

## COMENTARIO EDITORIAL

## Toma de decisiones compartidas en la consulta: de la necesidad a la realidad

### Making shared decisions in the clinic: From need to reality

Josep M. Bosch Fontcuberta <sup>♦</sup>

*EAP Encants, ICS, Barcelona, España*

Desde hace más de 2 décadas, ha dejado de ser un tópico que muchos pacientes desearían participar activamente en la toma de decisiones en las consultas para ser una realidad a la que los profesionales nos adaptamos de la mejor manera posible. Cada vez son más los pacientes que acuden a la consulta con una idea definida del significado que dan a sus motivos de consulta («qué piensa/qué cree que tiene»), así como de sus expectativas asistenciales («cómo desearía ser escuchado», «qué ha pensado sería aconsejable hacer»). El acto de escuchar no solo moldea la personalidad de los médicos, sino que define la esencia de nuestra profesión. Esa es la gran labor de los médicos: comprender.

Contrariamente, se ha dedicado un menor nivel de reflexión en lo definido como la segunda parte de la entrevista<sup>1</sup>, a la que se le atribuyó un papel meramente prescriptivo. Así, muchos profesionales observamos con escasa perplejidad que en menos de la mitad de las consultas los pacientes siguen nuestras «prescripciones» o «consejos para la salud». Pocas veces nos planteamos «qué desea» o «qué puede» hacer el paciente por su salud y cómo podemos ayudarlo a participar en la toma de decisiones compartida.

Sigue siendo uno de los pilares fundamentales de la actividad de la medicina de familia desarrollar entrevistas centradas en el paciente (ECP). Existe suficiente evidencia científica en referencia a la ECP que demuestra una asociación con mejores resultados de salud<sup>2</sup>. Asimismo, el modelo de entrevista motivacional, derivado de la ECP, ha demostrado que es eficaz y efectiva para abordar diversos problemas de salud que requieren cambios de conducta<sup>3</sup>.

Sin embargo, existen dificultades para llevar a cabo las ECP en las consultas de los médicos. Intervienen factores como la falta de tiempo, la percepción de incomodidad de muchos médicos al ceder parte del «control» de la entrevista y las dificultades para integrar opiniones o creencias sobre la salud de los pacientes, alejados claramente de las guías de práctica clínica<sup>4</sup>. También influyen la falta de entrenamiento en habilidades de entrevista clínica que favorezcan la toma de decisiones compartida (TDC), el desarrollo de habilidades de negociación y trabajar de forma más permeable información que comporta incertidumbre, ya sea en referencia a riesgos, pronósticos u opciones de

tratamiento<sup>4</sup>. Otras veces, son los pacientes quienes prefieren un modelo de entrevista más directivo y con menor intervención en una hipotética TDC<sup>5</sup>. Se plantea la disyuntiva no sólo acerca de la conveniencia de favorecer la TDC, sino, si es posible, ayudar a los pacientes a decidir. Estaríamos de acuerdo en que esta cuestión debería fundamentarse en modelos teóricos en los cuales apoyarse para ayudar a tomar decisiones así como en la suficiente evidencia científica<sup>6</sup>.

La intervención de los pacientes en la toma de decisiones compartida ha tratado de evaluarse con diversos instrumentos de medida. La revisión de la literatura médica relativamente reciente no ha encontrado cuestionarios específicos sobre la TDC<sup>7</sup>. Elwyn et al han validado y refinado la denominada escala OPTION, que evalúa de forma cuantitativa la TDC (magnitud), más allá de una evaluación actitudinal descrita en su primera versión. Su aplicación, sin embargo, ha mostrado dificultades para evaluar diversos ítems debido a la escasa observación de la TDC en las consultas de los médicos<sup>8</sup>.

El presente trabajo de Ruiz et al<sup>9</sup> supone una clara aportación en nuestro país en referencia a la TDC en la consulta, ya que tras una buena revisión del tema se adentra en una cuestión compleja, como es la medición de este proceso. El equipo de Ruiz et al tiene una larga y fructífera trayectoria en el diseño, la validación y la implementación de cuestionarios de entrevista clínica. El nuevo cuestionario Conectar, Identificar y Comprender, Acordar y Ayudar-Decision (CICAA-D) sigue con rigurosidad todos los elementos que un instrumento de valoración de entrevista debe cumplir. A diferencia de la escala OPTION, el cuestionario CICAA-D denota una orientación más global que define una ECP. Por el contrario, la escala OPTION diseña sus 12 ítems casi exclusivamente centrados en la TDC, cuestión que probablemente explique por qué muchas de las entrevistas evaluadas no aportaron suficiente información sobre este hecho, ya sea porque los profesionales no la llevaran a cabo, porque no fuera necesario o porque fuese difícilmente practicable. La escala CICAA-D obtiene puntuaciones en la mayoría de los ítems evaluados, con un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach aceptable (de 0,62) así como con un muy elevado coeficiente de correlación intraclase. Esto demuestra un elevado valor de la consistencia interna de la escala, es decir, que mide adecuadamente lo que dice medir, a pesar de que los profesionales evaluados en nuestro país desarrollan escasamente ECP y, por tanto, no los

<sup>♦</sup>El autor pertenece al Grupo/ Programa Comunicación y Salud de semFYC.

Correo electrónico: boschfontcuberta@gmail.com

animan a participar en la TDC. Asimismo, el cuestionario CICAA-D se muestra como un instrumento fiable en la mayoría de los ítems y, especialmente, en los que podríamos considerar como «más sensibles» a la TDC, como son los ítems número 8 («¿Da oportunidad al paciente a participar en la toma de decisiones de la consulta, animándolo?») y número 17 («¿Explora el grado de participación que desea tener el paciente en la toma de decisiones?»).

Una de las limitaciones de la escala CICAAD, bien descrita por sus autores, es que el instrumento se pilotó sobre una muestra no aleatorizada de entrevistas. Ciertamente, el cuestionario CICAAD precisa ir incrementando su validez de constructo a medida que se implemente en los estudios y en los contextos de la práctica clínica habitual. El presente trabajo de Ruiz et al nos permite reflexionar sobre una cuestión que tiene enormes implicaciones bioéticas, el hecho de acercarnos a responder la siguiente pregunta: ¿hasta qué punto los profesionales de la medicina permitimos en nuestras consultas el principio de autonomía del paciente?, es decir, favorecer de manera real lo que los autores denominan como el «involucramiento» de los pacientes en la toma de decisiones. Los autores abren sin duda un apasionante debate en nuestra atención primaria, ya que permiten llevar a cabo un ejercicio honesto de enfoque entre la necesidad de la intervención del paciente en la toma de decisiones y la realidad de esta.

### Puntos clave

- La intervención de los pacientes en la toma de decisiones compartida (TDC) es poco frecuente en las consultas de los médicos.
- Falta por consensuar cuáles son los elementos necesarios que definen la TDC.
- Se precisa formación en aptitudes de entrevista clínica centrada en el paciente así como en favorecer la participación del paciente en la TDC.
- Existen todavía pocos cuestionarios validados que

evalúen la TDC en las consultas. La escala CICAAD- Decisión es la primera desarrollada en nuestro país y ha demostrado adecuados índices psicométricos.

- Se requieren más estudios para evaluar la TDC en la consulta, refinar los instrumentos de medida así como conocer en qué situaciones y pacientes es más conveniente.

### Bibliografía

1. Elwyn G, Edwards A, Kinnerley P. Shared decision-making in primary care: The neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999;49:477-82.
2. Stewart M, Brown J, Donner A, McWhinney I, Oates J, Western W, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49:796-804.
3. Ruback S, Sanboeck A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55:305-12.
4. Say RE, Thompson R. The importance of patient programs in treatment decisions-challenges for doctors. *BMJ.* 2003;327:542-5.
5. Swenson SL, Buell S, Zetler P, White M, Ruston DC, Bernar CO. Patient-centered communication. Do patients really prefer it? *J Gen Intern Med.* 2004;19:1069-79.
6. Costa Alcaraz A, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordoñas Casaurran R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria* 2008;40:97-9.
7. Elwyn G, Edwards A, Mowle S, Wensing M, Wilkinson C, Kinnerley P, et al. Measuring the involvement of patients in shared-decision making: A systematic review of instruments. *Patient Educ Couns.* 2001;43:5-22.
8. Elwyn G, Hutchings H, Edward A, Rapport F, Wensing M, Cheung W, et al. The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. Blackwell Publishing Ltd. *Health Expect.* 2005;8:34-42.
9. Ruiz Moral R, Peralta Munguía L, Pérula de Torres LA, Gavilán Moral E, Loayssa Lara JR. Participación del paciente en la toma de decisiones en atención primaria: una herramienta para su medición. *Aten Primaria.* 2009, doi: 10.1016/j.aprim.2009.0.020.