This page was exported from - DocTutor
Export date: Sun Nov 15 6:00:26 2026 / +0000 GMT

Algunos Mitos sobre la Toma de Decisiones Compartidas

docTUtor

En los últimos 20 años se ha desarrollado mucho el concepto y aplicación práctica de **?toma de decisiones compartida entre médicos y pacientes?**. Sin embargo y de una manera repetitiva se siguen escuchando que existen una serie de barreras que dificultan su adopción por parte de los médicos cuando no se usan para desacreditar esta práctica. Para investigar más a fondo la existencia real de estas barreras habitualmente percibidas y tratar de encontrar evidencias que apoyen o no su existencia real, **F Légaré y P Thompson-Leduc** (*Twelve myths about shared decision making. Pat Edu Couns 2014;96:281-6*) realizaron una revisión de la literatura selectiva que por su interés resumimos aquí, resaltando algunos de los mitos que más veces creemos han sido o están siendo referidos en nuestro entorno clínico.

Mito 1:La Toma de Decisiones Compartida es una moda que pasará

En 1982, una relación más igualitaria entre médico y paciente se había convertido en objetivo primario de investigación (es decir variable dependiente de interés). En los Estados Unidos una comisión presidencial sobre la ética de toma de decisiones médicas consideraba a la toma de decisiones como el "ideal apropiado para las relaciones profesional-paciente que una adecuada doctrina del consentimiento informado debería apoyar" [1]. Una encuesta de la Comisión reveló que el 56% de los médicos y el 64% del público consideraron que el aumento de la participación de los pacientes en la toma de decisiones mejoraría la calidad de la atención. La toma de decisiones compartida es cada vez más frecuente en la literatura científica [3]. A la luz de esto la tendencia actual es que cada vez más países han decidido orientar sus decisiones de política sanitaria sobre este concepto y el paciente [2]. La historia, la pertinencia y la tendencia general sobre la atención centrada en el paciente y la toma de decisiones compartida claramente demuestran que la toma de decisiones compartida no es una moda pasajera, y jugará un papel cada vez más importante en la manera en la que pensamos acerca de la salud y de nuestra relación con la atención sanitaria.

Mito 2: En la Toma de Decisiones Compartida, al final al paciente se le deja tomar solo la decisión

El mito de que el paciente se queda solo para tomar la decisión sobre el tratamiento no está fundamentada en las extensas revisiones sistemáticas sobre los modelos de toma de decisiones compartidas y contradice sus elementos fundamentales [[4], [5]]. La toma de decisiones compartida es un proceso interpersonal, interdependiente en el que el médico y el paciente se relacionan y se influyen mutuamente, ya que colaboran en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud del paciente [6]. La idea de equilibrio y el respeto entre los dos es fundamental para la toma de decisiones compartida y uno de sus principales objetivos es aprovechar la experiencia de ambas partes [[7], [8]]. El grado en que se comparte la decisión varía ampliamente en función del problema, las opciones de tratamiento y la personalidad de los involucrados [9]. El médico está involucrado en cada paso del proceso de toma de decisiones, desde la identificación sobre la decisión que tiene que hacerse, la presentación de las evidencias y el asesoramiento al paciente para la puesta en práctica de una estrategia con la que ambas partes se sientan cómodos. La toma de decisiones compartida no es, de hecho, el abandono de los pacientes a que tomen decisiones por sí mismos, sino que persigue optimizar la pericia del paciente en el entorno más favorable posible.

Mito 3: No todo el mundo quiere Tomar de Decisiones Compartidas

La evidencia sugiere una clara voluntad por parte de los pacientes en obtener más información acerca de su estado de salud [10]. Una revisión sistemática de 14 estudios mostró que un número considerable de sujetos (26-95%, con una mediana de 52%) no estaban satisfechos con la información que se les dió, y habrían preferido un papel más activo en las decisiones [10]. Por otra parte, se observa una tendencia evolutiva en el tiempo: la mayoría de los encuestados prefiere compartir roles de decisión (en el 71% de los estudios con fecha del 2000, en comparación con sólo el 50% de los estudios fechados antes de 2000 [11]). Se sabe que la resistencia de muchos pacientes a participar en el proceso de toma de decisiones no siempre es representativa de una verdadera falta de deseo de

participar, sino más bien de una falta de auto-eficacia [12]. Los principios éticos y morales exigen que busquemos nuevas maneras de involucrar a estos pacientes renuentes en la toma de decisiones compartida en lugar de no hacerlo.

Mito 4: No todo el mundo vale para Tomar de Decisiones Compartidas

La toma de decisiones compartida no es algo innato sino que consiste en comportamientos específicos que pueden ser enseñados. Es de utilidad el describir las conductas esperadas por los pacientes y los médicos, en especial durante un encuentro con toma de decisiones compartidas [13]. Las teorías socio-cognitivas, las intervenciones que actúan sobre los determinantes de las conductas para tomar decisiones compartidas, como las ?ayudas de decisión?, puede facilitar estos comportamientos específicos. Las ayudas de Decisión son intervenciones para cambiar las prácticas de los médicos "[14]. Una revisión Cochrane de 115 estudios sobre ayudas en la decisión a pacientes encontró que estas reducen la proporción de personas que permanecen pasivas o indecisas en la toma de decisiones y facilitan la adopción de la toma de decisiones compartida.

Mito 5: La Toma de Decisiones Compartidas no es posible porque los pacientes siempre me preguntan ?qué es lo que yo haría?

Un reciente estudio de Mendel et al. compararon las preferencias de los pacientes para el tratamiento antes y después de recibir los consejos de su médico. Encontraron que el 48% de de pacientes que reciben tratamiento para la esquizofrenia y el 26% de pacientes que reciben tratamiento para la esclerosis múltiple siguió el consejo de su médico y eligió una opción de tratamiento que iba en contra de su preferencia inicial [15]. En otras palabras, el médico propone un curso de acción que puede llevar a los pacientes a tomar decisiones que no coinciden con sus valores y preferencias. Las teorías socio-cognitivas, han explorado cómo el médico influye en el deseo del paciente a participar en la toma de decisiones compartida. Después de controlar por otras variables psicosociales a nivel del paciente, la variable más importante asociada a la intención del paciente a participar en la toma de decisiones compartidas fue la actitud del médico hacia ella [12]. Esto sugiere que los pacientes responden al entusiasmo del médico, o a su falta de entusiasmo, para compartir decisiones, y que un número significativo de pacientes pueden ir en contra de su preferencia de tratamiento si siguen los consejos del médico sin participar en el proceso de toma de decisiones. Como se mencionó anteriormente, el papel de los pacientes en la toma de decisiones representa un conjunto de comportamientos específicos que son modificables como cualquier otro comportamiento relacionados con la salud [16]. Siempre que el médico muestra una actitud positiva hacia la toma de decisiones compartida, los pacientes pueden aprender esto y tener cada vez más confianza en su capacidad de participar en este proceso con su médico.

Mito 6: La Toma de Decisiones Compartidas lleva mucho tiempo

Cualquier cambio que se propone en el contexto clínico siempre supone añadir más tiempo a la consulta [17]. La falta de tiempo son algunos de los obstáculos más frecuentes a los cambios clínicos, incluyendo a toma de decisiones compartida [[18], [17]]. Sin embargo, no hay pruebas todavía que apoyen la afirmación de que esto lleva mucho más tiempo. Una revisión sistemática Cochrane 2014 analizó 115 ayudas en la decisión, diez de los cuales fueron incorporados en las intervenciones que midieron la duración de las consultas. Dos estudios encontraron que las intervenciones con toma de decisiones compartidas llevaban más tiempo que la atención habitual; uno encontró que era menos tiempo que una consulta tradicional, y seis no encontraron ninguna diferencia estadísticamente significativa en la duración de consulta [19]. La revisión Cochrane mostró que el efecto de usar ?ayudas de decisión? sobre la duración de la consulta varió de -8 min a 23 min (mediana 2,5 min). Por lo tanto, las ayudas de decisión tienen un efecto variable de la duración de la consulta: Es preciso reflexionar más sobre qué contextos se asocian con mayor duración, menor duración y no tienen este impacto.

Mito 7: Es que ya estamos realizando una Toma de Decisiones Compartidas

Uno de los comentarios más sorprendentes en relación con la toma de decisiones compartida es que la integración de los valores y preferencias del paciente en sus decisiones sobre su salud, además de considerar la mejor evidencia médica, ya está ocurriendo. Sin embargo, una revisión sistemática de 33 estudios que evaluaron la toma de decisiones conjuntas indica que aún no ha sido adoptada en la práctica clínica (puntuación en OPTION = 23 ± 14% promedio) [20]. Esta falta de adopción de la toma de decisiones compartida no parece ser por negativa sistemática de los clínicos. En primer lugar, puede haber una falta de comprensión de todas las facetas que conforman la toma de decisiones compartida. En segundo lugar, puede haber cierta confusión entre lo que es una toma de decisiones compartida y un enfoque centrado en el paciente definido más ampliamente. En tercer lugar, en la mente de algunos profesionales de la salud, el proceso de consentimiento informado obligatorio puede ser sinónimo de hacer una toma de decisiones compartida. En otras palabras, los médicos puede que involucren algo a sus pacientes, pero no lo suficiente [21].

Mito 8: La Toma de Decisiones Compartidas no es compatible con las Guias de Práctica Clínica

Las Guías de práctica clínica (GPC) son herramientas para "ayudar a médicos y pacientes a tomar decisiones adecuadas en circunstancias clínicas específicas" [22]. Puede parecer que la participación de los pacientes en sus decisiones podría ser

This page was exported from - DocTutor
Export date: Sun Nov 15 6:00:26 2026 / +0000 GMT

problemático si estos se decantan por elegir un tratamiento que contradice una recomendación de una GPC. El problema está en que muchos médicos aplican las GPC sin individualizar la información sobre los beneficios, daños y compensaciones de un tratamiento. Evaluando la adopción simultánea de dos comportamientos: adoptar recomendaciones de una GPC e involucrar a los pacientes en la toma de decisiones, se ha visto que las intenciones de los médicos para adoptar alguno de estos comportamientos no tuvo un efecto clínicamente significativo sobre su intención de adoptar el otro, por lo que se puede concluir que el uso de las GPC y la participación en la toma de decisiones compartida no son comportamientos mutuamente excluyentes [23]. Esta evidencia disiparía el mito de que un médico tiene que elegir entre involucrar al paciente en la toma de decisiones o seguir las recomendaciones de la GPC. Ambos comportamientos son igualmente importantes y se pueden combinar con éxito.

Conclusiones

A pesar de los muchos mitos que rodean a la toma de decisiones compartida, esta es una forma viable, adecuada y suficiente para enfocar el encuentro clínico en el siglo XXI. Desde luego que no va a resolver todos los problemas clínicos o de salud, pero puede ayudar a resolver algunos. La toma de decisiones compartida es uno de los muchos componentes necesarios para optimizar el uso de los cada vez más escasos recursos de la asistencia sanitaria. Cada vez son más los sistemas de salud que persiguen la integración de enfoques centrados en el paciente y en sus prioridades, y la toma de decisiones compartida probablemente será una parte crucial de este cambio de paradigma [2]. En la práctica clínica, sin embargo, la incorporación del paciente a la toma de decisiones seguirá siendo un reto y más aún si algunos de estos mitos no son reconocidos como tales y si no se trabaja para aportar pruebas sólidas que los confirmen o los refuten.

Referencias

[1] The President's Commiss ion for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship. Washington, DC; 1982.

[2] Harter M, van der Weijden T, Elwyn G. Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2011;105:229?33.

[3] Blanc X. Publications trends of shared decision making in major medical journal: a full-text systematic review with bibliometric analysis. In: 21st Cochrane Colloquium; Sept 22; 2013

[4] Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006;60:301?12.

[5] Stacey D, Legare F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. Patient Educ Couns 2010;80:164?72 [Epub 2009/12/01].

[6] Legare F, Witteman HO. Shared decision making: examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. Health Aff (Millwood) 2013;32:276?84 [Epub 02/2013/06].

[7] Coulter A. Paternalism or partnership? Patients have grown up-and there's no going back [editorial; comment] [see comments]. Brit Med J 1999;319: 719?20.

[8] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 1997;44:681?92.

[9] Hagbaghery MA, Salsali M, Ahmadi F. The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. BMC Nurs 2004;3:2.

[10] Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. Patient Educ Couns 2006;61:319?41.

[11] Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. Patient Educ Couns 2012;86:9?18.

[12] Legare F, St-Jacques S, Gagnon S, Njoya M, Brisson M, Fremont P, et al. Prenatal screening for down syndrome: a survey of willingness in women and family physicians to engage in shared decision-making. Prenat Diagn 2011;31:319?26.

[13] Godin G, Belanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. Implement Sci 2008;3:36.

[14] Stacey D, Hill S. The knowledge to action cycle. Selecting KT interventions: patient-direct and patient-mediated KT interventions. In: Straus S, Tetroe T, Graham I, editors. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. second ed., London: BMJ; 2014 [in press].

[15] Mendel R, Traut-Mattausch E, Frey D, Buhner M, Berthele A, Kissling W, et al. Do physicians' recommendations pull patients away from their preferred treatment options? Health Expect 2012;15:23?31.

[16] Frosch DL, Legare F, Mangione CM. Using decision aids in community-based primary care: a theory-driven evaluation with

This page was exported from - DocTutor
Export date: Sun Nov 15 6:00:26 2026 / +0000 GMT

ethnically diverse patients. Patient Educ Couns 2008;73:490?6.
[17] Cabana M, Rand C, Powe N, Wu A, Wilson M, Abboud P, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. J Amer Med Assoc 1999;282:1458?65.
[18] Legare F, Ratte S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Uupdate of a systematic review of healthprofessionals'perceptions. PatientEducCouns2008;73:526?35[Epub08/2008/30].
[19] Stacey D, Le´gare´ F, Col N, Bennett C, Barry M, Eden K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2014;1. CD001431.
[20] Couet N, Desroches S, Robitaille H, Vaillancourt H, Leblanc A, Turcotte S, et al. Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument. Health Expect 2013 [Epub 03/2013/05].
[21] Moumjid N, Gafni A, Bremond A, Carrere MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? Med Decis Making 2007;27:539?46.
[22] Field M, Lohr K, editors. Clinical practice guidelines: directions for a new program. Washington, DC: National Academy Press; 1990.
[23] Guerrier M, Legare F, Turcotte S, Labrecque M, Rivest LP. Shared decision making does not influence physicians against clinical practice guidelines. PLoS ONE 2013;8:e62537.