

Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas, en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Patients' autonomy in the decision-making process, in hospitalized patients in the Internal Medicine Service.

DE BENEDETTI ZUNINO María Elena, PASTOR CARVAJAL Sabrina María, BANDRÉS SÁNCHEZ María Pilar¹.

SUMMARY

Objective: To evaluate the exercise of patient's autonomy in internal medicine division of Hospital Nacional Arzobispo Loayza during the september-december 2004 period. We defined as autonomy as the ability to evaluate different situations and the faculty to act without restrictions taking into account principles and belief of the own individual. **Material and methods:** Transversal descriptive study with a sample size of 281 patients. Information was obtained by means of a survey, whose main objectives were: identifying who is in charge of diagnostic and/or therapeutic decision making, evaluating patient's satisfaction level with regard to handling of information related to its health and acknowledgement of its rights. Information was stored and analyzed by crossing the data with the most important qualitative and quantitative variables. **Results:** 281 surveys were answered, 227 by females (80.78%) and 54 by males (19.22%). We observed a tendency to identify the last year medical students as treating physician (51.2%). To greater degree of instruction 60% of patients thinks that its doctor always provides them information about its condition. 89% thought they had rights. The most common mentioned rights were information and appropriate treatment. **Conclusions:** Exercise of autonomy was limited in our patients. In the process of decision-making, the physician generally has a leading role. Nevertheless patients think that decisions should be taken together. Even though certain physician paternalism still persists, there is a growing tendency towards the acknowledgement of patient's rights and the exercise of autonomy. (*Rev Med Hered* 2006;17:21-27).

KEYWORDS: Autonomy, physician patient relationship, rights, decision-making, diagnosis, paternalism.

¹ Jefa del Pabellón 1-II del Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Profesora Asociada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el ejercicio de la autonomía en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo setiembre- diciembre 2004, entendiendo como autonomía la capacidad de evaluar las situaciones y la facultad de actuar sin restricción, considerando los valores y creencias del propio individuo. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo transversal con un tamaño muestral de 281 pacientes. Se obtuvo información aplicando una encuesta para: identificar al encargado de tomar las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas, evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes en relación al manejo de la información relativa a su salud y el conocimiento de sus derechos. Los datos fueron almacenados y analizados cruzándolos con las variables cuantitativas y cualitativas más importantes. **Resultados:** De 281 encuestas respondidas 227 fueron mujeres (80,78%) y 54 varones (19,22%). Se identificó como médico tratante al interno/externo (51,2%). A mayor grado de instrucción el 60% de pacientes opina que su médico siempre les proporciona información sobre su condición. 89% opina que tiene derechos, siendo los más comúnmente mencionados los de información y buen trato. **Conclusiones** El ejercicio de la autonomía en los pacientes encuestados fue limitado. Mayormente quien toma las decisiones es el médico, pero los pacientes preferirían que esta decisión sea tomada en conjunto. Aunque persiste cierto paternalismo médico, hay una tendencia creciente a que los pacientes sean conscientes de sus derechos y puedan ejercer su autonomía. (*Rev Med Hered* 2006;17:21-27).

PALABRAS CLAVE: Autonomía, relación médico-paciente, derechos, decisión terapéutica, diagnóstico, paternalismo.

INTRODUCCIÓN

Cuatro principios constituyen el eje del modelo clásico de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El término autonomía proviene del griego *autos* que significa uno mismo y *nomos* regla; literalmente “gobierno propio o autodeterminación”. El principio de autonomía es, hasta ahora, el más difícil de ser respetado en la relación terapéutica, ya que requiere el ideal de un médico calificado y de un enfermo con capacidad para decidir (1). Por otra parte, el principio de autonomía puede entrar en conflicto con los de beneficencia, no maleficencia y justicia, originando situaciones dilemáticas desde el punto de vista moral (2).

Sobre el principio de autonomía se basan la alianza terapéutica entre el médico y el paciente y el consentimiento para las pruebas diagnósticas y los tratamientos (3).

En la sociedad actual, se hace inminente un consenso con la autonomía del paciente en el marco de la ética médica. El respeto por la autonomía del paciente se ha convertido en el eje de la toma de decisiones médicas en Estados Unidos en el último cuarto del siglo XX (4). La bioética occidental se centra más en decisiones éticas basadas en la autonomía individual del paciente, sin embargo, existe evidencia que en ciertos grupos culturales minoritarios en países desarrollados como en el nuestro, el modelo individualista de la toma de decisiones médicas aún no adquiere la importancia debida (5,6,7). En nuestro país, estudios como los de Mulanovich han intentado explorar la naturaleza de la

transmisión de información a los pacientes, evaluando el grado de autonomía de los mismos (8), demostrando que la mayoría de los pacientes están contentos con asumir un rol pasivo en el manejo de la enfermedad, sin embargo consideran necesario recibir información al respecto. Estudios más recientes como el de Tsuchida han demostrado que el nivel de satisfacción de los pacientes en relación al ejercicio de su autonomía es del 31% (9). Se da una dicotomía, por un lado los pacientes desean ejercer su autonomía y por otro están satisfechos con la atención que se les brinda, asumiendo un rol pasivo. Esto se evidencia al contrastar un alto nivel de satisfacción general con la poca participación del paciente en las respuestas concernientes a su autonomía.

Por otra parte, está demostrado que el contexto cultural moldea la interacción del médico, el paciente y su familia en el ámbito de la toma de decisiones médicas (4).

Nuestro país está formado por una singular mezcla de culturas y bagajes propios de cada persona, que entran a formar parte del intercambio social, cultural y espiritual que se produce en el contexto de la relación médico-paciente.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la concepción de la autonomía de los pacientes hospitalizados en servicios de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entendiendo como autonomía la racionalidad o entendimiento (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellas), y la libertad

o no-control (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer o por lo menos actuar sin coerción o restricción), teniendo en cuenta los valores y creencias de cada paciente (1).

Para esto se evaluó:

- a) Quién es el encargado de tomar las decisiones diagnósticas y/o terapéuticas de los pacientes hospitalizados en estos servicios.
- b) Como califican los pacientes, la actitud de sus médicos al proporcionarles información para la toma de decisiones médicas.
- c) El nivel de satisfacción de los pacientes con respecto al manejo de la información pertinente a su salud.
- d) Si el paciente entiende el lenguaje con el que le habla el médico.
- e) Si el paciente conoce sus derechos.
- f) La actitud del paciente ante una enfermedad grave con mal pronóstico.
- g) La influencia de las creencias del paciente, de su entorno social y cultural en la toma de decisiones médicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo transversal obteniéndose información mediante la aplicación de una encuesta en entrevistas personales realizadas directamente por las autoras del trabajo.

Para el cálculo del tamaño muestral se realizó un estudio piloto de 20 encuestas, donde se obtuvo que 30% de los encuestados tenían un verdadero respeto y adecuado ejercicio de autonomía, lo que coincide con lo hallado por Tshuchida en el año 2003 (9). El grado de confianza que obtuvo la muestra fue del 95% y el error de precisión o fluctuación fue de 5% con lo cual se obtuvo un tamaño muestral de 281 pacientes. Los criterios de inclusión fueron: edad mayor de 18 años, hospitalización en el servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y estar dispuesto a responder de manera voluntaria a las preguntas. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con enfermedades psiquiátricas, con trastorno del sensorio, con tubo endotraqueal, quechua hablantes o incapaces de comprender la encuesta. La recolección de la información se llevó a cabo entre setiembre y diciembre 2004, mediante una encuesta que constaba de 25 preguntas con opciones múltiples. Seis eran viñetas clínicas. Las preguntas estaban orientadas a la evaluación de la autonomía del paciente en relación a: consentimiento terapéutico, conocimiento diagnóstico, consentimiento para realización de exámenes auxiliares, conocimiento de enfermedad terminal, toma de decisión

en relación a ventilación mecánica y resucitación, dependencia económica. Se recalzó a los pacientes que la encuesta era anónima, que sus médicos tratantes no iban a tener información acerca de sus respuestas, que no había respuestas correctas, y por lo tanto todas las respuestas eran consideradas válidas. Para la validación externa de la encuesta se realizó una encuesta piloto en aproximadamente 20 pacientes evaluando comprensión, orden de las preguntas y claridad de las mismas. Para la validación interna de la encuesta se aplicaron dos preguntas que con distintas palabras buscaban obtener la misma respuesta del paciente, encontrándose un porcentaje similar en ambas preguntas (57.29% versus 70.5%). Los datos fueron almacenados en una base de datos usando el programa Microsoft Office XP Excel 2002. Para el análisis estadístico se le asignó un número a cada opción de respuesta por cada pregunta de la encuesta siendo analizadas por separado, cruzando luego los datos con las variables cuantitativas y cualitativas que cobraran importancia, utilizando el Programa Estadístico STATA versión 7.0, con número de licencia 1980525634 de la Unidad de Epidemiología Clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Para el análisis estadístico de las variables categóricas se utilizó el Test de Chi cuadrado, mientras que para las variables numéricas continuas y las medias se utilizó la T de Student.

RESULTADOS

De las 281 encuestas respondidas, 227 (80,78%) correspondieron a mujeres y 54 (19,22%) a varones (Tabla N°1) teniendo en cuenta que la población de este hospital corresponde en su mayoría a pacientes de sexo femenino. La edad promedio fue de 45,03 años. Con respecto al grado de instrucción, se observó que la mayor parte de la población tenía solo estudios primarios o secundarios (77,58%), mientras que sólo un pequeño porcentaje tenía estudios superiores (16,01%), y un porcentaje aún menor era analfabeto (6,4%). El promedio de días de hospitalización fue de 9,24 días. Se observó una tendencia a identificar como médico tratante al interno o externo (51,2%), sin embargo el paciente identificó al médico asistente como la persona que le comunicaba el diagnóstico (29,1%).

Al analizar la pregunta acerca de la información proporcionada por el médico sobre los exámenes auxiliares se encuentra que a mayor grado de instrucción el 60% de los pacientes encuestados opina que el médico siempre les proporciona dicha información y que a menor grado de instrucción solo 49% opina lo mismo ($p=0,016$). Igualmente se ve que el grado de instrucción de los pacientes tiene relación directa con su capacidad de decisión con respecto a la realización o no de un

Tabla N° 1. Características generales de la población.

CARACTERÍSTICA	n (%)
Sexo:	
Masculino	54 (19,22)
Femenino	227 (80,78)
Edad:	
Promedio en años	45,03 (IC: 42,95 – 47,12)
Estado Civil:	
Soltero	92 (32,74)
Casado	80 (28,47)
Conviviente	61 (21,71)
Otros	48 (17,08)
Grado De Instrucción:	
Analfabeta	18 (6,41)
Estudios primarios	92 (32,74)
Estudios secundarios	126 (44,84)
Estudios superiores	45 (16,01)
Religión:	
Católica	215 (76,51)
Evangélica	45 (16,01)
Otras ^H :	21 (7,47)
Días De Hospitalización:	
(Promedio)	9,24 (8,21 – 10,28)
Total	281 (100)

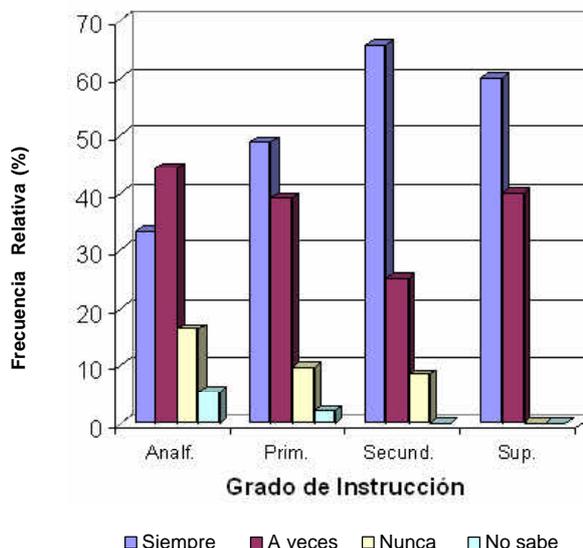
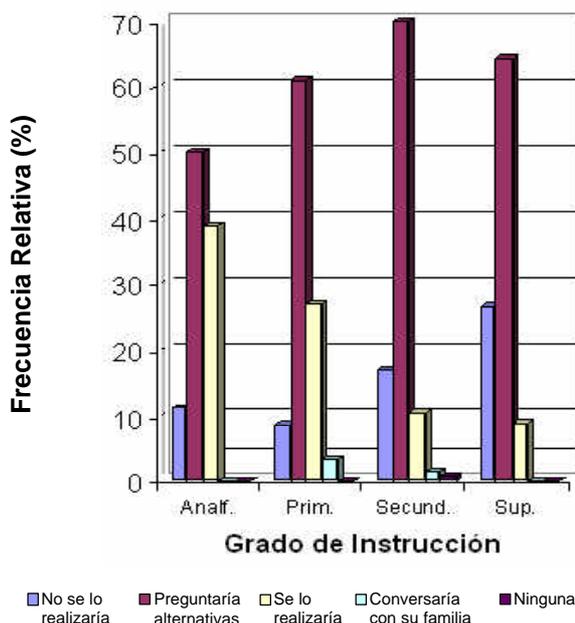
^IIncluye: Separado, divorciado y viudo.

^HIncluye: Testigos de Jehová, ninguna, otras

determinado examen en su persona: a menor grado de instrucción hay una mayor tendencia de los pacientes a aceptar lo que le indique el médico sin cuestionarlo ($p=0,015$) (Gráfico N°1 y gráfico N°2).

En cuanto a las preguntas que evaluaban directamente la autonomía del paciente (Tabla N°2) se encontró que en el proceso de la toma de decisiones con respecto al tratamiento es por lo general el médico sin consultar con el paciente, quien decide la terapéutica (53,4%) y en un porcentaje menor (30,24%) el médico explicó al paciente las diferentes opciones de tratamiento. Al evaluar quien es el encargado de tomar las decisiones con respecto al tratamiento más adecuado, se observó que aún sigue siendo el médico solo (50,88%) quien mayormente toma las decisiones, sin embargo al hacer la pregunta al paciente sobre quien que debe tomar la decisión de tratamiento, el paciente respondió que esta debería ser una decisión tomada en conjunto con su médico.

Cuando el médico habla sobre las opciones de tratamiento se evidencia una diferencia estadísticamente

Gráfico N° 1. Su médico le proporciona información de los exámenes auxiliares, pruebas de laboratorio, procedimientos diagnósticos especiales, etc que se practican.**Gráfico N° 2. Si su médico le propusiera la realización de un determinado examen, y por algún motivo no quisiera hacérselo. Como actuaría usted?.**

significativa por género en relación a la participación o no de familiares en dicho proceso, ($p=0,002$) donde se ve que las mujeres tienen una mayor tendencia a dejar el proceso en manos de los familiares en relación a los varones. Al evaluar la dependencia económica de los pacientes (Gráfico N°3 y gráfico N°4), se encontró que hay un mayor porcentaje de hombres (39%) económicamente autónomos en comparación con las mujeres (12%) ($p=0,00$). Dentro del grupo de mujeres

Tabla N° 2. Evaluación de la autonomía del paciente.

PREGUNTA	TOTAL n (%)
¿Ha discutido opciones de tratamiento para su enfermedad con su médico?	
Si	149 (53%)
No	132 (47%)
¿Cómo fue dicho proceso?	
Su médico le informó que se le iba a iniciar un tratamiento	150 (53,4%)
Su médico le explicó sobre las diferentes alternativas de tratamiento	75 (30,2%)
Además le recomendó el mejor	23 (8,1%)
Ninguna	23 (8,1%)
¿Quién tomó la decisión acerca de que tratamiento era el más adecuado para usted?	
Solo su médico	143 (50,88%)
Usted y su médico	66 (23,5%)
Usted y su familia	3 (1%)
Su médico y su familia, a Usted solo se le informó	46 (16,37%)
Usted su familia y su médico	23 (8,1%)
¿Quién cree usted que debió haber tomado la decisión?	
Su médico	57 (20,2%)
Usted y su médico	110(39%)
Usted su médico y su familia	100 (35,6%)
Su médico y su familia	14 (5%)

se observó una tendencia hacia la dependencia económica de sus hijos (30%) y del esposo (46%) ($p=0,0049$). Parece que el hecho de que los hombres sean más autónomos les permite tener un mayor número de opciones al momento de decidir e iniciar un determinado tratamiento, mientras que para las mujeres su autonomía se ve limitada debido a la dependencia económica (mujeres 63%; hombres 50%; $p=0,0032$).

Con respecto al conocimiento del paciente sobre sus derechos como tal, se encontró que la mayor parte de la población encuestada responde que cree tener derechos (89%), siendo los derechos más comúnmente mencionados los de información y buen trato (71,2%).

El 51% de los pacientes desean ser los primeros en conocer su diagnóstico y ser ellos quienes decidan si la familia debe o no enterarse del mismo. La tendencia de los pacientes (84,69%) en esta encuesta, es el tomar sus propias decisiones en relación al consentimiento para reanimación, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y requerimiento de ventilación mecánica.

Gráfico N° 3. De quién depende Ud. económicamente

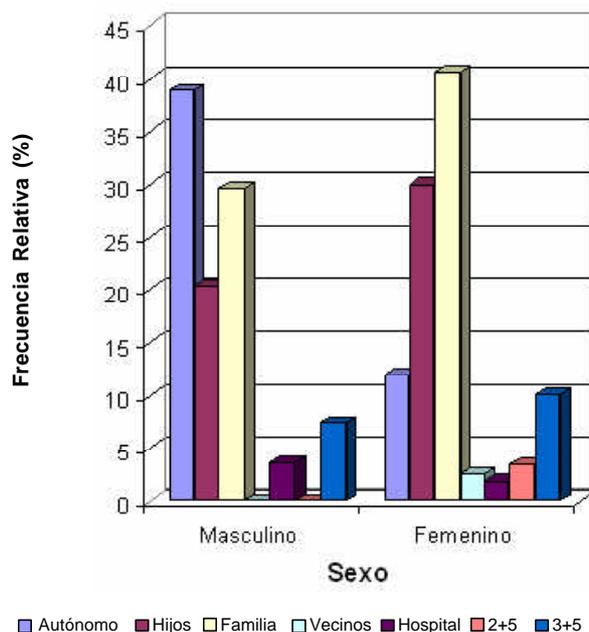
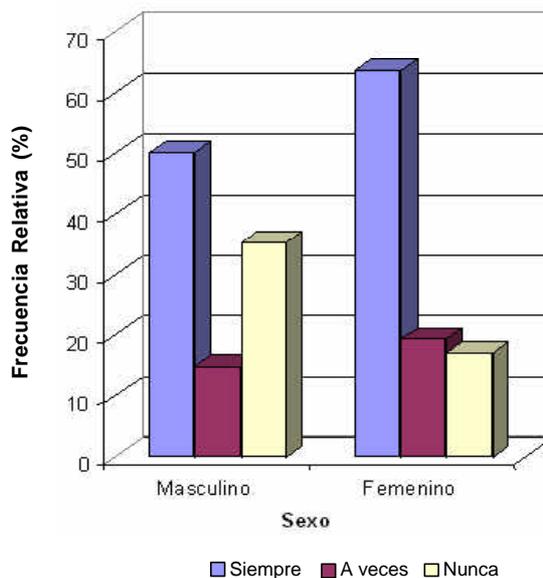


Gráfico N° 4. Le gustaría que le plantearan las opciones más económicas para su tratamiento aunque estas fueran tal vez menos eficaces?



DISCUSIÓN

Se observó una tendencia a identificar como médico a la persona que pasa más tiempo con el paciente, en el caso de un hospital docente, el interno-externo (51,2%), cifra menor que la encontrada en estudios previos como el de Tsuchida (88%) (9). Pero a pesar de que el porcentaje hallado en nuestro estudio es menor, la cifra sigue siendo significativa.

Con relación al consentimiento terapéutico, se encontró que el médico tratante sigue siendo el que decide el tratamiento a seguir, sin consultar con el paciente. Al comparar con estudios publicados previamente por Mulanovich en 1989 y Tsuchida en el 2003 (8,9), se encuentra que no ha habido una variación significativa en el tiempo con respecto a este tema. Sin embargo, en nuestro estudio, a pesar de ser el médico el encargado de tomar las decisiones terapéuticas, en la encuesta el paciente respondió que ésta debería de ser una decisión tomada en conjunto con el médico. Esto nos indica que en nuestro país aún persiste una actitud paternalista por parte del médico tratante, así como una actitud conformista por parte del paciente. Esto expresa un divorcio entre lo que el paciente opina y lo que finalmente hace.

Investigaciones previas han encontrado que los pacientes varían ampliamente en cuanto activamente desean participar en el proceso de la toma de decisiones médicas. Además se encontró que más pacientes deseaban recibir información en comparación con los que querían tomar un rol activo en el manejo de su enfermedad (10). En el presente trabajo los hallazgos fueron similares, encontrándose que 97% de pacientes opinaba que era importante recibir información con respecto a su condición, mientras que sólo 23,5% tomó parte activa en la toma de dicha decisión. Además estudios previos han demostrado que aquellos pacientes que sienten que han participado en el proceso de toma de decisiones médicas tienen mayor adherencia al tratamiento que aquellos que no se han involucrado en este proceso (11,12). Sin embargo este interés de los pacientes por formar parte del proceso de decisión terapéutica y conocimiento diagnóstico debe de ser debidamente propiciado por el personal médico encargado.

En relación con el grado de instrucción, se puede deducir que a mayor grado de instrucción el paciente tiene mayor facilidad para negarse a la realización de ciertas pruebas, ya que hay una tendencia a querer involucrarse en la toma de decisiones con respecto a su tratamiento, preguntando por alguna otra alternativa. A pesar de que el número de varones encuestados es menor al de mujeres, se ve una tendencia a que los varones sean más autónomos que las mujeres. Esto se repite en la dependencia tanto económica como familiar, y en la capacidad de elegir opciones de tratamiento.

En relación a la autonomía del paciente terminal, estudios previos realizados en nuestro país han encontrado que ésta y el derecho a conocer lo relativo al diagnóstico y pronóstico de su enfermedad se

encuentran disminuidos (13). En nuestro estudio se encontró que la mayoría de pacientes desearía tener conocimiento sobre su diagnóstico en primer lugar, antes que su familia, lo cual conlleva a un rechazo del paciente a la actitud paternalista del médico. Es probable que muchas veces no sea el paciente quien limita su autonomía si no que sean ciertas actitudes de los médicos que la restrinjan. Esto se pone de manifiesto con los hallazgos del estudio de Tsuchida donde se encontró que solo 35% de los médicos informa al paciente al conocer su diagnóstico de enfermedad terminal (13), limitando de esta manera su autonomía.

En relación a los derechos de los pacientes se encontró que una amplia mayoría (89%) opinaba que como pacientes tenían derechos. Este amplio porcentaje nos lleva a reflexionar que tal vez los así llamados "derechos de los pacientes", sean tan solo otra cara de los deberes nuestros para con ellos (14).

Se concluye que en el proceso de toma de decisiones terapéuticas sigue siendo el médico, sin consultar con el paciente, quien se encarga de tomar las decisiones. Sin embargo los pacientes encuestados opinan que ésta, debiera ser una decisión tomada en conjunto con su médico. Lo cual refleja que aún existe cierta actitud paternalista por parte del personal médico, que contradice el deseo, aún tácito de autonomía de los pacientes.

En el ejercicio de su autonomía, para nuestros pacientes es más importante recibir información en relación a su condición general de salud que involucrarse directamente en el proceso de toma de decisiones médicas. Este punto amerita estudios posteriores, que permitan dilucidar la naturaleza de esta condición.

La limitación de nuestros pacientes en el ejercicio de su autonomía, va en relación directa con el grado de instrucción y su grado de dependencia económica, lo que hace imprescindible una mayor explicación en términos que puedan ser entendidos por los pacientes y las personas que los acompañan.

En nuestro estudio se encuentra que los pacientes desean conocer su diagnóstico, ellos primero, sin importar si se trata de una enfermedad terminal. Así mismo, desean ser autónomos en la toma de decisiones sobre ventilación mecánica, reanimación e ingreso a la UCI por lo tanto creemos que estas preguntas deben de ser incluidas en el formato de historia clínica que se realiza a los pacientes.

En nuestro medio, al conversar con los pacientes sobre el tema económico se encuentra que la dependencia

económica es un factor limitante en el ejercicio de su autonomía. Consideramos importante que el médico plantee desde un inicio las distintas opciones terapéuticas desde el punto de vista económico, para que el paciente sea libre de decidir cual opción es la que más se ajusta a su situación, sin afectar su autonomía.

Correspondencia:

María Pilar Bandrés Sánchez

Malecón Grau 255, Magdalena del Mar

Lima, Perú.

Correo electrónico: identest@terra.com.pe

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mainetti, JA. Principios normativos de la bioética. Disponible en Bioética Sistemática Sección II. <http://www.elabe.bioética.org/42.htm>. (Con acceso en mayo del 2005).
2. Beauchamp TL, Childress JF. Nonmaleficence. En: Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1994: 189-249.
3. Pastor-Did J. Principios bioéticos en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2000; 16(4): 384-389.
4. Ruhnke GW, et al. Ethical decision making and patient autonomy. Chest 2000; 118:1172-1182.
5. Koenig BA. Cultural diversity in decision-making about care at the end of life. En: Fields MJ eds. Summary of committee views and workshop examining the feasibility of an institute of medicine study of dying, decision-making, and appropriate care. Washington DC: Institute of Medicine/Division of Health Care Services; 1994.
6. Times. Girls flees after clash of cultures on illness. New York: Times; November 12 1994: 6.
7. Carrese JA, Rhodes LA. Western Bioethics on the Navajo Reservation: benefit or harm? JAMA 1995; 274: 826-829.
8. Mulanovich R. La relación médico paciente en servicios de hospitalización en medicina. Tesis de Bachiller. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 1989. 38pp.
9. Tsuchida M, Bandrés MP, Guevara X. Nivel de satisfacción general y análisis de la relación médico paciente de los médicos en entrenamiento en las salas de hospitalización de medicina interna. Rev Med Hered 2003; 14 (4): 175-180.
10. Torke A, Corbie-Smith G, Branch W. African American Patients' perspectives on medical decision making. Arch Intern Med. 2004; 164:525-530.
11. Kaplan S, et al. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. Ann Intern Med 1996;124 (5): 497-504
12. Mansell, et al. Clinical factors that influence patients' desire for participation in decisions about illness. Arch Intern Med 2000; 160: 2991-2996.
13. Tsuchida M, Bandrés MP. Actitudes de los médicos residentes sobre la enfermedad terminal y los cuidados al final de la vida. Rev Soc Peru Med Interna 2002; 15(4): 200-204
14. Rosselot E. Derechos del paciente, en el marco de calidad de la atención médica. Rev Med Chile. 2000; 128: 904-910.

Recibido: 22/07/05

Aceptado para publicación: 02/07/05