

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Trabajo de Fin de Grado 2018-2019
Grado de Medicina en la Universidad Jaime I
Departamento de Medicina

Autora: **Susana Enrique Madrid**

Tutora: **María José Monedero Mira**





TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

ALUMNO/A: SUSANA ENRIQUE MADRID

DNI: 20490842-G

PROFESOR/A TUTOR/A: MARÍA JOSÉ RONEDERO MORA

Fdo (Tutor/a):

MJ RONEDERO MORA

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

RESUMEN

Objetivos. Una relación médico-paciente basada en un modelo que incluya información y consenso entre las partes, es la que debe prevalecer en todas las consultas sanitarias. Este estudio analiza la opinión de los pacientes sobre la información que reciben y su participación en la toma de decisiones en el ámbito de la Atención Primaria.

Métodos. Se elabora una encuesta en base a la bibliografía encontrada con la que se realizan 321 entrevistas. Se realiza a pacientes que se encuentran en las salas de espera de las consultas de Atención Primaria de las tres Zonas Básicas de Salud seleccionadas de la Provincia de Castellón.

Resultados. El 80,7% de los pacientes dicen recibir toda la información necesaria sobre su motivo de consulta. Solo un 28% de los pacientes participan en la toma de decisiones. La mayoría (53,3%) considera que todos los profesionales los informan por igual. Los pacientes mayores de 65 años son los que consideran estar mejor informados (87,4%). Los pacientes atendidos por mujeres comprenden la información (95,6%) y participan en la toma de decisiones (30,1%) en mayor proporción que los atendidos por hombres.

Conclusiones. La población está satisfecha con la información que recibe pero aún se está muy lejos de la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Las profesionales de sexo femenino, promueven más la comprensión y la Toma de Decisiones Compartidas.

Palabras clave. Información al paciente. Comunicación. Toma de decisiones compartidas. Participación del paciente. Atención Primaria.

ABSTRACT

Objectives. A doctor-patient relationship based on a model that includes information and consensus among the parties, being this the model that should prevail in all health consultations. This study analyzes the opinion of patients about the information they receive and their participation in decision making in the field of Primary Care.

Methods. A survey is made based on the bibliography found, with which 321 interviews are conducted. It is performed to patients who are in the waiting rooms of Primary Care consultations, specifically, in the three Basic Health Zones selected of the Province of Castellón.

Results 80.7% of patients say they receive all the necessary information about their reason for consultation. Only 28% of patients participate in decision making. The majority (53.3%) consider that all professionals report them equally. Patients older than 65 years are those who consider themselves better informed (87.4%). Patients treated by women understand the information (95.6%) and participate in decision-making (30.1%) in greater proportion than those attended by men.

Conclusions The population is satisfied with the information that is provided but the system is still far from the participation of patients in decision-making. Female professionals are the ones that most promote understanding and Shared Decision Making.

Keywords. Information to the patient. Communication. Shared decision making. Participation of the patient. Primary Care.

EXTENDED SUMMARY

Introduction.

The clinical interview is the communication process that takes place between the doctor and patient, for which a good relationship between the parties is needed. Over time, this relationship has evolved towards a more horizontal and deliberative model, where patients assume a more active and autonomous role.

Despite this, there is still a challenge to face, which is the need to adequately inform patients. The access to information is a right of patients that allows them to decide on health / illness or life / death.

One step further in the communicative process is the participation of patients in decision making, which includes: informing the patient, deliberating the options, and making decisions in a joint manner adjusted to the context of each patient.

Objectives.

The main objective of the study is to analyze the subjective perception of patients regarding the information they receive in the consultation as well as their participation in shared decision making in the field of Primary Care.

The secondary objectives are to study factors that may be related to information, such as: the influence of the gender of the Primary Care professional; the need to resort to other sources of information other than the Family Doctor; the influence of belonging to a specific health center because of the social characteristics they present; and the opinion of patients about whether their Family Doctor informs them equally, better or worse, than any other doctor who can treat them.

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 different social characteristics. The three centers are: the traditional health center in the urban center, the semi-urban health center near the city with migrant population, and the urban health center in the periphery.

A sample size of 320 patients is calculated, finally making a total of 321 (107 for each health center). A survey is configured based on the bibliography found on which certain modifications are made. This survey includes variables of patients (gender and age) and professionals (gender). Then, the interview is done to all patients who meet the inclusion criteria, always before entering the consultation.

Results.

From a sample of 321 patients, whose average age is 57.65 ± 16.504 years, 80.7% of patients say they receive all the necessary information about their reasons for consultation in Primary Care. Only 28% of patients participate in decision making. The majority (53.3%) consider that all professionals inform them equally. Among those who believe that there are differences, 34.6% consider that their Family Doctor informs them better than any other.

Women resort more to other sources of information than their Family Physicians (26.1%), they participate more in decision making (31.4%) and they are the ones who consider their Family Doctor to be the best informed (39.9%).

Patients between 18-35 years old are those who, in greater proportion, would like to receive more information (55.9%), resort to other sources to obtain information (47.1%) and believe that all professionals inform them equally (58.8%). Patients between 36-65 years old are the ones that most participate in the TDC (30.4%) and those who consider that it is their Family Doctor who best informs them. And-Besides this, the patients older than 65 years are the ones that in greater proportion consider that they receive all the necessary information in consultation (87.4%).

The health center in which the participation in Decision Making was the highest, is the traditional center in the urban center (37.4%).

The patients cared for by women comprise the information (95.6%) and participate in the Making of Shared Decisions (30.1%), in greater proportion than those attended by men.

Discussion.

Increasingly, patients demand more and better information as well as more participation in consultations. In this research, the majority of the patients surveyed (80.7%) stated that they receive all the necessary information related to their reason for consultation. This fact favors having patients more satisfied and adherent to the treatments.

In spite of defending a horizontal and deliberative model, participation rates in Decision Making are low with 28%. This suggests that: either professionals do not have the habit for it or patients are more comfortable with a more paternalistic model.

Patients who consider to be better informed by their Family Physician (34.6%), are the ones who return the most after being visited by other professionals in order to contrast the information they are given.

The age of the patients is the factor that most marks differences. Patients between 18-35 years old are the ones who receive the least information. In relation to this and also because of their proximity to new technologies, they are positioned as the group of patients that most consult other sources to obtain information, especially through the Internet. The opposite occurs with the group of patients older than 65 years old.

If we talk about patients according to the health center to which they belong, those who are better informed, with less demand for information, with fewer doubts to resolve and with more participation in the TDC are the patients who belong to the central Urban Health Center. The opposite of what happens in the peripheral urban Health Center. In addition, the latter, is the one who, in a greater proportion, declines to think that it is their Family Doctor who best informs them.

Female professionals manage to have a greater proportion of patients who understand the information and participate in Decision Making. Therefore, it can be said that doctors are more empathetic and less resistant to using the deliberative model, which can be an exercise of autonomy on the part of patients.

Conclusions.

Most of the population is satisfied with the information provided despite not being as complete as it should be.

In spite of advocating a horizontal and deliberative model, for the time being there is still a long way to the participation of patients in decision-making in primary care consultations.

Female professionals are the ones that promote understanding and Shared Decision Making the most.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	13
1.1.	LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA RELACIÓN CON EL/LA MÉDICO/A.....	13
1.2.	LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN CONSULTA.....	14
1.3.	OBJETIVOS.....	15
2.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
2.1.	TIPO DE ESTUDIO.....	16
2.2.	ÁMBITO.....	16
2.3.	PERIODO DE ESTUDIO.....	16
2.4.	POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	17
2.4.1.	Distribución del centro de salud.....	17
2.4.2.	Cálculo del tamaño de la muestra.....	18
2.4.3.	Selección de pacientes.....	18
2.4.4.	Criterios de inclusión y exclusión.....	19
2.5.	MEDICIONES Y VARIABLES: LA ENCUESTA.....	19
2.6.	ANÁLISIS DE DATOS.....	20
2.7.	ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN.....	20
3.	RESULTADOS.....	21
3.1.	ANÁLISIS DESCRIPTIVO GENERAL.....	21
3.2.	ANÁLISIS ESTRATIFICADO.....	23
3.2.1.	Estratificación según el sexo del paciente.....	23
3.2.2.	Estratificación según la edad del paciente.....	24
3.2.3.	Estratificación según el centro de salud.....	26
3.2.4.	Estratificación según el sexo del profesional.....	28
4.	DISCUSIÓN.....	29
5.	AGRADECIMIENTOS.....	34
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	35
7.	ANEXOS.....	37
7.1.	ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	37
7.2.	ANEXO 2: LA ENCUESTA.....	40
7.3.	ANEXO 3. FIGURAS Y TABLAS ADICIONALES.....	41

7.3.1. Variables relacionadas con la información al paciente estratificando por sexo del paciente.....	41
7.3.2. Variables relacionadas con la información al paciente estratificando por la edad del paciente.....	41
7.3.3. Toma de Decisiones Compartida.....	42

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA RELACIÓN CON EL/LA MÉDICO/A.

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que tiene lugar entre el/la médico/a y paciente, dentro del desarrollo de su profesión y en cualquier ámbito de la Medicina. A través de ella, se pretende recoger toda la información necesaria, tanto de manera verbal como no verbal¹, para atender y responder a la demanda del paciente. Para lograr este objetivo, es esencial establecer una buena relación entre el/la médico/a y el/la paciente².

Con el paso de los años, esta relación ha ido evolucionando, dejando atrás un modelo paternalista en el que el médico es el protagonista, conocedor de la verdad y donde los pacientes no tienen la oportunidad de participar. Como reacción a este modelo paternalista, han surgido otros relacionados con la toma de decisiones que son: el modelo interpretativo, donde el médico decide teniendo en cuenta la perspectiva y preferencias del paciente; el modelo informado, donde el médico proporciona la información pero es el paciente el que decide; y el modelo compartido, donde el médico y el paciente se implican en todo el proceso y deciden de manera conjunta³.

Este cambio de modelo ha dejado paso a una relación médico/a-paciente donde los pacientes son más activos⁴, autónomos y donde la relación establecida entre los interlocutores, se vuelve más horizontal, deliberativa y participativa⁵. Una relación médico/a-paciente basada en un modelo donde haya información, conocimiento, consentimiento y se tomen las decisiones más apropiadas para el paciente teniéndolo en cuenta, es el modelo que debe prevalecer en todas las consultas sanitarias de cualquier ámbito⁵.

La relación médico/a-paciente se basa en los cuatro principios éticos fundamentales, que son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia⁵. Íntimamente ligados a ellos existen otros principios también básicos en este aspecto que son, el respeto a la intimidad, la confidencialidad y la veracidad⁵. El mayor cambio introducido en los últimos treinta años, ha sido la autonomía⁵. Este hecho, hace que el paciente desee que se le informe de su enfermedad y de las alternativas a seguir, para poder tener la opción de asentir, modificar o rechazar lo propuesto por el médico⁵.

En la medicina actual, a pesar de todos los avances tecnológico-científicos y comportamentales en continuo desarrollo, sigue existiendo un reto al que hacer frente que es, la necesidad de informar adecuadamente a los pacientes y a sus familiares y/o allegados⁶. Cada vez más, los pacientes reclaman estar más y mejor informados⁷ a la vez que una mayor participación en las consultas^{7,8}. Este hecho se ve reflejado en el Decálogo de los Pacientes elaborado en Barcelona

en el año 2003⁹, donde los pacientes mostraron el deseo de “información de calidad”, “decisiones centradas en los pacientes”, “respeto a los valores y la autonomía del paciente”, y “participación de los pacientes en la determinación de prioridades en la asistencia sanitaria”, entre otros.

En algunas investigaciones realizadas en el ámbito nacional sobre la información al paciente, se concluye que los pacientes reciben poca información para afrontar su situación, que los profesionales no explican la orientación diagnóstica y que hay gran parte de los pacientes que no comprenden las explicaciones que se les da, pero que además, tampoco se atreven a preguntar¹⁰. Por otro lado, también se habla de que los pacientes no reciben la información que realmente desean y que los profesionales deberían esforzarse más por conseguir una comunicación efectiva que acerque al paciente a su propia realidad¹¹.

Recibir información es un derecho de todos los pacientes, reflejado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹², que les permite decidir sobre cualquier aspecto de su vida incluyendo aquellos relacionados con la salud/enfermedad o vida/muerte. La verdad en lo que a la información se refiere, pertenece al paciente¹¹. Para que esto se cumpla, el profesional debe ofrecer al paciente la posibilidad de ser informado, pudiendo recibir una negativa a dicho acto¹¹.

No obstante, una buena relación médico/a-paciente no se fundamenta únicamente en la información, sino que debe existir una comunicación afectiva y efectiva¹¹. Esta comunicación, que al fin y al cabo es el precedente para la deliberación moral, es una herramienta que está en continua evolución, explorando constantemente las preferencias, valores, preocupaciones y dudas de los pacientes sin dar nada por supuesto; creando un vínculo terapéutico; y fomentando la empatía, que favorece que el paciente se sienta escuchado y pueda explorar su mundo interno¹¹.

1.2. LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES EN CONSULTA.

Un paso al frente en el proceso comunicativo, es incluir la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Es un proceso que consiste en: intercambiar información tanto médico como personal donde se incluya la empatía y el reconocimiento de las dificultades, entre otros; proporcionar evidencia científica incluyendo las recomendaciones actuales; deliberar las distintas opciones; comprobar la comprensión de los participantes; y llegar a un acuerdo mutuo^{6, 13-15}. Todo ello, involucrando al paciente y sus familiares, teniendo en cuenta sus

preferencias y necesidades, para capacitarlos y que sean ellos los que asuman un papel activo en el cuidado de su salud^{4, 8, 16}.

La participación del paciente en la toma de decisiones (PPTD) se incluye en el modelo más deliberativo comentado anteriormente, donde la opinión del propio paciente y de sus familiares supone ceder parte del control de la consulta, una continua negociación y un ejercicio de autonomía, lo que constituye un imperativo ético⁸.

Esta herramienta ha mostrado que incrementa el conocimiento, disminuye el conflicto de la decisión (relacionado con la percepción de no sentirse informado) y reduce el número de personas indecisas y pasivas en la toma de decisiones¹⁶. La participación influye en la atención clínica y en el trabajo de los profesionales, generando mayor satisfacción¹⁵, mejor resolución de conflictos y mayor cumplimiento de los consejos y tratamientos^{7, 15, 17, 18}, incluso iniciándolos precozmente, pudiendo alcanzar decisiones de mejor calidad¹⁶.

No obstante existen diversas barreras para la aplicación de este nuevo modelo de atención sanitaria como la falta de tiempo, elevada presión asistencial, necesidad de más información actualizada sobre el tema, necesidad de mayor familiaridad con la toma de decisiones compartida, así como un necesario entrenamiento en la comprensión del paciente desde su perspectiva¹⁶, que pueden ser las causas de la baja tasa de participación^{10, 19} y la demanda por parte de los pacientes de una mayor participación⁸ en las consultas.

En la bibliografía, tanto a nivel nacional como internacional, no hay demasiados estudios de campo en el ámbito de la salud en los que se trabaje el tema de la información al paciente y la participación de los mismos en la toma de decisiones compartida (TDC). La mayoría se refieren al tema de una manera teórica, desde el punto de vista de los médicos, en forma de artículos de opinión o enfocados a una patología en concreto. A pesar de ello, y por creer que es un tema de suma relevancia para el ejercicio de la Medicina, se ha decidido elaborar una investigación sobre si los pacientes se sienten informados y si participan en la TDC en las consultas de Atención Primaria.

1.3. OBJETIVOS.

El objetivo principal del estudio es analizar la percepción subjetiva de los pacientes en cuanto a sentirse informados en la consulta así como, su participación en la toma de decisiones compartida en el ámbito de la Atención Primaria.

Entre los objetivos secundarios se encuentra estudiar factores que pueden estar relacionados con la información, como son:

- Analizar la necesidad de los pacientes de utilizar otras fuentes de información, distintas a sus Médicos de Familia, una vez salen de la consulta de Atención Primaria.
- Analizar si existen diferencias entre los tres centros de salud escogidos con características de morbilidad similares pero con características sociales distintas, en cuanto a la información proporcionada, comprensión de la misma y participación en consulta.
- Analizar si la información proporcionada por los profesionales de Atención Primaria varía en función del sexo del profesional.
- Analizar si el paciente se siente igual, más o menos informado por su médico de familia que por cualquier otro médico de cualquier otro ámbito sanitario que lo pueda atender.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Es un estudio clínico epidemiológico no experimental de corte, de prevalencia o transversal. Es un estudio observacional de base individual y que no presenta seguimiento de los pacientes. El objetivo que se persigue es evaluar la opinión de los pacientes en cuanto a la información que se les proporciona en consulta y la toma de decisiones compartida, a través de una encuesta. Para ello se realiza una búsqueda bibliográfica que se detalla en el *Anexo 1*.

2.2. ÁMBITO.

La investigación se realiza en el ámbito de Atención Primaria, puesto que se creen necesarios más estudios sobre la información al paciente en dicho ámbito, es el nivel más accesible, los pacientes no se encuentran en situación de riesgo vital y el médico de Atención Primaria es el que más contacto tiene con los pacientes desde el inicio, a lo que se denomina seguimiento longitudinal.

2.3. PERIODO DE ESTUDIO.

El periodo de recogida de datos del estudio es aproximadamente de dos meses y medio, desde el 2 de noviembre de 2018 al 17 de enero de 2019. Las encuestas se realizan durante días laborables y fuera del horario de las prácticas clínicas de la universidad durante todos los días de la semana (de lunes a viernes). Además, se han cubierto todas las franjas horarias, siendo de 9:00-13:30h el horario de mañana y/o 16:00-19:30h el horario de tarde.

2.4. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA.

2.4.1. Distribución del centro de salud.

Se seleccionan tres Zonas Básicas de Salud (ZBS) de la Provincia de Castellón de la Plana con características de morbilidad similares que son: el centro de salud tradicional situado en el centro de la ciudad, el centro de salud semi-urbano próximo a la ciudad con población migratoria, y el centro de salud urbano situado en la periferia de la ciudad. El motivo de selección de estas tres ZBS se debe a que pensamos que sería interesante comparar si la información al paciente varía dependiendo de las distintas características sociales que presentan los pacientes pertenecientes a las tres ZBS.

Los tres centros seleccionados por presentar dichas características distintivas y por resultar accesibles son los mostrados en la Tabla 1. Puesto que no se cree relevante conocer el nombre de los centros de salud, éstos se van a denominar por la abreviatura de Centro de Salud (CS) seguida de A-B-C, siendo "A" el centro de salud tradicional situado en el centro de la ciudad, "B" el centro semi-urbano próximo a la ciudad con población migratoria, y "C" el centro urbano en la periferia de la ciudad.

Tabla 1. Descripción de los tres Centros de Salud seleccionados.

		CS-A	CS-B	CS-C
Población atendida	Total	20465	16394	3990
	>14 años	15935	12521	3360
	<14 años	2486	2456	630
	Sin médico asignado	2044	1417	0
Número de médicos		13	8	3
Tipo de centro		Urbano tradicional	Semi-urbano	Urbano
Localización geográfica		Centro de Castellón de la Plana	Pueblo cercano con gran cantidad de población flotante	Periferia de Castellón de la Plana

2.4.2. Cálculo del tamaño de la muestra.

En base a los listados SIP de los pacientes de los tres centros de salud seleccionados, se ha obtenido un tamaño poblacional total de 40.849 pacientes. Para delimitar a la población de estudio, se han seleccionado a los pacientes adultos (>14 años), dando un tamaño poblacional final de 31.816 pacientes. De éstos últimos, se ha extraído una muestra. El cálculo del tamaño de la muestra conociendo el tamaño de la población, se puede realizar de dos maneras.

- La primera es mediante la siguiente fórmula matemática, siendo N = total de la población; $Z_{\alpha} = 1.96^2$ (si la seguridad es del 95%); p = proporción esperada (en este caso es del 30% = 0.3); q = 1 - p (en este caso 1-0.3=0.7); d = precisión (en la investigación es del 5% = 0.05):

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q} = \frac{31816 \times 1.96^2 \times 0.3 \times 0.7}{0.05^2 \times (31816-1) + 1.96^2 \times 0.3 \times 0.7} = 319.46$$

- La segunda es mediante el programa de análisis de datos epidemiológicos denominado EPIDAT, utilizando los mismos parámetros que en la fórmula previa, con un tamaño poblacional de 31.816, un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada del 30% (dato extraído de la bibliografía), una precisión máxima del 5% y una mínima del 1%:

Tamaño poblacional:	31816
Proporción esperada:	30,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Precisión (%)	Tamaño de muestra
-----	-----
1,000	6436
5,000	320

Dado que ambos resultados son prácticamente iguales, se ha decidido escoger el cálculo del tamaño de la muestra a través del programa EPIDAT para evitar errores de cálculo, siendo el número de encuestas a realizar de 320. Finalmente, se decide realizar 107 encuestas en cada centro de salud de los tres seleccionados obteniendo una muestra total de 321 encuestas.

2.4.3. Selección de pacientes.

Los pacientes se seleccionan mediante un muestreo por conveniencia de entre las personas que acuden a los tres centros de salud escogidos. La selección se realiza de entre los presentes en

las salas de espera, tanto de Medicina de Familia como de Enfermería, pero siempre antes de que los pacientes entren en la consulta.

La forma de actuación es la siguiente:

- Presentación de la entrevistadora.
- Explicación del tipo y propósito del estudio.
- Obtención de consentimiento verbal de los pacientes.
- Recogida de datos a través de la encuesta mediante entrevista verbal.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión descritos a continuación, la realización de la encuesta e inclusión en la investigación se oferta a todos los pacientes presentes en las salas de espera de las tres Zonas Básicas de Salud seleccionadas.

2.4.4. Criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión son:

- Pacientes presentes en las salas de espera de los centros de salud en el periodo de tiempo mencionado.
- Pacientes que aceptan realizar la encuesta.
- Pacientes que han acudido al médico al menos una vez.
- Pacientes mayores de 14 años.

Los criterios de exclusión son:

- Pacientes que rechazan realizar la encuesta.
- Pacientes que acuden al médico por primera vez.
- Pacientes incapaces de responder por sí mismos.
- Pacientes menores de 14 años.

2.5. MEDICIONES Y VARIABLES: LA ENCUESTA.

Se configura una encuesta de nueve variables de respuesta dicotómica basada en la investigación de Barca Fernández I, et al., donde además de las variables que incluye dicha investigación, se suman algunas modificaciones por interés del presente estudio que se explicarán posteriormente.

Antes de realizar la encuesta en sí, se recogen variables tanto de los pacientes (edad y sexo) como de los médicos que los van a atender (sexo del profesional). A continuación se comienza la entrevista en base a los nueve ítems de la encuesta, que puede verse de manera completa en el *Anexo 2*.

Las variables extraídas de la investigación *“La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas”*⁸ son:

- La información proporcionada por el médico es suficiente.
- Ha comprendido las explicaciones del médico.
- Se ha quedado con ganas de preguntar algo.
- Qué tipo de información solicita el paciente.
- Valoración de la participación en la toma de decisiones en consulta.

Sobre estas variables, se han añadido otras que se presentan a continuación:

- **Necesidad de buscar información adicional al salir de la consulta:** porque hay un alto porcentaje de pacientes que recurren a otros medios para obtener más información, como el uso de Internet.
- **Preferencia por recibir la información por escrito:** con el fin de valorar si los pacientes consideran que recibir asociado un documento escrito a la información verbal, resulta ser de ayuda en el proceso comunicativo y en la toma de decisiones.
- **Valorar si los pacientes consideran que su médico/a de familia les informa por igual, mejor o peor que otros profesionales y si además, necesitan volver al médico/a de familia tras otras visitas con otros profesionales de la salud:** porque se desea comprobar si la tendencia de recurrir al médico de familia tras la visita con otro profesional de la salud percibida en la práctica clínica habitual, es cierta.

2.6. ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de los datos se emplea el programa informático IBM SPSS Statistics 22.0. Para el análisis de los resultados se han llevado a cabo análisis descriptivos con las frecuencias correspondientes a cada variable y la Prueba Chi-Cuadrado para el análisis de las variables cualitativas.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN.

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.

3. RESULTADOS.

3.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO GENERAL.

Se recoge una muestra de 321 pacientes, cuya edad media es de $57,65 \pm 16,504$ años, de los cuales 58,6% son mujeres y 41,4% hombres. Hay un 42,4% de los casos cuyo médico de familia es una mujer y un 57,6% que es un hombre.

Tal y como puede observarse en la Tabla 2, que corresponde con las variables relacionadas con la información al paciente, la mayoría de encuestados (80,7%) considera que reciben toda la información necesaria en cada consulta de Atención Primaria; no obstante, un 32,4% del total de la muestra desearía recibir más información de la que obtiene. Además, dentro de los pacientes que dicen haber recibido toda la información necesaria, un 17,4% desearían recibir aún más ($p < 0,001$).

También, la mayoría de los casos (91,9%) dicen comprender la información y las explicaciones que les proporciona su médico, en contraposición a un 8,1% de los casos que se quedan con dudas o con ganas de preguntar en consulta.

Por otro lado, la mayoría de la muestra (78,8%) no necesita recurrir a otras fuentes de información tras su visita con su médico. Aun así, un 21,2% de los encuestados, dicen necesitar hacerlo para obtener toda la información que ellos consideran.

El último ítem de la tabla, muestra un 72% de la muestra que no participa en la Toma de Decisiones compartidas.

Tabla 2. Descripción de las variables relacionadas con la información al paciente. TDC = Toma de Decisiones Compartida; n = tamaño de la muestra.

INFORMACION AL PACIENTE	n (%)	
	SI	NO
Reciben toda la información	259 (80,7%)	62 (19,3%)
Desean recibir más información	104 (32,4%)	217 (67,6%)

Comprenden la información	295 (91,9%)	26 (8,1%)
Se quedan con dudas	26 (8,1%)	295 (91,9%)
Recurren a otras fuentes de información	68 (21,2%)	253 (78,8%)
Participación en la TDC	90 (28%)	231 (72%)

El tipo de información que más demanda el paciente en las consultas es aquella relacionada con el diagnóstico (14%), seguida del tratamiento (8,1%) y de las complicaciones (4,4%). El resto de demandas (prevención, seguimiento, derivación a especialista, trato recibido, pronóstico, exploración física) queda relegado a un 8,6%. De todas formas, el 64,8% de los casos creen que es suficiente la información que se les proporciona y por tanto, no demandan ningún tipo de información adicional en concreto.

Del total de la muestra, el 59,8% no consideran necesario asociar un documento escrito a la información que se les proporciona oralmente durante la consulta.

En cuanto a la información proporcionada por el médico, un 53,3% de los casos consideran que todos los médicos que los atienden (sin distinguir en cuanto a especialidad o situación), los informan de la misma manera. De los que creen que existen diferencias, el 34,6% va a favor de que su médico de familia le informa mejor que cualquier otro médico que le pueda atender, frente al 12,1% que muestran su descontento con su médico y consideran que otros profesionales sanitarios les informan mejor.

Independiente de lo anterior, el 47,4% de la muestra, vuelve a su médico de familia tras ser atendido por otros profesionales, ya sea en atención privada, en el servicio de urgencias, en otro centro de salud o por un especialista. Sin embargo, al analizar si los pacientes vuelven a su médico de familia estratificando según quién consideran que les informa mejor (véase *Figura 1*), se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) observando que vuelven:

- El 43,9% de los que consideran que todos los profesionales les informan por igual.
- El 62,2% de los que consideran que su médico de familia les informa mejor.
- El 20,5% de los que consideran que les informa mejor otro profesional que no sea su médico de familia.

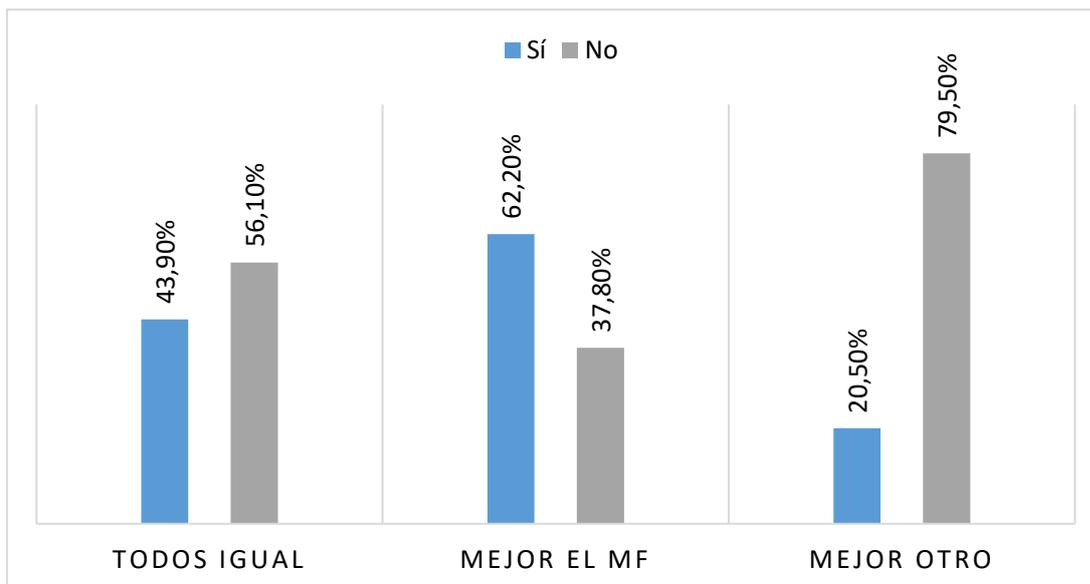


Figura 1. Porcentaje de pacientes que vuelven a su médico de familia, en función de si opinan que su médico de familia les informa por igual, mejor o peor que cualquier otro profesional de la salud. MF = médico de familia. En azul los pacientes que vuelven a su MF y en gris los que no.

3.2. ANÁLISIS ESTRATIFICADO.

A continuación, se procede a estratificar los resultados según el sexo del paciente, la edad del paciente, el centro de salud al que pertenecen y el sexo del profesional sanitario, en función de las variables relacionadas con la información al paciente recogidas en la Tabla 2, así como las variables relacionadas con el médico de familia.

Estas últimas tratan de caracterizar desde la perspectiva de los pacientes si, el médico de familia informa igual, mejor o peor que cualquier otro profesional de la salud, y si necesitan volver a su médico de familia tras ser visitados por otros profesionales de la salud.

3.2.1. Estratificación según el sexo del paciente.

- En cuanto a las variables relacionadas con la información al paciente:

El 77,7% de las mujeres y el 85% de los hombres creen recibir toda la información necesaria sobre su motivo de consulta. Independientemente de lo anterior, al 36,2% de las mujeres y al 27,1% de los hombres les gustaría recibir más información cuando van a consulta. La gran mayoría, el 92,6% de las mujeres y el 91% de los hombres comprenden las explicaciones que su médico les proporciona, dejando un 9% de las mujeres y un 6,8% de los hombres, que se quedan con dudas o con ganas de preguntar en consulta.

Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) al analizar el uso de otras fuentes de información, donde las mujeres recurren a otros medios para sentirse informadas en un 26,1% frente a un 14,3% de los hombres.

En lo que respecta a la participación en la toma de decisiones compartidas en consulta, las mujeres superan a los hombres con un 31,4% y 23,3% respectivamente.

Estos resultados pueden verse en formato tabla en el *Anexo 3 (apartado 6.3.1.)*.

- En cuanto a las variables relacionadas con el médico de familia (véase *Tabla 3*):

Existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a que los hombres son los que con mayor proporción consideran que todos los profesionales de la salud los informan por igual, frente a las mujeres que son las que con mayor proporción consideran que es su médico/a de familia el/la que mejor las informa ($p < 0,05$).

Por otro lado, no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a si vuelven a su médico de familia tras ser visitados por otros profesionales, haciéndolo las mujeres en un 47,9% y los hombres en un 46,6%.

Tabla 3. Estratificación por sexo de las variables relacionadas con el médico de familia. MF = médico de familia.

Sexo del paciente	Los médicos informan			Vuelven a su MF
	Por igual	Mejor el MF	Mejor otro	
Femenino	47,3%	39,9%	12,8%	47,9%
Masculino	61,7%	27,1%	11,3%	46,6%

3.2.2. Estratificación según la edad del paciente.

Para la estratificación según la edad de los pacientes se han agrupado a los casos en tres grupos de la siguiente manera. El grupo 1 serán los pacientes más jóvenes de 18-35 años, que son el 10,6% de la muestra. El grupo 2 es el de mediana edad, con pacientes de 36-65 años, que son el 57,3% de la muestra. Y el grupo 3 que son los más mayores, con pacientes de más de 65 años, que son el 32,1% de la muestra.

- En cuanto a las variables relacionadas con la información al paciente:

Se observan diferencias estadísticamente significativas en tres de las asociaciones establecidas:

- El grupo 3 con un 87,4% es el cupo de pacientes que más considera que le proporciona toda la información necesaria sobre su motivo de consulta, seguido del grupo 2 con un 79,3% y del grupo 1 con un 67,6% ($p < 0,05$).
- Como consecuencia a lo anterior, el grupo 1 con un 55,9% desearía recibir más información, seguido del grupo 2 con un 34,8% y del grupo 3 con un 20,4% ($p < 0,001$).
- También ligado a lo anterior, el grupo 1 con un 47,1% es el grupo de pacientes que más utiliza otros recursos distintos a su médico de familia para obtener la información, seguido del grupo 2 con un 24,5% y del grupo 3 con un 6,8% ($p < 0,001$).

En cuanto al resto de asociaciones no se hallan diferencias estadísticamente significativas pero se puede observar lo siguiente:

- Al analizar la comprensión de la información y las explicaciones que da el médico a los pacientes, el grupo que muestra mayor comprensión es el grupo 2 con un 93,5%, seguido del grupo 3 con un 92,2% y del grupo 1 con un 82,4%.
- Al analizar si los pacientes se quedan con dudas y no las preguntan a sus médicos, el grupo al que más le ocurre es al grupo 1 con un 17,6%, seguido del grupo 3 con un 7,8% y del grupo 2 con un 6,5%.
- Al analizar la participación en la TDC, el grupo 2 con un 30,4% es el que más participa en consultas, seguido del grupo 3 con un 25,2% y del grupo 1 con un 23,5%.

Estos resultados pueden verse en formato tabla en el *Anexo 3 (apartado 6.3.2.)*.

- En cuanto a las variables relacionadas con el médico de familia:

No existen diferencias significativas, ni por quién informa mejor, ni por si vuelven a su médico de familia tras ser visitados por otro profesional. Lo que se puede observar en la Figura 2 es que, de los que consideran que todos los profesionales los informan por igual, el grupo de edad que más vuelve al médico de familia es el grupo 1 (58,8%). De los que consideran que su médico de familia es el profesional que mejor los informa, el grupo de edad que más vuelve a su médico de familia es el grupo 2 (39,7%). Y por último, de los que consideran que es otro profesional distinto a su médico de familia el que mejor los informa, el grupo de edad que más vuelve a su médico de familia es el grupo 1 (20,60%).

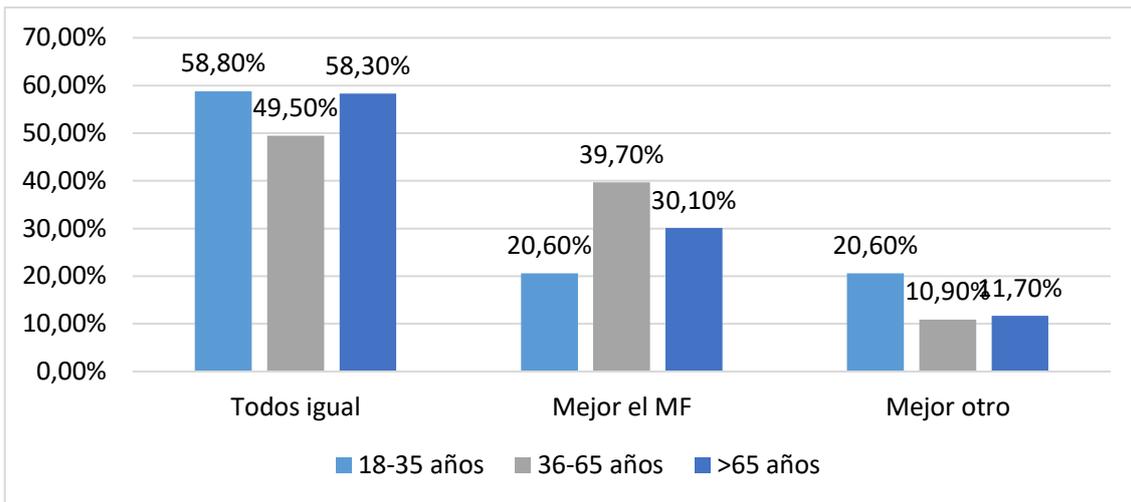


Figura 2. Porcentaje de pacientes que vuelven a su médico de familia en función de su opinión sobre qué profesionales les informa mejor, estratificando por grupos de edad. MF = médico de familia.

Por otro lado, independientemente de la opinión que tengan los pacientes sobre qué profesional les informa mejor, y estratificando por grupos de edad, el grupo de edad que con mayor frecuencia vuelve a su médico de familia tras ser visitado por otros profesionales es el grupo 2 con un 50%, seguido del grupo 3 con un 49,5% y del grupo 1 con un 26,5%.

3.2.3. Estratificación según el centro de salud.

Para estratificar la muestra según el centro de salud al que pertenecen los pacientes, éstos están divididos en tres grupos de 107 casos cada uno. Los tres centros de salud seleccionados quedan reflejados como CS-A (centro de salud tradicional situado en el centro de la ciudad), CS-B (centro semi-urbano próximo a la ciudad con población migratoria), CS-C (centro urbano en la periferia de la ciudad).

- En cuanto a las variables relacionadas con la información al paciente (véase Tabla 4):

Se observan diferencias estadísticamente significativas en las siguientes asociaciones:

- El centro de salud donde existe mayor proporción de pacientes que comprenden las explicaciones del médico en consulta es el CS-B con un 96,3%, seguido del CS-A con un 95,3% y del CS-C con un 84,1% ($p < 0,05$).
- El centro de salud donde existe mayor proporción de pacientes que participan en la TDC es el CS-A con un 37,4%, seguido del CS-B con un 29% y del CS-C con un 17,8% ($p < 0,05$).

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en el resto de asociaciones, se puede observar lo siguiente:

- El CS-A es el centro de salud en el que sus pacientes consideran en mayor proporción, que reciben toda la información necesaria y que por tanto, menos demandan obtener más información adicional. Además, son de los que menos se quedan con dudas por resolver y los que menos usan otras fuentes de información distintas a sus médicos.
- Por el contrario, el CS-C es el centro en el que sus pacientes reciben menos información en las consultas, en el que más expresan su deseo de estar más informados, el que más se queda con dudas sin resolver y el que, más necesita obtener la información a través de otros medios.

Tabla 4. Variables relacionadas con la información al paciente estratificando por centro de salud.

	Centro de Salud		
	CS-A (Urbano céntrico)	CS-B (Semi-urbano)	CS-C (Urbano periférico)
Sí reciben toda la información	86%	79,4%	76,6%
Sí desean recibir más información	28%	32,7%	36,4%
Sí comprenden la información	95,3%	96,3%	84,1%
Sí se quedan dudas sin resolver	7,5%	7,5%	9,3%
Sí usan otras fuentes de información	18,7%	21,5%	23,4%
Sí participan en la TDC	37,4%	29%	17,8%

- En cuanto a las variables relacionadas con el médico de familia:

Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las asociaciones. Pero se puede decir que el centro de salud en el que la mayoría de pacientes creen que todos los profesionales les informan por igual es el CS-B con un 54,25%, seguido del CS-C con un 53,3% y del CS-A con un 52,3%.

Por otro lado, el centro de salud que considera en mayor proporción que el médico de familia es el que mejor los informa es el CS-C con un 36,4%, seguido del CS-A con un 34,6% y del CS de B con un 32,7%. Por tanto, en el centro de salud en el que los pacientes vuelven a visita con su médico de familia tras ser visitados por otros profesionales con mayor proporción es el CS-C con un 53,3%, seguido del CS-A con un 50,5% y del CS-B con un 38,3%.

3.2.4. Estratificación según el sexo del profesional.

- En cuanto a las variables relacionadas con la información al paciente:

Se observan diferencias estadísticamente significativas en:

- El 95,6% de los pacientes atendidos por un médico de familia de sexo femenino comprende la información que se le proporciona en consulta frente a un 89,2% de atendidos por un médico de familia de sexo masculino ($p < 0,05\%$).

A pesar de no encontrar diferencias estadísticamente significativas en el resto de asociaciones puede observarse que:

- Un 80,1% de los pacientes atendidos por mujeres consideran que reciben toda la información necesaria, frente a un 81,1% de los pacientes atendidos por hombres. En relación a ello, aquellos que son atendidos por mujeres desearían recibir más información en la consulta con un 36% frente al 29,7% de los atendidos por hombres.
- Los pacientes atendidos por mujeres se queda con menos dudas que los atendidos por hombres (7,4% y 8,6%, respectivamente).
- Los pacientes atendidos por mujeres, con un 23,5% frente al atendido por hombres con un 19,5%, buscan más información en otros recursos distintos a su médico de familia.
- Por último, los pacientes atendidos por mujeres son los que más participan en la TDC con un 30,1% frente al 26,5% de los atendidos por hombres.

- En cuanto a las variables relacionadas con el médico de familia:

No se observan diferencias estadísticamente significativas pero se puede decir que:

- De los pacientes atendidos por mujeres, el 54,4% creen que todos los informan por igual, el 29,4% creen que les informa mejor su médico de familia, y el 16,2% creen que les informa mejor otro profesional distinto a su médico de familia. De este mismo grupo de pacientes, vuelven a su médico de familia un 42,6%.
- De los pacientes atendidos por hombres, el 52,4% creen que todos los informan por igual, el 38,4% creen que les informa mejor su médico de familia, y el 9,2% creen que les informa mejor otro profesional distinto a su médico de familia. De este mismo grupo de pacientes, vuelven a su médico de familia un 50,8%.

4. DISCUSIÓN.

En cualquier acto médico y en el ámbito de la Medicina en general, es sumamente importante que se establezca una buena relación entre el profesional y sus pacientes, donde en el proceso de comunicar, además de contar con elementos afectivos como la empatía¹, se cuente con un elemento fundamental, que es la información al paciente.

Un paso más allá, es incluir la participación de los pacientes en la toma de decisiones, proceso mediante el cual, existe un intercambio de información (tanto médica como personal), una deliberación de las distintas opciones y una decisión consensuada entre ambas partes. Todo ello, teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de los pacientes para capacitarlos y que sean ellos los que asuman un papel más activo en el cuidado de su salud⁸.

Con el paso del tiempo, hay un incremento de la demanda de los pacientes en cuanto al deseo de recibir mayor y mejor información⁷ a la vez que mayor participación en las consultas^{7,8}. En esta investigación, se puede observar que la mayoría de los pacientes encuestados (80,7%), manifiesta que recibe toda la información necesaria relacionada con su motivo de consulta cuando acude a su médico de familia. Un resultado algo inferior al encontrado en un estudio realizado en Atención Primaria en el área de Toledo en 2004, que revelaba que el 94% de los pacientes consideraban suficiente la información recibida¹⁰. No obstante, el diseño de ambos estudios no es el mismo, ya que en el de Toledo se valora únicamente pacientes con enfermedades agudas, mientras que en este estudio se ha preferido estudiar si el paciente se siente informado de una manera general, independientemente de su motivo de consulta. Sin embargo, en ambos estudios, se cree que la información puede ser suficiente pero no todo lo completa que debiera ser.

Por otro lado, una proporción nada despreciable (19,3%), considera que su médico de familia no le proporciona toda la información que necesita, pudiendo generar pacientes que se quedan con dudas y/o que tienen que recurrir a otras fuentes de información distintas a su médico de familia. Hecho que debería cambiar, puesto que pacientes mejor informados son pacientes más satisfechos, con mejor capacidad de resolución de problemas y mejor cumplimiento de los consejos y tratamientos^{7, 15, 17, 18}.

Además, existe una proporción de pacientes dentro de los satisfechos (17,4%), que a pesar de considerar que han recibido toda la información, desearían recibir aún más. El motivo de esta demanda es que algunos creen que la información que reciben es suficiente pero no completa, mientras que otros se posicionan como demandantes de información con el fin de aumentar sus conocimientos científicos.

En general, el tipo de información que más reclaman los pacientes es la relacionada con el diagnóstico, bien por considerar que es el tipo de información más básica¹⁰ en consulta o bien por considerarlo el principal motivo de preocupación de los pacientes cuando acuden a su médico/a.

La mayoría de los pacientes encuestados comprenden la información y las explicaciones que les proporciona su médico, el cual, según dicen se toma el tiempo necesario y emplea un lenguaje adecuado a cada situación y nivel sociocultural que les permite poder comprender lo acontecido en consulta. No obstante, unos pocos se quedan con dudas o con ganas de preguntar en consulta y que, por falta de comprensión, vergüenza o mala relación con su médico, no lo hacen. En relación a ello, pacientes que comprenden y resuelven sus dudas en consulta no necesitan recurrir a otras fuentes de información tras su visita con su médico porque se quedan con la información que éste les proporciona, confiando en el profesional y en la veracidad de sus palabras. Además creen que muchas veces la información presente en otros medios como en Internet (que es el recurso al que más referencias hacen) contiene información errónea que aumenta sus grados de ansiedad o confusión.

Aun así, no todos los pacientes opinan de la misma manera, y aquellos que usan Internet o una segunda opinión médica (sobre todo pacientes que trabajan en el ámbito sanitario y tienen amistad o acceso fácil a otros profesionales) lo hacen para conseguir la información que ellos consideran óptima y suficiente, bien porque no consiguen disminuir sus niveles de ansiedad o bien porque no confían en su médico. Este segundo grupo de pacientes, acaba siendo un grupo vulnerable al que no hay que dejar a un lado. Al contrario, hay que identificarlos, averiguar cuánta y qué información desean^{8, 11, 15}, ofrecerles la información y, en caso de seguir siendo asiduos a otros recursos, proporcionarles las herramientas para que lo sigan haciendo pero de una manera segura y fiable. Asimismo, es el grupo de pacientes con el que hay que trabajar la relación médico-paciente para conseguir un clima de confianza y empatía⁸, es decir un nivel de comunicación afectivo y efectivo¹¹, que refuerce la idea de que el médico de familia es el que les va a informar de una manera veraz, integral, longitudinal y personalizada.

Un dato que llama la atención, es que en la actualidad, a pesar de defender un modelo horizontal y deliberativo en las consultas⁵, se está muy lejos de conseguirlo, obteniendo en nuestro estudio, unas tasas muy bajas (28%) de participación en la toma de decisiones compartida, lo que podría hacer pensar que: o bien los médicos no cuentan con el hábito y/o las habilidades necesarias para ello¹³; 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.

Este último supuesto, queda reflejado en la investigación de A. Delgado en la que un 68% de los pacientes encuestados manifiestan que prefieren que sea su médico de familia el que tome las decisiones, a pesar de tratarse de situaciones clínicas hipotéticas³. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta que no todos los pacientes desean implicarse de una manera activa y directa en la toma de decisiones, delegando de esta manera el poder y el derecho de tomar una decisión a otros (en ese caso al médico), pero sin dejar de compartir la información y sus valores para que sean tenidos en cuenta³.

Si se comparan los resultados obtenidos en nuestro estudio con otros realizados en España sobre la toma de decisiones, encontramos que, por un lado, en el estudio de Toledo mencionado anteriormente, de los 152 pacientes a los que entrevistan, el 30,61% de ellos sí participan en la Toma de Decisiones en lo que respecta al tratamiento y el 24,59% también lo hacen en lo que respecta a la solicitud de pruebas complementarias¹⁰. Por otro lado, en un estudio realizado en 58 centros de salud de España, tras la consulta con sus médicos, un 60% de todos los pacientes declararon que les habría gustado opinar sobre las opciones planteadas pero que el médico no les animó a ello²⁰. Por tanto, se puede decir que en todos los estudios consultados, la tasa de participación de los pacientes en consulta es baja.

La información puede ser simplemente oral o bien se puede asociar un documento escrito en situaciones más complejas o trabajos de investigación, pero la explicación oral debe existir siempre⁵. De entre los pacientes encuestados, un 59,8% creen que es suficiente la información que sus médicos les proporcionan de manera oral, sin embargo, cerca de la mitad (40,2%), considera necesaria la obtención de información por escrito. Sus motivos se centran en la posibilidad de que más adelante, la puedan consultar ellos mismos (ya que muchos dicen estar nerviosos durante la visita olvidando lo que les cuentan), la puedan consultar sus familiares/allegados, o puedan contar con recursos donde poder buscar información de una manera fiable.

La mayoría de los pacientes creen que todos los profesionales de la salud los informan por igual. Pero, tal y como puede observarse en nuestro estudio, aquellos que consideran ser mejor informados por su médico de familia, constituye el grupo que más vuelve a ellos (a sus médicos de familia) tras ser visitados por otros profesionales de otros ámbitos con el fin de contrastar la información obtenida o las pautas a seguir, ya sea por la confianza o por el trato que reciben.

A la hora de diferenciar a los pacientes por sexo masculino o femenino, ambos grupos creen que reciben toda la información necesaria, comprender las explicaciones, no se quedan con dudas tras la consulta y participan en la toma de decisiones de una manera similar.

Donde sí pueden encontrarse diferencias entre ambos sexos, es en que las mujeres recurren con más frecuencia a otras fuentes de información distintas a su médico de familia, y consideran (con mayor frecuencia que los hombres), que su médico de familia es el profesional que mejor las informa. Aspecto novedoso no encontrado en la bibliografía consultada, puesto que en los estudios previos ya mencionados anteriormente¹⁰ no se hallan diferencias entre sexos en lo que concierne al tema de la información.

La edad de los pacientes es el factor que más diferencias marca. Los pacientes de entre 18-35 años, son los que menos información reciben y a los que por tanto, les gustaría que su médico les proporcionara más información. En relación a ello y también por su proximidad a las nuevas tecnologías, se posicionan como el grupo de pacientes que más consultan otras fuentes para obtener la información, y que en su mayoría, lo hacen a través de Internet²¹.

Por el contrario, los pacientes mayores de 65 años, son los que consideran que están mejor informados y los que menos desean recibir más información de la que obtienen. En relación a ello, son los que menos consultan otras fuentes de información y por tanto, los que más se quedan con las explicaciones de sus médicos. Este es otro aspecto novedoso, puesto que en la bibliografía consultada¹⁰ no se hallan diferencias en cuanto a la edad de los pacientes.

También se puede decir que los pacientes de entre 18-35 años son los que en mayor proporción consideran que todos los profesionales les informan por igual, frente a los pacientes de entre 36-65 años, que consideran que el profesional que mejor informa es su médico de familia y que además, es el que grupo de pacientes que más vuelve a su médico de familia tras ser visitado por otro profesional de cualquier otro ámbito.

Si hablamos de los pacientes en función del centro de salud al que pertenecen, los que resultan estar mejor informados, con menos demanda de información, con menos dudas por resolver y con más participación en la TDC son los pacientes que pertenecen al centro de salud urbano del centro de la ciudad. Todo lo contrario a lo que ocurre en el centro de salud urbano de la periferia de la ciudad.

En cuanto a la comprensión de la información, la diferencia más grande se establece entre, los dos centros de salud con características socioculturales más altas (que en orden son: el centro de salud semi-urbano con población flotante y el centro de salud urbano del centro de la ciudad) y el centro de salud con características socioculturales más bajas (que es el centro de salud urbano de la periferia de la ciudad). Esto puede deberse a que por un lado, las características intrínsecas de los pacientes (tener un nivel sociocultural más alto o más bajo) condiciona su interés, la frecuencia de solicitudes de consulta en los centros de salud o sus capacidades

cognitivas; o porque dichas características condicionan la actuación de los médicos presentes en dichos centros.

Sin embargo, el centro de salud urbano de la periferia de la ciudad, es el que en mayor proporción se declina a pensar que es su médico de familia el que mejor los informa, y por tanto, en el que sus pacientes vuelven a la consulta de su médico de familia tras ser visitados por otros profesionales de otros ámbitos. Dato curioso puesto que parece ser el centro de salud donde peor informados están sus pacientes. Esto puede deberse a la reticencia de ciertos pacientes a la hora de hablar mal de sus médicos o al hecho de que incluso otros profesionales aún los informan peor.

En cuanto al análisis o diferenciación de los pacientes teniendo en cuenta el sexo del médico, creemos importante hacer mención a ello porque existe bibliografía que sostiene que las mujeres informan mejor que los hombres¹. En esta investigación no se ha conseguido demostrar que existan diferencias en este aspecto, pero sí que se han observado diferencias en cuanto a que las mujeres propician que sus pacientes comprendan mejor la información que les transmiten y que son las que consiguen una mayor participación en la consulta. Por tanto, puede decirse que las médicas son más empáticas y son menos resistentes a hacer un uso más expandido del modelo deliberativo que fomenta la participación y la toma de decisiones de los pacientes, lo que puede desembocar en un ejercicio de autonomía por parte de los pacientes, lo que constituye un imperativo ético⁸ y legal, reflejado de nuevo en la Ley 41/2002 mencionada anteriormente¹².

Las posibles limitaciones de la investigación son las siguientes. No se ha incluido el nivel de estudios de los participantes, puesto que pensamos que es independiente al sentimiento subjetivo de los pacientes de sentirse informados. No se han incluido todos los ámbitos de la Medicina puesto que donde se quería realizar el estudio era en el ámbito de la Atención Primaria. No se han estudiado a los médicos ya que lo que se quería analizar era la opinión subjetiva de los pacientes. Solo se han seleccionado tres Zonas Básicas de Salud, puesto que se considera que todos los médicos deben dar el mismo tipo de información y no se pretende evaluar la actuación de los médicos de manera individual. Y puede existir cierta reticencia de los pacientes a hablar mal de sus médicos lo que puede dar una sobrevaloración de la información que reciben en los datos obtenidos.

Como conclusión, decir que la mayor parte de la población está satisfecha con la información que se le proporciona a pesar de no ser todo lo completa que debiera ser.

A pesar de abogar por un modelo horizontal y deliberativo, por el momento se está muy lejos de la participación de los pacientes en la toma de decisiones en las consultas de Atención Primaria.

Las profesionales de sexo femenino, son las que más promueven la comprensión y la toma de decisiones compartida en las consultas de Atención Primaria.

Dada la importancia de este tema y los resultados obtenidos, se hace evidente la necesidad de profundizar en temas de información que analicen la percepción subjetiva del paciente de ser informado y su participación en consulta, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en cualquier otro de la Medicina.

5. AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, agradecer a la Dirección de Atención Primaria del Departamento de Salud de Castellón así como a los jefes de Zona Básica de los tres centros de salud incluidos por acceder a participar en esta investigación.

En segundo lugar, agradecer a todos los participantes por su tiempo y su colaboración.

Y en tercer lugar, especial mención y agradecimiento a María José Monedero Mira, por su esfuerzo, dedicación y constancia no solo durante el desarrollo del Trabajo de Fin de Grado, sino a lo largo todo el Grado de Medicina en la Universidad Jaime I y fuera de las clases, como médica de familia.

6. BIBLIOGRAFÍA.

1. Batalla Sales M. La escucha activa en Atención Primaria [Internet] [Ph.D. Thesis]. Universitat Jaume I; 2014 [cited 2019 Apr 15]. <http://dx.doi.org/10.6035/40015.2014.205282>
2. García Millán Á. La información al Paciente como pieza clave de la Calidad Asistencial. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 2009 Feb;2(6):275–9. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2Y1vmbO>
3. Delgado A, López-Fernández LA, de Dios Luna J, Saletti Cuesta L, Gil Garrido N, Puga González A. Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud. *Gaceta Sanitaria*. 2010 Jan 1;24(1):66–71. doi:10.1016/j.gaceta.2009.09.010
4. Millaruelo Trillo JM. Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atención Primaria*. 2010 Sep 1;42:41–7. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(10\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(10)70007-X).
5. Carvallo V A. Physicians and professionalism: Patients and information. *Revista médica de Chile*. 2005 Feb;133(2):253–8. doi: 10.4067/S0034-98872005000200017.
6. Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating Evidence for Participatory Decision Making. *JAMA*. 2004 May 19;291(19):2359–66. doi:10.1001/jama.291.19.2359.
7. Torres DP, Fernández FL. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*. 2006;38(10):531–4. doi: 10.1157/13095919.
8. Participación del paciente en la toma de decisiones. *Información Farmacoterapéutica de la Comarca*. 2014; 22(3). [cited 2019 Apr 15]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2vzaWLI>
9. Declaración de Barcelona de las asociaciones de pacientes. 2003. [cited 2019 Apr 15]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2DNieQb>
10. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria*. 2004 Apr 30;33(7):361–4. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78886-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78886-1).
11. Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006 Jan;29:19–27. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600003

12. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Ley Orgánica 41/2002, 14 de noviembre). *Boletín Oficial del Estado*, nº 274, 2002, 15 mayo.
13. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract*. 1999 Jun;49(443):477–82. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2DNCu3Q>
14. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling*. 2015 Oct 1;98(10):1172–9. doi: 10.1016/j.pec.2015.06.022.
15. Beers E, Lee Nilsen M, Johnson JT. The Role of Patients: Shared Decision-Making. *Otolaryngol Clin North Am*. 2017 Aug;50(4):689–708. doi:10.1016/j.otc.2017.03.006
16. 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>.
17. Steward M, Belle Brown J, Boon H, Galadja J, Meredith L, Sangster M. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer prevention & control*. 1999;3(1) . [cited 2019 Apr 14]. Recuperado a partir de: <http://bit.ly/2ZSEn8V>
18. Haskard Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826–34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
19. Ruiz Moral R, Peralta Munguia L, Pérula de Torres LÁ, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Atención Primaria*. 2010 May 1;42(5):257–63. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.09.020>.
20. Ruiz Moral R, Peralta Munguia 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. *Atención Primaria*. 2012 Jan 1;44(1):5–10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.011>.
21. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente - ScienceDirect [Internet]. [cited 2019 Apr 14]. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.004>.

7. ANEXOS.

7.1. ANEXO 1: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

La presente búsqueda bibliográfica, pretende recopilar los documentos científicos necesarios para realizar una investigación que trata el tema de la información al paciente y la toma de decisiones compartidas en la consulta de Atención Primaria desde el punto de vista de los pacientes. Dicha búsqueda me ha proporcionado los conocimientos necesarios para sentar las bases del trabajo y poder realizar una encuesta con la que analizar la percepción subjetiva de los pacientes, que constituye el enfoque principal de la investigación.

Todos los artículos utilizados para la realización del estudio están comprendidos en un marco temporal con fecha de publicación desde el año 1999 hasta el año 2017, encontrando dificultades a la hora de hallar estudios de campo actualizados sobre los temas de la información al paciente y la toma de decisiones compartida.

Para la búsqueda de los documentos científicos se han utilizado las siguientes bases de datos, en las que se han buscado los documentos científicos en base a unas palabras clave que se muestran a continuación, y se han utilizado aquellos documentos que han sido accesibles por presentarse en formato completo. Las bases de datos empleadas son las siguientes:

- **Google Scholar:**

En esta base de datos es donde se han encontrado la mayoría de los artículos o documentos científicos empleados para la realización del estudio. Dichos artículos se han ido encontrando en función de las palabras clave utilizadas que se muestran a continuación.

Descriptor y palabras clave	Referencias bibliográficas
Información al paciente	La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas.
	El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar.
	La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial.
Participación del paciente en la toma de decisiones	La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas.
	Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición.

Toma de decisiones compartidas	Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012.
Toma de decisiones con el paciente en atención primaria	Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición.
	La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas.
	Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012.
Percepciones/opinión de los pacientes en la toma de decisiones	Opiniones y percepciones de los pacientes sobre su participación en la toma de decisiones en las consultas de medicina de familia.
	Expectativas de los pacientes sobre la toma de decisiones ante diferentes problemas de salud.
Participatory decision making	Communicating evidence for participatory decision making.
Implicación del paciente	Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto.
	Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo.
Pacientes consultan internet	Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente.

- **Pubmed:**

En esta base de datos no se han encontrado numerosos estudios que hayan sido de utilidad para incluirlos en la presente investigación. No obstante se han utilizado algunos documentos hallados ante la búsqueda de los siguientes descriptores y marcadores booleanos:

Descriptores y marcadores booleanos	Bibliografía
(shared decision making) AND patient communication	The Role of Patients: Shared Decision-Making.
	Shared decision making: Concepts, evidence, and practice.
	Patient Education and Counseling.

(patient adherence) AND physician communication	Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis.
((shared decision making) AND primary care) AND consultation	Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation.

- **Repositori Uji**

Se ha recurrido al repositori de la Univerdidad Jaime I donde se ha utilizado una tesis doctoral denominada: "La escucha activa en Atención Primaria".

El resto de artículos o documentos empleados para la elaboración del trabajo han sido extraídos de la bibliografía de otros documentos o investigaciones.

7.2. ANEXO 2: LA ENCUESTA.

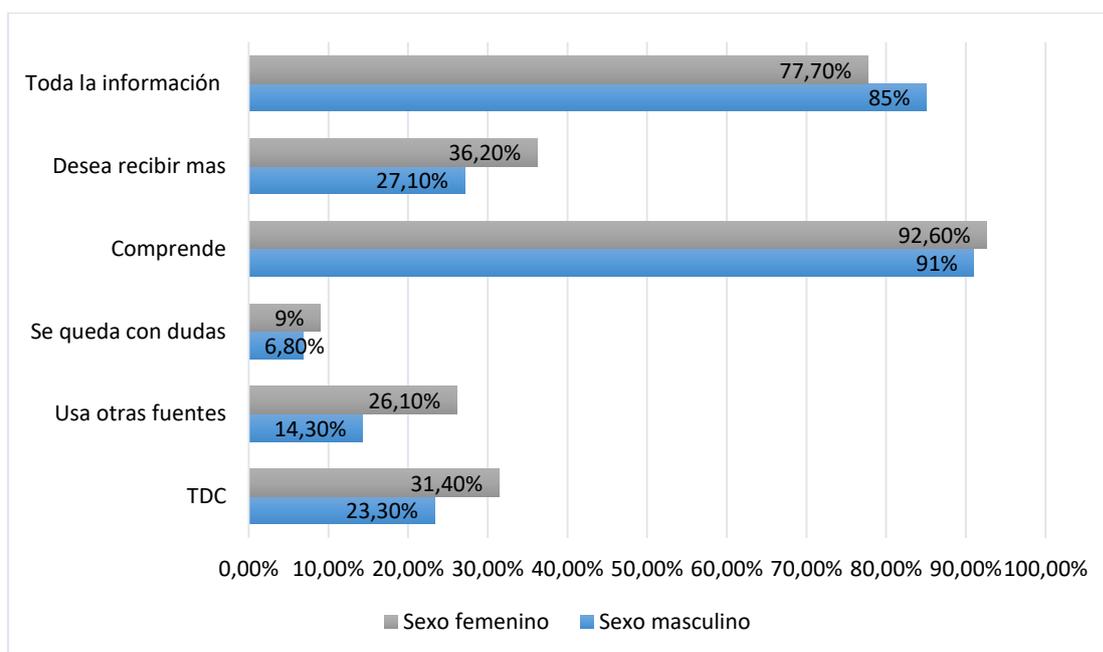
El Anexo 2 muestra la encuesta sobre la información al paciente y la toma de decisiones, que se ha elaborado en base a la bibliografía encontrada y sobre la cual se han añadido ciertas modificaciones de interés para la investigación que se explican en el apartado 2.5.

VARIABLES DEL PACIENTE Y DEL PROFESIONAL			
Sexo	Femenino	Masculino	
Edad			
Sexo del profesional	Femenino	Masculino	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFORMACION AL PACIENTE			
Cuando acude a su médico de familia, ¿cree que se le proporciona toda la información necesaria respecto a su motivo de consulta?	Sí	No	
¿Le gustaría recibir más información?	Sí	No	
¿Comprende las explicaciones que le da el médico?	Sí	No	
¿Hay algo que le gustaría preguntar y no hace?	Sí	No	
¿Necesita buscar información extra? Ej.: en internet, segunda opinión médica, etc.	Sí	No	
¿Sobre qué le gustaría que le informaran en consulta? Ej.: quisiera recibir más información sobre el tratamiento, diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios, complicaciones, etc.			
¿Se le ha tenido en cuenta para decidir sobre cualquier aspecto de su motivo de consulta?	Sí	No	
¿Cómo recibe la información a menudo?			
¿Cómo preferiría recibirla? ¿Preferiría que la información oral fuera acompañada de algún documento escrito para poder consultarla posteriormente?			
	Sí	No	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL/LA MÉDICO/A DE FAMILIA			
¿Considera que le informa del mismo modo su médico de atención primaria que cualquier otro?	Sí	No	
		MF	Otro
Cuanto acude a cualquier otro médico, ¿tiene que acudir a su MF para resolver alguna duda o para que le expliquen algo que no ha entendido?	Sí	No	

7.3. ANEXO 3. FIGURAS Y TABLAS ADICIONALES.

7.3.1. Variables relacionadas con la información al paciente estratificando por sexo del paciente.

En esta gráfica se pueden observar los porcentajes de los pacientes en lo que se refiere a las variables relacionadas con la información al paciente, diferenciando por sexo femenino (gris en la gráfica) y sexo masculino (azul en la gráfica).



La variable denominada “usar otras fuentes”, es la variable que ha presentado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), siendo las mujeres las que más recurren a otras fuentes para obtener la información necesaria con un 26,1% frente al 14,3% de los hombres.

7.3.2. Variables relacionadas con la información al paciente estratificando por la edad del paciente.

La tabla muestra que los pacientes más jóvenes (18-35 años), son el grupo de pacientes que reciben en menor proporción, toda la información necesaria en lo que respecta a su motivo de consulta, los que por tanto desearían recibir más información, los que más se quedan con dudas, los que más usan otras fuentes de información y los que menos participan en la TDC.

Por otro lado, y en contraposición a lo anterior, el grupo de pacientes más mayores (>65 años) son los que en mayor proporción sienten que reciben toda la información necesaria, menos información demandan y menos recurren a otras fuentes de información distintas a sus médicos de familia.

	Edad del paciente		
	18-35 años	36-65 años	>65 años
Toda la información	67,6%	79,3%	87,4%
Desea recibir más	55,9%	34,8%	20,4%
Comprende	82,4%	93,5%	92,2%
Se queda con dudas	17,6%	6,5%	7,8%
Usa otras fuentes	47,1%	24,5%	6,8%
TDC	23,5%	30,4%	25,2%

Las variables que corresponden a “toda la información”, “desea recibir más información” y “usa otras fuentes de información” son las que han mostrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$; $p < 0,001$; $p < 0,001$; respectivamente).

7.3.3. Toma de Decisiones Compartida.

En la tabla se puede observar los porcentajes que corresponden a la toma de decisiones compartida, diferenciando por el sexo del paciente, la edad del paciente, el centro de salud al que pertenecen los pacientes y el sexo del profesional.

Toma de Decisiones Compartidas		
Sexo del paciente	Femenino	31,4%
	Masculino	23,3%
Edad del paciente	18-35 años	23,5%
	36-65 años	30,4%
	>65 años	25,2%
Centro de salud	CS-A	37,4%
	CS-B	29%
	CS-C	17,8%
Sexo del profesional	Femenino	30,1%
	Masculino	26,5%

Los porcentajes referentes a la estratificación por centro de salud son los que han resultado mostrar diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), siendo el CS-A (centro de salud urbano en el centro de la ciudad) el centro de salud en el que existe más participación en la TDC.