

COMENTARIO EDITORIAL

La toma de decisiones conjunta en medicina: una difícil asignatura

Making joint decisions in medicine: a difficult task

Josep M. Bosch Fontcuberta

Grupo/ Programa Comunicación y Salud de semFYC, EAP Encants, ICS, Barcelona, España

En las últimas décadas, se viene observando una creciente demanda en la participación de los pacientes en la toma de decisiones clínicas compartidas, hecho que conlleva a menudo una mejora de la atención sanitaria.

En la práctica clínica, pacientes y profesionales sanitarios se enfrentan con frecuencia a situaciones en las que deben tomar decisiones con importantes grados de incertidumbre, ya sea con relación a procesos diagnósticos como terapéuticos.

En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos, así como información de los riesgos y beneficios en referencia a una intervención diagnóstica o terapéutica, mientras que el paciente lo hace sobre sus preferencias y preocupaciones, respecto a su experiencia con el problema de salud, así como de sus valores¹.

Todo ello precisa de un cambio en la forma tradicional de la atención que proporcionan los médicos, que pasa por un tipo de relación más colaborativa, donde la opinión del paciente (y sus familiares) comporta ceder parte del control de la consulta, un trabajo de negociación continuado, y si nos atenemos a respetar las últimas decisiones del paciente, un claro ejercicio que permita honrar su autonomía.

Elwyn², uno de los mayores expertos en el estudio del modelo de la toma de decisiones compartida (TDC), considera necesarios 5 escalones para ser adecuadamente definido, que incluirían: 1. establecer un contexto relacional donde la perspectiva del paciente acerca de las diferentes opciones del tratamiento sean necesarias y bien valoradas; 2. tener en cuenta las preferencias de los pacientes, que les permitan discutir las diferentes opciones de tratamiento; 3. proporcionar información técnica al paciente respecto a las diversas opciones de tratamiento, los riesgos y sus posibles beneficios, de una forma no sesgada, clara y simple; 4. ayudar al paciente a sopesar los riesgos versus los beneficios, y asegurarse de que sus preferencias estén basadas en hechos y no en falsas interpretaciones; 5. compartir las recomendaciones terapéuticas con el paciente, teniendo en cuenta sus preferencias terapéuticas.

Sin embargo, recientemente, algunos autores como Epstein³ observan que las personas, en el contexto de enfermedades serias, generalmente precisan de la ayuda de otros

para permitirles pensar y sentir a su manera, frente a la toma de decisiones complejas. Estos autores desarrollan el concepto de mente compartida (*shared mind*), en el que pueden aparecer nuevas ideas y perspectivas cuando se comparten pensamientos, sentimientos, percepciones y significados en las interacciones entre dos o más personas. En este sentido, consideran necesario reflexionar el paso de una entrevista centrada en el paciente, que prioriza una *aproximación transaccional* (focalizada en el conocimiento del paciente, la información-como-mercancía, la negociación, el consentimiento y la autonomía individual), hacia una *aproximación interaccional* (que promueve el conocimiento del paciente como persona, adapta la información que se le proporciona, tiene en cuenta sus preferencias, permite llegar a acuerdos mutuos y promueve la autonomía relacional).

El modelo de mente compartida propone, en referencia a la toma de decisiones compartidas y la autonomía del paciente, considerar no solo las perspectivas individuales de los pacientes, sus familias y los miembros del equipo asistencial, sino también las perspectivas que surgen de las interacciones entre ellos³.

Todas estas reflexiones ciertamente suponen una lectura muy afinada de la realidad, que para poder ser implementadas en la práctica clínica habitual precisan de un entrenamiento específico, y lo que no es menos fácil, de un cambio actitudinal de los profesionales. Entiendo que el desarrollo de las actitudes requiere, aparte de enseñanza, modelos profesionales de referencia a los que poder imitar y sobre los que poder practicar posteriormente.

En este sentido, se han descrito diversas barreras para la aplicación de este nuevo modelo de atención sanitaria. Entre ellas se destaca la falta de tiempo, una elevada presión asistencial, la necesidad de más información actualizada sobre el tema, una mayor familiaridad con la TDC, así como un necesario entrenamiento en la comprensión del paciente desde su perspectiva¹.

El trabajo de Jiménez et al. «Opiniones de los médicos de familia acerca de la implicación de los pacientes en la toma de decisiones: un estudio con grupos focales» es una interesante aproximación a esta cuestión.

Los autores, a través de un estudio cualitativo bien diseñado, permiten dar un paso hacia adelante, por cuanto generan desde su reflexión nuevas categorías en la

comprensión del significado de la participación del paciente en la TDC. Si ellos lo llevaron a cabo en estudios previos desde la perspectiva del paciente, en esta ocasión se aproximan desde la perspectiva de los profesionales. Un estudio que tiene la virtud de trabajar desde la propia ecología de la atención primaria, ya que obtienen información de profesionales en práctica clínica activa.

La opinión mayoritaria de los médicos en el estudio destaca la conveniencia de implicar al paciente en la toma de decisiones, proponiéndole un plan, para posteriormente comprobar su aprobación o rechazo. Sin embargo, se cuestionan si ello es suficiente para que la TDC sea real, así como cuál sería el verdadero protagonismo que adoptarían ambos interlocutores a la hora de decidir.

Los autores demuestran nuevamente su destreza en refinar instrumentos de evaluación, en este caso, tanto en el diseño de la entrevista como en una exhaustiva revisión de la literatura previa⁴. Demuestran asimismo una ortodoxia y una gran habilidad en cómo se construye un estudio cualitativo, en este caso agrupando categorías ya conocidas, con la implementación de otras nuevas. Ello genera «ciencia cualitativa», puesto que a través de la reflexión ordenada permite cuestionar opiniones, principios y clasificaciones sobre lo que podemos entender como participación del paciente en la TDC. Los autores dejan, finalmente, interesantes preguntas y puertas abiertas a la relectura de lo conocido hasta ahora. Apuntan la necesidad de abrir nuevos caminos, así como del diseño de nuevos estudios que permitan redefinir la epistemología de la TDC.

Otras cuestiones que podríamos plantearnos serían: ¿hasta qué punto la formación de los estudiantes de medicina y en la residencia facilita la permeabilidad en la TDC con los pacientes?, ¿qué metodología de enseñanza sería la más adecuada para permitir, si el paciente lo desea, trabajar hacia modelos de TDC?, ¿cuáles son los elementos actitudinales de los profesionales para favorecer este tipo de práctica clínica?, ¿qué aporta, y cómo podemos implementar la práctica reflexiva (*mindfulness*) en la TDC?^{5,6}, ¿qué nivel de repercusión en la salud tiene la TDC, o sería prioritariamente sobre la satisfacción de los pacientes, sus familias, y los profesionales?

Algunas de estas cuestiones ya empiezan a mostrar respuestas con mayor evidencia, sobre todo para aquellos profesionales que desean adentrarse en esta difícil asignatura.

Puntos clave

Los profesionales estarían mayoritariamente de acuerdo en favorecer la TDC con los pacientes, pero cuestionan cuál es el nivel de implicación real.

La percepción que tienen los profesionales con relación a favorecer la TDC no se corresponde con la opinión mayoritaria de los pacientes, que no aprecian que realmente suceda.

Se precisa formación en habilidades de comunicación, pero sobre todo actitudinales, para favorecer la participación del paciente en la TDC.

La búsqueda de un modelo explicativo en la TDC se contrapone con el modelo de mente compartida (*shared mind*), que tiene en cuenta las perspectivas que surgen de las interacciones entre el paciente, los familiares y el equipo asistencial.

Siguen siendo necesarios más estudios en atención primaria que permitan plantear recomendaciones en relación a las competencias y habilidades necesarias para la TDC.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ruiz A, Perestelo L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl. 1:158-61.
2. Edwards A, Elwyn G. Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice. 2nd ed Oxford University Press; 2009.
3. Epstein R, Street Jr RL. Shared mind: communication, decision, making, and autonomy in serious illness. Ann Fam Med. 2011;9:454-61.
4. Ruiz R, Peralta L, Pérula de Torres L, et al. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. Aten Primaria. 2010;42:257-63.
5. Epstein R. Mindful practice. JAMA. 1999;282:833-9.
6. García Campayo J. La práctica del «estar atento» (*mindfulness*) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. Aten Primaria. 2008;40:363-6.