) de los médicos/as piensa que tiene que ser así. Mediante la prueba chi-cuadrado se constata que hay diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2 = 8.934$, $p = 0.003$), por lo que rechazamos la hipótesis nula. Podemos afirmar que la proporción de TDC es mayor entre los médicos/as que entre pacientes, como puede verse en la Figura 3. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la muestra de médicos/as es bastante menor que la de pacientes, lo cual podría influir en este resultado.

Figura 3. TDC en pacientes frente a TDC en médicos/as



3. 3.3. HIPÓTESIS PREDICTIVA

Regresión logística binaria

Se realiza una regresión logística binaria para intentar expresar la probabilidad de que haya Toma de Decisiones Compartida en función del tamaño del cupo, ya que ha sido la variable que se ha relacionado significativamente con la TDC.

Observamos que el 28.1% de variación de la variable dependiente (TDC) se explica por la independiente (tamaño del cupo) incluida en el modelo. Sin embargo, debido al poco tamaño muestral, es probable que la variabilidad explicada no sea adecuada. El modelo creado tiene una especificidad del 72.2% y una sensibilidad del 87.5%. Se obtiene una Odds Ratio de 0.055 con un IC_{95%} entre 0.005 y 0.568. Como la OR es menor que 1 (y su intervalo de confianza también), podemos decir que el tamaño de cupo <1500 SIP es un factor protector para el uso de TDC.

3. 4. DISCUSIÓN

1. 4.1. TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS, LA VISIÓN DEL PROFESIONAL

Esta investigación representa una aproximación a las percepciones que tienen los médicos/as sobre la participación en las consultas de Atención Primaria por parte de los pacientes. Cabe mencionar que el concepto de participación es difícil de medir, puesto que está sujeto a una gran variabilidad subjetiva. En este estudio se consideró como participación en la toma de decisiones el hecho de que el sujeto opinase que las decisiones tenían que ser tomada entre el médico/a y el paciente.

Este trabajo de investigación ofrece varios resultados de interés. En primer lugar, el hallazgo de que el 69.2% (n = 18) de los médicos/as piensa que el paciente debe participar en las decisiones que se tengan que tomar en consulta. Existen estudios en los que se intuye que los profesionales están posicionados a favor del modelo clínico biopsicosocial en el que el paciente es parte fundamental de la toma de decisiones². En nuestro trabajo de investigación objetivamos que este hecho es así. Sin embargo, no se puede comparar directamente este resultado con los obtenidos en otros estudios sobre la toma de decisiones compartidas puesto que en la literatura la TDC se ha descrito desde las percepciones de los pacientes^{3,6} o mediante una evaluación externa llevada a cabo por un observador utilizando la escala CICAA¹, pero no desde la perspectiva de los médicos/as.

La encuesta con la que se ha trabajado en este estudio está diseñada para conocer a qué motivos puede deberse, según los médicos/as, la falta de implicación del paciente en algunas ocasiones. Los motivos a los que más parecen darle peso los profesionales son la falta de tiempo para llevar a cabo una entrevista adecuada y el hecho de atender a demasiados pacientes, seguidos del pensamiento de que los pacientes no quieren involucrarse o que no están capacitados para ello. A excepción de la percepción de atender a demasiados pacientes, el resto de "elementos barrera" para la TDC ya habían sido descritos en la literatura^{1,2}. Por tanto, resulta interesante pensar que la gran carga asistencial que tienen los Médicos/as de Familia en nuestra provincia puede estar influyendo directamente en la relación médico-paciente.

Respecto a la falta de tiempo, elemento de barrera para la TDC más mencionado por los profesionales, una solución que se propone en otros trabajos de investigación consiste en la formación específica de los profesionales para optimizar el tiempo de consulta dedicado a este aspecto^{1,5}. Citando a Pinto et al¹⁹, "de la misma forma que el tiempo dedicado a realizar pruebas clínicas se considera como parte de un proceso inevitable, el tiempo dedicado a la obtención de preferencias de los pacientes también debiera serlo".

Acercas de la severidad y cronicidad del problema de consulta, diversos estudios ponen de manifiesto que estilos más paternalistas parecen ser preferidos en situaciones de enfermedades más agudas y graves, mientras que se aboga más por la TDC en enfermedades y tratamientos más a largo plazo y de gravedad menor^{1,8}. Coincidiendo con la bibliografía, en nuestro estudio se observa que los médicos/as optan más por la TDC en las enfermedades crónicas (100% de participación, n = 26). Sin embargo, no se aprecia apenas distinción en cuanto a la gravedad de la enfermedad, ya que la mayoría de los médicos/as aseguró ser partícipe de la TDC tanto en enfermedades leves (80.8%, n = 21) como en las graves (73.1%, n = 19). Podemos decir que, en nuestro medio, los médicos atienden más a la cronicidad que a la severidad de la enfermedad a la hora de involucrar al paciente.

En cuanto a la formación en la toma de decisiones compartidas, destaca que la gran mayoría de los profesionales entrevistados (73.1%, n = 19) no han recibido dicha formación. Asimismo, casi un tercio (30.8%, n = 8) de los participantes no conoce herramientas de ayuda para la TDC. Del resto, un 38.5% (n = 10) además de conocerlas las utiliza. Se ha descrito en la bibliografía el bajo interés que despierta este tema entre los profesionales²¹. Sin embargo, llama la atención que en nuestro estudio los sanitarios calificaron de "importante" una buena formación en TDC (puntuación media: 4.2 sobre 5, s = 0.99). En la literatura se reseña que la educación y motivación de los profesionales en este ámbito y la percepción de la importancia del tema podrían ser elementos facilitadores para realizar una TDC^{1,23}. En este trabajo de investigación se evidencia que existe una relación significativa entre la formación de los profesionales en la TDC y el mayor uso de esta. A pesar de ser un hallazgo que excede de los objetivos fijados, nos parece importante mencionarlo puesto que podría tratarse de una futura línea de investigación y una interesante propuesta formativa en nuestro departamento de salud.

En consideración a las variables del médico que se han investigado en este trabajo por poder influir en el proceso de implicación, destaca que ha sido significativamente influyente el tamaño del cupo (a mayor tamaño del cupo, menos toma de decisiones compartidas), lo cual parece apoyar la teoría del exceso de carga asistencial. Al contrario de lo que podría esperarse, el tiempo medio por paciente no ha resultado ser una variable significativamente influyente. Esto pudiera deberse a que el tiempo medio por consulta está bastante estandarizado en nuestra provincia y con una muestra más diversa podrían encontrarse otros resultados significativos. Ocurre lo mismo en cuanto a la edad del profesional, ya que se ha visto en algunos estudios que los médicos más mayores no son los que tienen una orientación más paternalista²⁴. Sin embargo, la variable edad no ha resultado influir en la TDC en este estudio, pudiendo deberse a la poca variabilidad de la muestra en este aspecto.

No hay clara evidencia en la bibliografía de que los años ejercicio del médico/a o la implicación en docencia influyan en la TDC. En este estudio, tampoco han resultado ser determinantes en

cuanto a los objetivos que nos habíamos marcado. Sucede algo similar respecto al análisis de las diferencias en cuanto al género del médico/a, ya que no se ha demostrado en la literatura que influya en la TDC. Sin embargo, quisimos investigar esta variable puesto que existe bibliografía que sostiene que las mujeres informan mejor que los hombres²², por lo que un planteamiento razonable es que, si un profesional se implica más en que al paciente le quede clara toda la información, podría ser más partícipe también de que el paciente contribuyese en las decisiones. Sin embargo, no se ha conseguido demostrar que existan diferencias en este aspecto, pero sí se ha visto una tendencia al mayor uso de TDC entre las mujeres.

Las diferencias sociodemográficas de los tres centros de salud parecen influir significativamente en cuanto a la TDC por parte de los pacientes⁶. No obstante, no se ha demostrado que estas diferencias afecten a la implicación de los médicos/as en la TDC. Por tanto, partíamos de la hipótesis de que las características sociodemográficas de cada centro de salud no tienen por qué influir en la participación en la TDC por parte de los profesionales. Efectivamente, no se han encontrado diferencias en este aspecto, por lo que no podemos afirmar que los profesionales se comporten de manera diferente con los pacientes en base a sus características en lo que a la TDC respecta.

2. 4.2. COMPARACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE LOS MÉDICOS/AS CON LA DE LOS PACIENTES

Una vez estudiada la perspectiva que tienen los médicos/as acerca de la toma de decisiones compartidas, hemos querido comprobar cuál es la percepción que tienen los pacientes de la misma y si coincide con la de los profesionales. De esta manera, podemos establecer un abordaje bidimensional de este aspecto de la relación médico/a-paciente. En el estudio complementario a este, en el que se aborda el punto de vista de los pacientes, se pueden encontrar las características de los mismos que pueden influir en su mayor o menor participación en las decisiones que deben tomarse en consulta.

En primer lugar, llama la atención que hasta un 59.9% (n = 185) de los pacientes piensa que corresponde exclusivamente al médico la tarea de tomar decisiones en consulta. Por tanto, hay destacables diferencias entre el porcentaje de pacientes que están a favor de tomar decisiones conjuntamente (39.2%, n = 121) y el de médicos/as (69.2%, n = 18). Uno de los trabajos del que parten algunas de nuestras hipótesis, es el de Susana Enrique realizado en el Departamento de Salud de Castellón, en el que se proponen dos teorías para explicar la baja tasa de participación de los pacientes en la TDC: "o bien los médicos no cuentan con el hábito y/o las habilidades necesarias para ello; o bien, los pacientes se encuentran más cómodos con un modelo más paternalista, en el que es el médico el que decide y toma las decisiones"⁶. En cuanto al primer supuesto, ya hemos comentado que la formación específica de los profesionales a este nivel es un tema que abordar, sin embargo, nuestros resultados parecen apoyar también la segunda teoría.

En varios estudios realizados con pacientes, se expresa que uno de los motivos que puede llevar a los pacientes a no participar en la toma de decisiones puede ser la falta de implicación por parte del médico/a^{2,3,6}, por lo que preguntamos a nuestros participantes si pensaban que su médico/a tenía en cuenta su opinión. La gran mayoría (77%, n = 238) marcaron que su

médico/a contaba con su opinión siempre o casi siempre, coincidiendo con el 73,1% de los médicos/as que piensan que así lo hacen, lo cual parece oponerse a dicha hipótesis.

En cuanto a los motivos que pueden llevar a que el médico/a no siempre tenga en cuenta la opinión del paciente, aproximadamente un tercio (33.7%) de pacientes coinciden con los médicos en que la falta de tiempo es un factor importante. Por otro lado, el 46.1% piensan que no tienen el conocimiento suficiente para participar en las decisiones; sin embargo, sólo el 15% de los médicos piensa que no siempre estén capacitados para tomar decisiones. Un 34.7% de los pacientes dijeron que no querían involucrarse y que preferían que fuera al médico quien tomase la decisión, frente al 15% de los médicos que piensan que algunos pacientes no quieren involucrarse. Un porcentaje bastante reducido de pacientes (8.3%) piensa que el médico no les anima a participar.

Sobre la naturaleza de la consulta, llama la atención que sí se aprecia una diferencia entre la opinión de médicos/as y pacientes. Los profesionales piensan que piden opinión al paciente tanto a la hora de pedir pruebas, poner un tratamiento y hacer una derivación (80.8%, 96.2% y 76.9% respectivamente), mientras que los pacientes sólo parecen estar de acuerdo en que participan en el tratamiento (72.2%), ya que sólo un 33.3% marcó que participaba la hora de pedir pruebas y un 40.1% a la hora de hacer una derivación. Del mismo modo, frente al 100% de médicos que piensan que los pacientes participan en cuanto a sus enfermedades crónicas, solo un 40.8% de pacientes piensan que esto es así. También se observa este descenso en la participación en cuanto a enfermedades tanto si son leves como graves por parte de los pacientes (52.4% y 34.6% respectivamente), en contraposición a lo que opinaron los médicos (80.8% en enfermedades leves y 73.1% en graves). Frente a los hallazgos mencionados en este párrafo, es muy importante resaltar dos motivos que pensamos que pueden haber influido en estas diferencias. El primero consiste en que algunos pacientes no marcaban determinada opción porque no se había dado el caso (por ejemplo, la mayoría de pacientes jóvenes no sufren de enfermedades crónicas) o no lo recordaban (por ejemplo, la mayoría de pacientes recordaban haber recibido un tratamiento, pero no todos recordaban haber necesitado ser derivados a otro especialista). El segundo motivo que podría explicar este fenómeno es que, como hemos dicho, la mayoría de pacientes no quieren participar en las decisiones, por lo que, como es lógico, no van a marcar que participen en ninguna parte de la consulta, pero por cuenta propia, no porque el médico no les permita o anime a participar.

En la bibliografía también se constata que permitir al paciente aclarar sus dudas en consulta es clave para que éste entienda los conceptos y pueda deliberar posteriormente sobre ellos¹. Al parecer, la mayoría de pacientes (67.3%) están de acuerdo con los profesionales en que siempre o casi siempre les animan a preguntar las dudas que les surgen durante la consulta. En este punto, también se ha obtenido un bajo porcentaje de pacientes (16.5%) que niegan que les animen a preguntar dudas. Hay que tener en cuenta este porcentaje de población que tiene una percepción diferente en este aspecto.

Por último, cabe mencionar que puede ser beneficioso también educar a la población en cuanto para tomar decisiones compartidas y las herramientas de ayuda que existen para la misma, puesto que la baja participación de los mismos puede deberse en parte a la falta de información. Esto se refleja en que el 64.7% de pacientes reconoció no conocer herramientas para la TDC, y solo un 23.3% de los que decían conocerlas además las utilizan.

3. 4.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO, FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

Las posibles limitaciones de la investigación son las siguientes. Como se ha mencionado anteriormente, es difícil medir el grado de participación en consulta tanto por parte de los médicos/as como de los pacientes. Un aspecto a tener en cuenta es que existe la posibilidad de que los médicos/as tiendan a posicionarse a favor de la implicación de los pacientes por ser políticamente más correcto², lo cual se tuvo en cuenta en el diseño del estudio y se intentó paliar con el anonimato de las entrevistas. También puede existir cierta reticencia de los pacientes a hablar mal de sus médicos/as, lo que puede dar una sobrevaloración de la participación en consulta. Además, al tratarse de entrevistas subjetivas, el estado de ánimo o problema de salud presente en el momento de la entrevista puede influir en el resultado. Así mismo, se hace necesario recordar que las encuestas se han extraído de la bibliografía y se han conformado a partir de otras encuestas validadas, pero no se ha procedido a la validación de las mismas.

Este trabajo de investigación tiene una limitada validez externa, puesto que el tamaño muestral es pequeño y el estudio se ha llevado a cabo en una única provincia, por lo que no podemos extrapolar los resultados a la población general. Si embargo, se puede extrapolar a los centros de características similares, en el departamento de salud de Castellón, lo que podría ser de utilidad en cuanto a la mejora de la calidad asistencial en nuestro entorno más próximo. Por otra parte, hay que ser cautos a la hora de establecer similitudes o diferencias con otros estudios puesto que la mayoría de estos se han hecho desde la perspectiva de la opinión de los pacientes, siendo este trabajo uno de los pocos que tiene en cuenta específicamente la opinión de los médicos/as. Por otro lado, los profesionales sanitarios que participaron en el estudio fueron exclusivamente médicos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria que trabajan en Atención Primaria, por lo que no podemos extrapolar los resultados obtenidos a otro tipo de profesionales como enfermeros/as, médicos/as internos residentes y médicos/as de otras especialidades.

En cuanto a los posibles sesgos de este estudio, podría haberse dado el sesgo de memoria a la hora de contestar las encuestas puesto que lo que más recordamos es lo más reciente, y no tiene por qué ser representativo del global de nuestras actuaciones. Otro sesgo posible, es el de atención. Éste afectaría sólo a los pacientes, y consiste en que, al ser entrevistados en persona, pueden sentirse observados y alterar sus respuestas hacia las que se consideren teóricamente más adecuadas (efecto Hawthorne). No obstante, la complejidad de la encuesta hacía difícil que fuera autoadministrada. En el caso de los pacientes fue necesario asumir este sesgo, y se evitó en el caso de los médicos/as asegurando que fuera completamente anónima y confidencial.

En cuanto a futuras líneas de investigación, dada la importancia de este tema y los resultados obtenidos, se hace evidente la necesidad de profundizar en temas de participación del paciente en las consultas en nuestro Departamento de Salud. Consideramos fundamental valorar en qué grado la formación específica sobre TDC influye en la mejora de la participación tanto de pacientes como de médicos/as y estudiar las características que debería tener la misma para ser útil y aplicable a la práctica clínica. Las herramientas para ayuda en las decisiones (*decision*

aids) no parecen ser muy conocidas ni utilizadas en nuestro entorno, aunque pueden jugar un papel importante facilitando a los médicos/as y pacientes el elegir entre alternativas razonables de tratamiento⁸, por lo que también pueden ser un foco de estudio.

Otra cuestión interesante a investigar podría ser qué características del paciente hacen que el médico/a piense que debe o no debe participar en las decisiones, ya que algunos profesionales comentan que no siempre valoran TDC, y que depende de las características concretas de cada paciente.

Estudios futuros deberían abordar la necesidad de instrumentos de medida validados para el estudio de la Toma de Decisiones Compartidas. Además, sería conveniente incluir el factor tiempo de consulta en futuras investigaciones ya que parecen darle importancia tanto los médicos/as como los pacientes. Lo mismo puede estar ocurriendo con el género y la edad del profesional, por lo que no hay que dejar de tenerlos en cuenta.

Como conclusión, decir que la mayoría de médicos/as participantes se posicionan a favor de la TDC. Las situaciones en las que no se da parecen ser motivadas por la falta de tiempo en consulta para este aspecto y la sobrecarga asistencial. Se aboga más por la TDC en enfermedades crónicas, no estando tan claro en situaciones agudas, de urgencia y emergencias. La mayoría de profesionales no tienen formación específica en TDC a pesar del beneficio que parece ofrecer la misma. Además, las herramientas de ayuda a la toma de decisiones son poco conocidas tanto por médicos/as como por pacientes en nuestro Departamento de Salud. Parece ser que los pacientes están menos interesados que los médicos/as en que las decisiones se lleven a cabo de forma conjunta y que el motivo principal es que piensan que no tienen el conocimiento suficiente para participar. Sin embargo, quieren que sus opiniones se tengan en cuenta.

5. AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón, así como a los jefes de los tres centros de salud incluidos por acceder a participar en esta investigación y por su ayuda en temas de logística. Agradecer también a todos los participantes (médicos/as y pacientes) por su tiempo y su colaboración.

A mis tutores Manuel Batalla Sales y María José Monedero Mira por haberme dado la oportunidad de trabajar y aprender con ellos, por su paciencia, sus innumerables consejos y por todos los valores que me han transmitido durante la carrera como Médicos de Familia y como profesores.

A mi compañera de carrera, de TFG y amiga Neus Martínez Arnau, por su colaboración en diversas partes de este estudio y sobre todo por su apoyo a nivel personal. Gracias por todos esos buenos momentos y también por el consuelo en los momentos de flaqueza.

A mi familia, por el apoyo incondicional, por levantarme el ánimo cuando ha hecho falta y alegrarse conmigo con cada paso que daba.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Peralta Munguía L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria. [Tesis doctoral]. Santander: Facultad de Medicina, Universidad de Cantabria; 2010.
2. Jiménez-De Gracia L, Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Hueso-Montoro C, Cano-Caballero Gálvez D, Alba-Dios MA. Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales. *Aten Primaria*. 1 de julio de 2012;44(7):379-84.
3. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LÁ, Olloqui Mundet J, Carrión de la Fuente T, Sobrino López A, et al. Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia. *Aten Primaria*. 1 de enero de 2012;44(1):5-10.
4. Bosch JM. La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura. *Aten Primaria*. 2012;44:385-6.
5. Participación del paciente en la toma de decisiones. Infac "Información Farmacoterapéutica de la Comarca" [en línea]. 2014. [Fecha de consulta octubre 2019]. URL disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>
6. Enrique Madrid S. La Información al paciente la toma de decisiones compartida en la consulta de atención primaria. [Trabajo Final de Grado]. Castellón: Facultad de Medicina, Universidad Jaime I; 2018-2019
7. Ley 41/2002 de 14 noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE 2002:40126-32.
8. Davies S, Bosch JM. Toma de decisiones conjunta en la consulta: habilidades para pacientes y profesionales. XXIX Congreso Nacional de Entrevista Clínica y Comunicación Asistencial; 2018 oct 10; Santiago de Compostela.
9. Ruiz-Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expect*. 2010 Mar;13(1):33-44.
10. Deber RB. Physicians in health care management: 8. The patient-physician partnership: decision making, problem solving and the desire to participate. *CMAJ*. 1994 Aug 15;151(4):423-7
11. Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012 Mar 1;26:158-61. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.005>.

12. Elwyn G, Hutchings H, Edward A, Rapport F, Wensing M, Cheung W, et al. The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. Blackwell Publishing Ltd. Health Expect. 2005;8:34-42.
13. Bosch Fontcuberta JM. Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad. Atención Primaria. 2010;42(5):264-5.
14. R. Ruiz Moral, L Peralta Munguia, LA Pérula de Torres, E Gavilán Moral, JR Loayssa Lara. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. Atención Primaria 2010;42(5): 257-263
15. Shields CG, Franks P, Fiscella K, Meldrum S, Epstein RM. Rochester Participatory Decision-Making Scale (RPAD): reliability and validity. Ann Fam Med. 2005 Sep-Oct;3(5):436-42. doi: 10.1370/afm.305. PMID: 16189060; PMCID: PMC1466919.
16. Ambigapathy R, Chia YC, Ng CJ. Patient involvement in decision-making: a cross-sectional study in a Malaysian primary care clinic. BMJ Open. 1 de enero de 2016;6(1):e010063.
17. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patients really want to play? J Clin Epidemiol. 1992 Sep;45(9):941-50.
18. Beaver K, Jones D, Susnerwala S, Craven O, Tomlinson M, Witham G, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. Health Expect. 2005 Jun;8(2):103-13.
19. Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson; 2004. ISBN: 84-458-1447-8.
20. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumers' views of quality in the consultation and their relevance to "shared decision-making" approaches. Health Expect. 2001 Sep;4(3):151-61.
21. Torío Durántez J, García Tirado MC. Relación médico-paciente y entrevista clínica (II): opinión y preferencias de los médicos. Aten Primaria. 1997 Jan;19(1):27-34.
22. Batalla Sales M. La escucha activa en Atención Primaria [Internet] [Ph.D. Thesis]. Universitat Jaume I; 2014 [cited 2020 Apr 27]. <http://dx.doi.org/10.6035/40015.2014.205282>
23. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implement Sci. 2006 Aug 9;1:16.
24. Charles C, Gafni A, Whelan T. Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. Health Expect. 2004 Dec;7(4):338-48

4. **7. ANEXOS**

1. **7.1. ANEXO 1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

La búsqueda bibliográfica persigue dos objetivos principales. En primer lugar, explorar el ámbito sociocultural en el que se ha desarrollado la Toma de Decisiones Compartidas, intentar establecer una definición basada en la bibliografía y recopilar la información que se tiene a nivel nacional e internacional acerca de este concepto para establecer el contexto en el que se desarrolla el presente trabajo de investigación. En segundo lugar, encontrar trabajos de investigación que persiguieran objetivos comunes a los de este, con un formato similar, que utilizaran como instrumento de medida fundamental la encuesta y que estas encuestas estuvieran validadas, para tener así una guía para la creación de nuestras propias herramientas. Asimismo, se han incluido aquellos artículos, páginas web, y trabajos de investigación que aportasen factores relacionados tanto con médicos/as como con pacientes que pudieran ser influyentes en la toma de decisiones compartidas.

Los artículos utilizados para la realización del estudio están comprendidos en un marco temporal con fecha de publicación desde el año 1995 hasta el año 2019. Se ha prestado especial atención a los artículos publicados en nuestro país. Sin embargo, al no haber mucha bibliografía sobre el tema a nivel nacional, se incluyeron varios trabajos de investigación realizados en otros países.

Se consultaron las bases bibliográficas de MEDLINE (PubMed) y COCHRANE. En la búsqueda bibliográfica se utilizaron las siguientes palabras clave: *decision making, communication, primary care, patient participation, personal autonomy, professional autonomy*. Además, se ha recurrido al Repositori UJI para la lectura de otros Trabajos de Investigación de características similares o sobre temas comunes.

Se consideraron válidos para el estudio aquellos artículos que estuvieran disponibles en formato completo. Los artículos se fueron recopilando con el programa Zotero. Una vez se hubieron reunido un número considerable de artículos, se procedió a la lectura de los mismos. Se consultó también artículos citados en las bibliografías de otros trabajos de investigación que aportaban información más concreta sobre determinados temas. Se detuvo la búsqueda cuando los nuevos documentos repetían lo sabido.

Las citas bibliográficas se exponen de acuerdo con las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas Vancouver) y las dudas se han solventado mediante un glosario de ejemplos de cómo registrar bibliografía en formato Vancouver desarrollado por la Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU.

2. 7.2. ANEXO 2. LAS ENCUESTAS

ENCUESTA A LOS MÉDICOS/AS

VARIABLES RELACIONADAS CON EL MÉDICO/A:

- Género (masculino, femenino, otro)
- Edad
- Años de ejercicio
- Docencia (pregrado, posgrado, ambos, ninguno)
- Tamaño del cupo (> 1500 SIP, < 1500 SIP)
- Tiempo medio asignado a cada paciente

VARIABLES RELACIONADAS CON LA TDC:

1. ¿Quién piensa usted que debería tomar las decisiones en la Consulta de Atención Primaria?
 - Médico/a
 - Paciente
 - Ambos
2. ¿Tiene usted en cuenta la opinión del paciente a la hora de tomar una decisión?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
3. Si su respuesta a la cuestión 2 no ha sido "siempre", marque cual o cuales de las siguientes opciones le parece el motivo o los motivos más importantes para ello:
 - Atiendo a demasiados pacientes
 - Falta de tiempo
 - Pienso que no sé cómo involucrar a los pacientes
 - Pienso que los pacientes no quieren involucrarse
 - Pienso que los pacientes no están capacitados para tomar decisiones
 - Si le pido opinión al paciente, puedo parecer inseguro/a en mis decisiones
 - Estoy seguro/a de las decisiones que tomo, no necesito su opinión
 - Otro motivo
4. ¿En qué circunstancia/s pide opinión al paciente?
 - A la hora de decidir qué pruebas realizar
 - A la hora de decidir qué tratamiento aplicar
 - A la hora de realizar una derivación a un especialista
 - Ninguna
 - Todas
5. ¿En qué condición o condiciones de enfermedad piensa usted que pide opinión al paciente?
 - Emergencia (*situaciones de vida o muerte, por ejemplo, un infarto agudo de miocardio, un ICTUS...*)
 - Urgencia (*apendicitis aguda, quemaduras, traumatismos...*)
 - Enfermedades agudas (*cistitis, tendinitis, bronquitis aguda, faringitis...*)
 - Enfermedades crónicas (*hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, artrosis, EPOC...*)
 - Ninguna
 - Todas
6. En función de la gravedad de la enfermedad, ¿en cuál o cuáles de las siguientes situaciones piensa usted que pide opinión al paciente?
 - Procesos leves (*catarro común, gastroenteritis aguda no complicada...*)
 - Procesos graves (*neumonía adquirida en la comunidad, pielonefritis aguda, glaucoma...*)
 - Ninguna
 - Todas
7. ¿Anima a sus pacientes a que pregunten sus dudas?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre

- Siempre
8. ¿Conoce alguna herramienta para la ayuda a la toma de decisiones compartida? Si es así, ¿la/s utiliza/s?
 - Sí, y la/s uso
 - Sí pero no la/s uso
 - No
 9. ¿Ha recibido formación para la Toma de Decisiones Compartidas?
 - Sí
 - No
 10. ¿Considera que esta formación es/puede ser importante y útil para su trabajo como Médico de Familia? Marque su respuesta del 0 al 5, donde 0 es nada importante y 5 muy importante.

0	1	2	3	4	5
Nada importante importante					Muy

ENCUESTA A LOS PACIENTES

Variables relacionadas con el paciente:

- Edad
- Profesión/ocupación
- Sexo (masculino, femenino, otro)
- Nivel educativo (universitario, bachillerato, formación profesional (FP), educación secundaria obligatoria (ESO), educación primaria, sin estudios)
- País de origen (España, otro)

Variables relacionadas con la TDC:

1. ¿Quién considera usted que debe tomar las decisiones en la consulta?
 - Médico/a
 - Paciente
 - Ambos
2. ¿Suele tener su médico/a de familia en cuenta su opinión como paciente?
 - Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
3. En caso de que no siempre la tenga en cuenta, ¿le gustaría que la tuviese?
 - Sí
 - No
 - ¿Por qué?
4. Si su respuesta a la cuestión 2 no ha sido SIEMPRE marque cuál/es de las siguientes opciones le parecen los motivos más importantes:
 - Falta de tiempo por parte del médico
 - No tengo el conocimiento suficiente
 - No quiero involucrarme/prefiero que sea el médico quien tome la decisión
 - Mi médico no me anima a participar
 - Otro motivo
5. ¿En qué situación/es le permite su médico opinar?
 - En cuanto a las pruebas diagnósticas (*Ej.: Analítica, Radiografía, ecografía, TAC, resonancia magnética...*)
 - En cuanto a las opciones de tratamiento (*Ej.: Pastillas o sobres, poder elegir una opción u otra teniendo en cuenta los beneficios y efectos secundarios de cada una...*)
 - En cuanto a las derivaciones a otros especialistas (*Ej.: cirujano, dermatólogo...*)
 - En ninguna
 - En todas
6. ¿En qué tipo de condición/es le pide su médico/a opinión?
 - Emergencia (*situaciones de vida o muerte como por ejemplo politraumatizado en*

accidente de tráfico, infarto, ictus)

- Urgencia (*apendicitis aguda, quemaduras*)
 - Agudas (*resfriado, diarrea, infección de orina*)
 - Crónicas (*diabetes, hipertensión, artrosis*)
 - Ninguna
 - Todas
7. En función de la gravedad de la enfermedad, ¿en cuál de las siguientes situaciones le pide opinión su médico/a?
- Procesos leves (*diarrea leve, resfriado, infección de orina*)
 - Procesos graves (*neumonía, pielonefritis aguda, glaucoma*)
 - Ninguna
 - Todas
8. ¿Considera que su médico/a le anima a preguntarle las dudas que le surgen durante la consulta?
- Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - Casi siempre
 - Siempre
9. ¿Conoce usted alguna herramienta que le ayude a tomar decisiones (folletos, dibujos, imágenes, páginas web...) y en caso de ser así, la/s utiliza?
- Sí y las uso
 - Sí, pero no las uso
 - No

3. 7.3. ANEXO 3. FIGURAS Y TABLAS ADICIONALES

Análisis descriptivo de la muestra de MÉDICOS/AS: distribución por centros de salud

1.	2.	3. CS-A	4. CS-B	5. CS-C
7. ¿Tiene usted en cuenta la opinión del paciente a la hora de tomar una decisión?	8. Siempre	9. 3 (27,3%)	10. 2 (66,7%)	11. 1 (8,3%)
	13. Casi siempre	14. 4 (36,4%)	15. 1 (33,3%)	16. 8 (66,7%)
	18. A veces	19. 4 (36,4%)	20. 0 (0%)	21. 3 (25%)
	23. Casi nunca	24. 0 (0%)	25. 0 (0%)	26. 0 (0%)
	28. Nunca	29. 0 (0%)	30. 0 (0%)	31. 0 (0%)
33. Si su respuesta a la cuestión 2 no ha sido "siempre", marque cual o cuales de las siguientes opciones le parece el motivo o los motivos más importantes para ello.	34. Atiendo a demasiados pacientes	35. 1 (12,5%)	36. 1 (100%)	37. 2 (18,2%)
	39. Falta de tiempo	40. 3 (37,5%)	41. 1 (100%)	42. 4 (36,4%)
	44. Pienso que no sé cómo involucrar a los pacientes	45. 1 (12,5%)	46. 0 (0%)	47. 0 (0%)
	49. Pienso que los pacientes no quieren involucrarse	50. 2 (25%)	51. 0 (0%)	52. 1 (9,1%)
	54. Pienso que los pacientes no están capacitados para tomar decisiones	55. 2 (25%)	56. 0 (0%)	57. 1 (9,1%)
	59. Si le pido opinión al paciente, puedo parecer inseguro/a en mis decisiones	60. 0 (0%)	61. 0 (0%)	62. 0 (0%)
	64. Estoy seguro/a de las decisiones que tomo, no necesito su opinión	65. 1 (12,5%)	66. 0 (0%)	67. 0 (0%)
	69. Otro motivo	70. 5 (62,5%)	71. 0 (0%)	72. 5 (45,5%)
	74. ¿En qué circunstancia/s pide opinión al paciente?	75. Pruebas	76. 9 (81,8%)	77. 3 (100%)
80. Tratamiento		81. 11 (100%)	82. 3 (100%)	83. 11 (91,7%)
85. Derivaciones		86. 9 (81,8%)	87. 3 (100%)	88. 8 (66,7%)
90. ¿En qué condición o condiciones de enfermedad piensa usted que pide opinión al paciente?	91. Emergencia	92. 2 (18,2%)	93. 2 (66,7%)	94. 1 (8,3%)
	96. Urgencia	97. 5 (45,5%)	98. 2 (66,7%)	99. 5 (41,7%)
	101. Agudas	102. 7 (63,6%)	103. 2 (66,7%)	104. 6 (50%)
	106. Crónicas	107. 11 (100%)	108. 3 (100%)	109. 12 (100%)
111. En función de la gravedad de	112. Leves	113. 9 (81,8%)	114. 2 (66,7%)	115. 10 (83,3%)

la enfermedad, ¿en cuál o cuáles de las siguientes situaciones piensa usted que pide opinión al paciente?	117.	Graves	118.	9 (81,8%)	119.	3 (100%)	120.	7 (58,3%)
122. ¿Anima a sus pacientes a que pregunten sus dudas?	123.	Nunca	124.	0 (0%)	125.	0 (0%)	126.	0 (0%)
	128.	Casi nunca	129.	0 (0%)	130.	0 (0%)	131.	0 (0%)
	133.	A veces	134.	0 (0%)	135.	0 (0%)	136.	4 (33,3%)
	138.	Casi siempre	139.	5 (45,5%)	140.	0 (0%)	141.	3 (25%)
	143.	Siempre	144.	6 (54,5%)	145.	3 (100%)	146.	5 (41,7%)
148. ¿Conoce alguna herramienta para la ayuda a la toma de decisiones compartida? Si es así, ¿la/s utiliza/s?	149.	Sí y las uso	150.	3 (27,3%)	151.	2 (66,7%)	152.	5 (41,7%)
	154.	Sí y no las uso	155.	5 (45,5%)	156.	0 (0%)	157.	3 (25%)
	159.	No	160.	3 (27,3%)	161.	1 (33,3%)	162.	4 (33,3%)
164. ¿Ha recibido formación para la Toma de Decisiones Compartidas?	165.	Sí	166.	4 (36,4%)	167.	1 (33,3%)	168.	2 (16,7%)
	170.	No	171.	7 (63,6%)	172.	2 (66,7%)	173.	10 (83,3%)
175. ¿Considera que esta formación es/puede ser importante y útil para su trabajo como Médico de Familia? Marque su respuesta del 0 al 5, donde 0 es nada importante y 5 muy importante			176.	4,3 ± 0,8	177.	5 ± 0	178.	3,9 ± 1,16

Análisis descriptivo de la muestra de PACIENTES: distribución por centros de salud

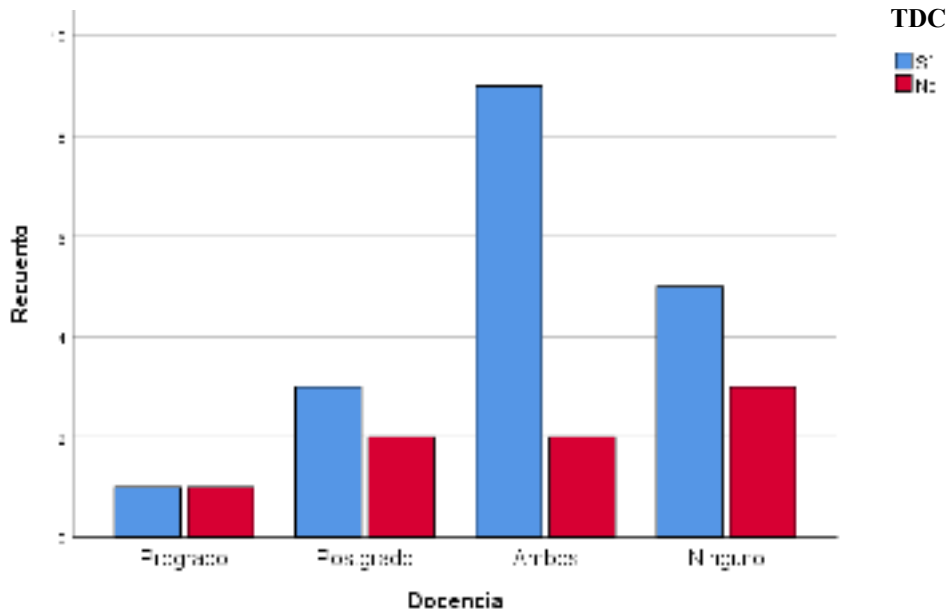
180.	181.	182.	183.	184.	185.	
		S-A	S-B	S-C	OTA L	
186. ¿Quién considera usted que debe tomar las decisiones en la consulta?	187.	Médi co	188.	189.	190.	191.
			8 (66%)	7 (55,3%)	0 (58,3%)	85 (59,9%)
	192.	Pacie nte	193.	194.	195.	196.
		(1%)	(0%)	(1,9%)	(1%)	
	197.	Amb os	198.	199.	200.	201.
		4 (33%)	6 (44,7%)	1 (39,8%)	21 (39,2%)	
202. ¿Suele tener su médico/a de familia en cuenta su opinión como paciente?	203.	Nunc a	204.	205.	206.	207.
			(5,8%)	(1,9%)	(3,9%)	2 (3,9%)
	208.	Casi nunca	209.	210.	211.	212.
			(0%)	(5,8%)	(1,9%)	(2,6%)
	213.	A veces	214.	215.	216.	217.
		6 (15,5%)	8 (17,5%)	7 (16,5%)	1 (16,5%)	
	218.	Casi siempre	219.	220.	221.	222.
		3	2	7	22	

		(41,7 %)	(40,8 %)	(35,9 %)	(39,5 %)
	223. Siempre	224. 8 (36,9 %)	225. 5 (34%)	226. 3 (41,7 %)	227. 16 (37,5 %)
228. En caso de que no siempre la tenga en cuenta, sí que le gustaría que la tuviese		229. 0 (76,9 %)	230. 7 (87,7 %)	231. 2 (86,7 %)	232. 59 (83,7 %)
233. Si su respuesta a la cuestión 2 no ha sido SIEMPRE marque cuál/es de las siguientes opciones le parecen los motivos más importantes:	234. Falta de tiempo por parte del médico	235. 1 (32,3 %)	236. 0 (29,4 %)	237. 4 (40%)	238. 5 (33,7 %)
	239. No tengo el conocimiento o suficiente	240. 5 (53,8 %)	241. 0 (44,1 %)	242. 4 (40%)	243. 9 (46,1 %)
	244. No quiero involucrarme /prefiero que sea el médico quien tome la decisión	245. 0 (30,8 %)	246. 7 (39,7 %)	247. 0 (33,3 %)	248. 7 (34,7 %)
	249. Mi médico no me anima a participar	250. (4,6 %)	251. (8,8 %)	252. (11,7 %)	253. 6 (8,3 %)
	254. Otro motivo:	255. 6 (24,6 %)	256. 1 (16,2 %)	257. 1 (18,3 %)	258. 8 (19,7 %)
259. ¿En qué situación/es le permite su médico opinar?	260. Pruebas	261. 7 (35,9 %)	262. 0 (29,1 %)	263. 6 (35%)	264. 03 (33,3 %)
	265. Tratamiento	266. 8 (75,7 %)	267. 0 (68%)	268. 5 (72,8 %)	269. 23 (72,2 %)
	270. Derivaciones	271. 5 (43,7 %)	272. 7 (35,9 %)	273. 2 (40,8 %)	274. 24 (40,1 %)
275. ¿En qué tipo de condición/es le pide su médico/a opinión?	276. Emergencia	277. 1 (20,4 %)	278. 9 (18,4 %)	279. 2 (11,7 %)	280. 2 (16,8 %)
	281. Urgencia	282. 5 (24,3 %)	283. 3 (22,3 %)	284. 6 (15,5 %)	285. 4 (20,7 %)
	286. Agudas	287. 5 (43,7 %)	288. 7 (35,9 %)	289. 2 (40,8 %)	290. 24 (40,1 %)
	291. Crónicas	292. 3 (41,7 %)	293. 3 (41,7 %)	294. 0 (38,8 %)	295. 26 (40,8 %)

296. En función de la gravedad de la enfermedad, ¿en cuál de las siguientes situaciones le pide opinión su médico/a?	297. s	Leve	298. 8 (56,3%)	299. 6 (54,4%)	300. 8 (46,6%)	301. 62 (52,4%)
	302. es	Grav	303. 2 (40,8%)	304. 3 (32%)	305. 2 (31,1%)	306. 07 (34,6%)
307. ¿Considera que su médico/a le anima a preguntarle las dudas que le surgen durante la consulta?	308. a	Nunc	309. 8 (8,7%)	310. 4 (13,6%)	311. 5 (5,8%)	312. 9 (9,4%)
	313. nunca	Casi	314. 6 (6,8%)	315. 4 (4,9%)	316. 0 (9,7%)	317. 2 (7,1%)
	318. veces	A	319. 6 (15,5%)	320. 9 (18,4%)	321. 5 (14,6%)	322. 0 (16,2%)
	323. siempre	Casi	324. 5 (24,3%)	325. 3 (22,3%)	326. 9 (28,2%)	327. 7 (24,9%)
	328. pre	Siem	329. 6 (44,7%)	330. 2 (40,8%)	331. 3 (41,7%)	332. 31 (42,4%)
333. ¿Conoce alguna herramienta para la ayuda a la toma de decisiones compartida? Si es así, ¿la/s utiliza/s?	334. las uso	Sí y	335. 8 (27,2%)	336. 4 (13,6%)	337. 0 (29,1%)	338. 2 (23,3%)
	339. no las uso	Sí y	340. 0 (19,4%)	341. 5 (5,8%)	342. 1 (10,7%)	343. 7 (12%)
	344. No	No	345. 5 (53,4%)	346. 3 (80,6%)	347. 2 (60,2%)	348. 00 (64,7%)

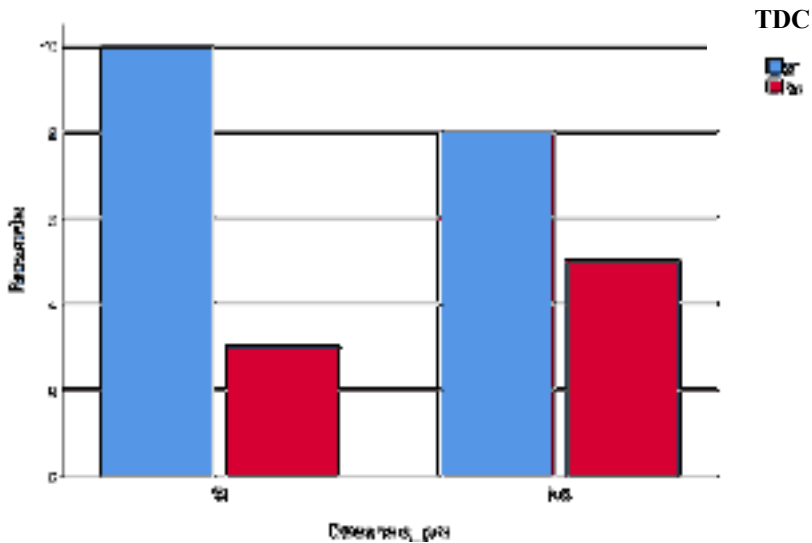
Gráficas adicionales

- Toma de Decisiones Compartidas – docencia.



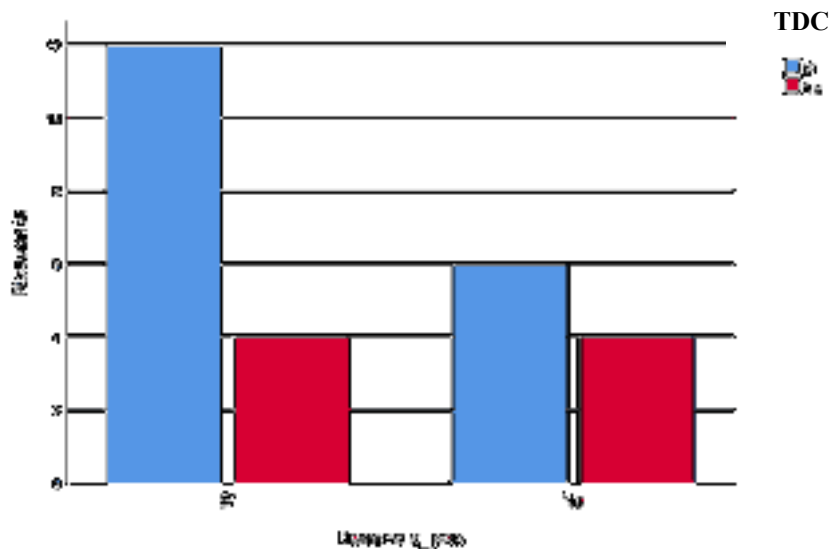
Se utiliza la prueba de chi-cuadrado para la variable docencia, siendo este resultado no estadísticamente significativo ($\chi^2 = 1.536$, $p = 0.674$). No se rechaza la hipótesis nula, la variable docencia y la variable TDC son independientes.

- Toma de Decisiones Compartidas – docencia pregrado.



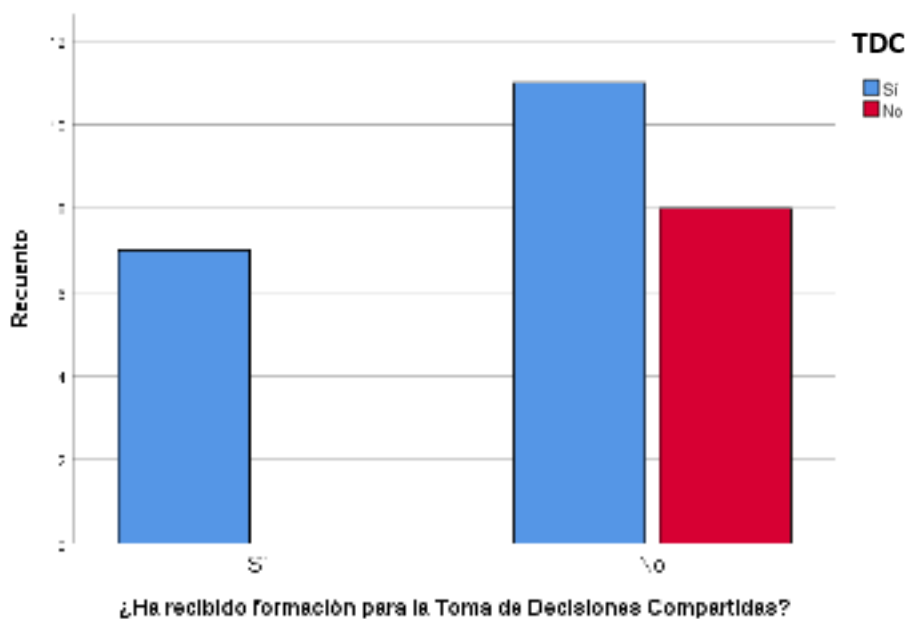
Se ha realizado la prueba Chi-cuadrado para la TDC separando el grupo de profesionales que se dedican a la docencia pregrado (incluyendo los que se dedican solo a ella y los que también se dedican a la docencia posgrado), obteniéndose el siguiente resultado: $\chi^2 = 0.722$, $p = 0.395$. La consideración de este grupo no otorga significación estadística.

- Toma de Decisiones Compartidas – docencia posgrado.



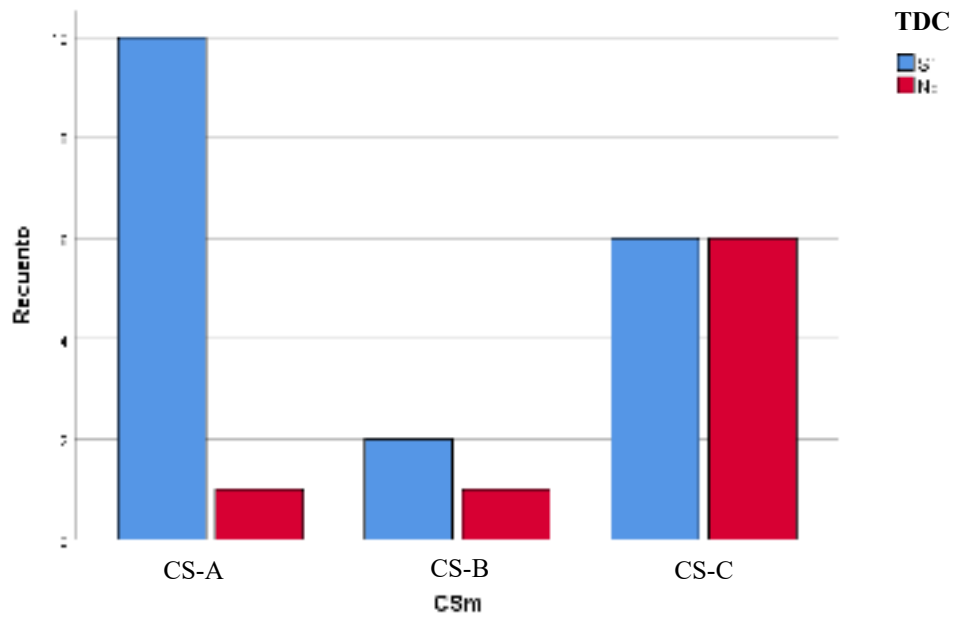
Se ha realizado la prueba Chi-cuadrado para la TDC separando el grupo de profesionales que se dedican a la docencia posgrado (incluyendo los que se dedican exclusivamente a ella y los que también se dedican a la docencia pregrado), obteniéndose el siguiente resultado: $\chi^2 = 0.650$, $p = 0.420$. La consideración de este grupo no otorga significación estadística.

- Toma de Decisiones Compartidas – formación del profesional en TDC



Se utiliza la prueba de chi-cuadrado para la variable formación en TDC, obteniéndose una relación estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.257$, $p = 0.039$). La proporción de TDC es mayor entre los médicos/as que tienen formación en este ámbito.

- Toma de Decisiones compartida según centros de salud



Se utiliza la prueba chi-cuadrado para comprobar si hay diferencias significativas entre los tres centros de salud a estudio según si hay TDC o no. El resultado no es estadísticamente significativo ($\chi^2 = 4.519$, $p = 0.104$) por lo que las variables centro de salud y TDC en la muestra de médicos son independientes.