

## La tolerancia a la incertidumbre: ¿un objetivo educativo alcanzable?

**Jose Ramón Loayssa y Roger Ruiz-Moral.** Doctutor

**Resumen:** Como complemento al artículo anterior, en este se abordan los aspectos educativos que habría que priorizar para minimizar el impacto negativo de la incertidumbre en nuestros médicos a la hora de tomar decisiones. El artículo describe algunas de las estrategias más útiles a la hora de afrontarla.



Muchas decisiones en Medicina General tienen que hacerse con muy poca información. A pesar de la existencia de guías basadas en la evidencia, los médicos de atención primaria principalmente perciben que estas no son aplicables en muchas situaciones de su práctica clínica. La intolerancia a la incertidumbre puede resultar en una tendencia a percibir situaciones de ambigüedad como fuentes de amenaza. La variabilidad en el tratamiento, la elección de la especialidad médica, el grado de ansiedad, el aumento de la tendencia a pedir más pruebas, la incomodidad con pacientes geriátricos y psicológicos son factores que están relacionados con la intolerancia a la incertidumbre. Existen diferentes instrumentos para medir la incertidumbre del médico. Técnicas cuantitativas y cualitativas de gestión de la incertidumbre incluyen una toma de decisiones compartida, una toma de conciencia y evaluación meticulosas, descartar diagnósticos graves, capacidad para evaluar críticamente la literatura actual y establecer una relación de confianza con el paciente. Pero uno de los mayores desafíos que la incertidumbre conlleva es el diseñar estrategias educativas que ayuden a los estudiantes y a los médicos a afrontar esta faceta inherente a cualquier tipo de práctica médica.

Se puede suponer que aprender a manejar la incertidumbre que caracteriza a la Atención Médica debería ser un objetivo educativo central para estudiantes de medicina y médicos (1). No obstante tenemos que reconocer que existe poca evidencia de como responder a ese desafío ya que tampoco se conoce lo suficiente sobre las vivencias y la reacción de los estudiantes y los médicos ante la ambigüedad intrínseca de la medicina ni como estas evolucionan durante sus estudios ni a lo largo de su vida profesional (2).

Parece razonable pensar que los médicos deben ser capaces de afrontar de forma racional la ambigüedad presente en muchos de los escenarios clínicos habituales, y la dificultad de predecir la evolución y los resultados de las intervenciones clínicas, por lo que deberían poseer un cierto grado de tolerancia a la incertidumbre (3). Sin embargo, hay alguna evidencia desde hace años de que ese rasgo ligado a la personalidad, no es fácil de cambiar y lleva a los individuos a intentar evitar las situaciones que generan incertidumbre (4). La intolerancia a la falta de seguridad y la imprevisibilidad ha sido definida como ¿la tendencia a percibir las situaciones nuevas, complejas o difícilmente resolubles como amenazas? (5)

A pesar de la presumible resistencia de la reacción a la incertidumbre a la intervención educativa, no cabe una actitud nihilista ya

que esta dimensión podría estar asociada a actitudes negativas hacia determinados tipos de pacientes: los hipocondríacos, los geriátricos, los que padecen dolor crónico o los alcohólicos u otros dependientes (6)(7). Asimismo podría conllevar un rechazo de los pacientes pobres y carentes de recursos que con frecuencia presentan problemas de salud complejos y severos a mismo tiempo que su adherencia al tratamiento y sus actitudes de autocuidado tienden a ser menores (8)

Por lo tanto, un objetivo educativo de primer orden debería de ser el capacitar a los médicos para distinguir cuando la incertidumbre y las dudas en una situación clínica concreta son resultado de sus propios déficits de conocimientos y competencias o por el contrario refleja uno de los atributos de la medicina intrínseco a su naturaleza (9).

Esta tarea esta íntimamente ligada por lo tanto a promover un aumento de la conciencia de los futuros y actuales médicos de la cantidad de ambigüedad e incertidumbre que caracteriza esta actividad profesional. La idea sería que los profesionales no la experimenten como una amenaza y sean capaces de evaluar sus límites personales de tolerancia a estas dimensiones consustanciales de la medicina (10).

Pero tampoco podemos considerar el debate sobre la modificabilidad del nivel de tolerancia a la ambigüedad cerrado ya que lo que se intenta cambiar es la reacción personal ante aquella. Así se ha sugerido que la inclusión de temas relacionados con las humanidades médicas o la presentación de un modelo bio-psico-social puede ayudar a conseguir ese objetivo (11) (12).

Se debería recordar a los profesionales de la medicina actuales y futuros el carácter de la naturaleza humana y su falibilidad y promover que adquieran una perspectiva sobre su rol profesional que priorice la escucha, el apoyo y el cuidado como componentes esenciales y no solamente un enfoque dirigido a la resolución y ?reparación? de problemas técnicos complejos.

Pero también la ansiedad y la frustración que puede generar enfrentarse a situaciones ambiguas e inciertas debería ser una motivación para una ponderación del paciente, para una evaluación cuidadosa de sus síntomas y un seguimiento cercano, más que para una proliferación interminable de pruebas e investigaciones complementarias, incluso cuando el diagnóstico no es aparente o el resultado de la intervención no está garantizado.

Estrategias para abordar situaciones de incertidumbre

Hewson y cols. (13) proponen nueve estrategias que pueden ser eficaces en la gestión de la incertidumbre en atención primaria (Tabla 1). El uso de este marco de trabajo y la incorporación de algunas de estas estrategias cuando se habla de con un paciente con un diagnóstico incierto podría mejorar la calidad de la comunicación médico-paciente. Se ha comprobado como médicos tutores utilizaban algunas de esas nueve estrategias de manera más frecuente que residentes de segundo año (61% frente al 44% respectivamente).

Tabla 1:

Estrategias para abordar situaciones de incertidumbre

- Definir el diagnóstico y explicar los signos y síntomas y su relación con la enfermedad.
- Hacer hincapié en el diagnóstico y eliminar la alternativa por la que el paciente podría estar preocupado.
- Describir el posible espectro de la enfermedad y el alcance de la terapia.
- Identificar y negociar cuestiones claves para el paciente y el médico.
- Dar prioridad al plan y a la comprensión y la voluntad del paciente de cumplirlo o no.
- Hacer hincapié en que el diagnóstico será reevaluado si los síntomas cambian o aparecen otros nuevos.
- Tomar medidas para eliminar un diagnóstico que preocupe.
- Establecer citas de seguimiento razonables para evaluar cambios en los signos y síntomas.
- Negociar un plan con el paciente para hacer frente a cualquier necesidad de una acción inmediata.

Finalmente, '**el conocimiento tácito**' se define como el conocimiento y las habilidades que utilizan a menudo los expertos en su práctica pero que rara vez pueden ser explicitados. Las técnicas educativas para ayudar a abordar la incertidumbre abarcan una combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos y el uso de ese razonamiento que se ha llamado ?tácito? (14). Estas técnicas incluyen medidas que incorporan los principios de toma de decisiones médicas, evaluación de riesgos y la comunicación de la incertidumbre y entre las que destacamos las siguientes:

- En el proceso de hacer frente a la incertidumbre, los médicos deberían dejar claro al paciente que están dispuestos a responder a cualquier pregunta sobre su salud.
- Los médicos deben reconocer que hay una gran cantidad de información y deberían ofrecer fuentes válidas de información, incluyendo sitios web apropiados.
- Es importante que el médico tenga una mente abierta y reconozca la ignorancia si no es capaz de responder a una pregunta pero mostrarse dispuesto para encontrar la respuesta.
- Escuchar con empatía y explorar las preocupaciones de los pacientes.
- Reconocer sus propios sesgos y explicárselos al paciente.
- Debe fomentar un sentido de la cooperación la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones.
- Si bien los médicos deben proporcionar información sobre los riesgos y los resultados de las pruebas, esto debe hacerse con un lenguaje que sea de fácil comprensión por parte del paciente y explicarle los resultados utilizando métodos para hacerlos más significativos al paciente.
- Si existiese más de una opción en el tratamiento el médico debería informarle al paciente explícitamente sobre esto

#### Bibliografía.

- 1) O'Riordan M, Dahinden A, Akturk Z, Ortiz JM, Dagdeviren N, Elwyn G, et al. Dealing with uncertainty in general practice: an essential skill for the general practitioner. *Qual Prim Care*. 2011;19(3):175-181.
- 2) Shaw A, Lewis E, Katyal S. Factors affecting recruitment into child and adolescent psychiatry training. *Acad Psychiatry*. 2010;34:183-189.
- 3) Luther VP, Crandall SJ. Commentary: Ambiguity and uncertainty: Neglected elements of medical education curricula? *Acad Med*. 2011;86:799-800.
- 4) Budner S. Intolerance of ambiguity as a personality variable. *J Pers*. 1962;30:29-50. 5) Norton RW. Measurement of ambiguity tolerance. *J Pers Assess*. 1975;39:607-619.
- 6) Merrill JM, Camacho Z, Laux LF, Lorimor R, Thornby JI, Vallbona C. Uncertainties and ambiguities: Measuring how medical students cope. *Med Educ*. 1994;28:316-322. 7) Geller G, Faden RR, Levine DM. Tolerance for ambiguity among medical students: Implications for their selection, training and practice. *Soc Sci Med*. 1990;31:619-624.
- 8) Wayne S, Dellmore D, Serna L, Jerabek R, Timm C, Kalishman S. The association between intolerance of ambiguity and decline in medical students' attitudes toward the underserved. *Acad Med*. 2011;86:877-882.
- 9) Seely AJ. Embracing the certainty of uncertainty: implications for health care and research. *Perspect Biol Med*. 2013;56(1):65-77.
- 10) Luther VP, Crandall SJ. Commentary: Ambiguity and uncertainty: Neglected elements of medical education curricula? *Acad Med*. 2011;86:799-800.
- 11) DeForge BR, Sobal J. Intolerance of ambiguity among family practice residents. *Fam Med*. 1991;23:466-468.
- 12) Evans L, Trotter DR. Epistemology and uncertainty in primary care: An exploratory study. *Fam Med*. 2009;41:319-326.
- 13) Hewson MG, Kindy PJ, Van Kirk J, Gennis VA, Day RP. Strategies for managing uncertainty and complexity. *J Gen Intern Med* 1996;11:481-5
- 14) Ghosh AK. Understanding uncertainty. *Minn Med* 2003; 86:5- 6