

José Manuel Millaruelo Trillo [[Buscar autor en Medline](#)]

Fernando Martín Moreno [[Buscar autor en Medline](#)]



Toma de decisiones compartidas con el paciente

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

Dentro de los fenómenos más importantes acaecidos en los últimos años en relación a la actividad sanitaria, destacamos la mayor relevancia adquirida por las enfermedades crónicas y un cambio en la relación medico paciente.

En cuanto a la relación medico paciente es cierto que el enfoque paternalista ha ido dejando paso a otro en el que el paciente sea más consciente, responsable y participe en las decisiones sanitarias que los sanitarios toman, pero que a ellos afectan. Sabemos que es fundamental esta implicación del paciente para los temas fundamentales: cambios de hábitos, cumplimentación terapéutica y elección consciente entre opciones terapéuticas similares. Este cambio implica una mayor valoración por parte de los sanitarios de los aspectos psicológicos y relacionados con el comportamiento y en este sentido la entrevista motivacional y la entrevista centrada en el paciente deberían suponer un cambio cualitativo fundamental¹.

Y es en este escenario donde surgen dos conceptos importantes que vamos a definir a continuación: autoeficacia y empowerment. Su importancia radica en que su presencia en el paciente se relaciona directamente con la motivación del paciente para participar en las decisiones clínicas y su potenciación facilita una nueva manera de relación clínica con el paciente, no exenta de dificultades, pero probablemente más eficaz.

Autoeficacia

Podemos definirla como:

- la convicción de que uno puede actuar adecuadamente en una situación
- la "opinión afectiva" que se tiene sobre la posibilidad de alcanzar determinados resultados, es decir, la confianza de alcanzar las metas con éxito
- la "creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica"

El término "autoeficacia" ó eficacia personal percibida, que fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva². No obstante, el funcionamiento de los principios de la auto-eficacia ha recibido el apoyo de un cuerpo de resultados que ha ido creciendo día a día en los campos más diversos. De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas:

- Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal
- Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados
- Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a "la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados"³

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido adaptado también a las ciencias sanitarias como un importante predictor de conductas de salud⁴. De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que

bibliografía

1. Entrevista motivacional. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple6.html
2. Bandura A: Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev 1977; 842:191-215
3. Bandura, A. Self- efficacy mechanism in human agency. American Psychologist 1982; 2: 122-147
4. Kear, M. 2000. Concept Analysis of Self-Efficacy. Graduate Research in Nursing. <http://graduateresearch.com/Kear.htm>
5. Bandura A. 1995. Self-Efficacy in changing societies. New York . Cambridge University Press

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia⁵.

Las personas poseemos un auto-sistema que nos permite ejercer un control sobre el medio ambiente, por encima de los pensamientos, los sentimientos y las acciones. Este auto-sistema incluye las habilidades de simbolizar, aprender de otros, planificar estrategias alternativas, regular la propia conducta y la auto-reflexión. La conducta humana es el resultado de la interacción entre este auto-sistema, y las fuentes de influencia externas y medioambientales. Las creencias que las personas tienen sobre ellas mismas son los elementos más importantes en el ejercicio de control y de decisiones personales.

Según la teoría cognitivo-social de Bandura⁶, los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento. Los determinantes previos de la conducta, como el conocimiento, la habilidad o los logros anteriores, predicen la conducta posterior de acuerdo con las creencias que las personas sostienen sobre sus habilidades y sobre el resultado de sus esfuerzos.

El proceso de crear y usar las creencias es bastante simple e intuitivo: las personas que se comprometen en una conducta, interpretan los resultados de sus acciones y usan esas interpretaciones para desarrollar las creencias sobre su capacidad de comprometerse en conductas posteriores en situaciones similares. Bandura considera que la capacidad humana para la auto-reflexión es la "capacidad más singularmente humana", por esta forma de auto-referencia del pensamiento le permite evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta. Estas evaluaciones incluyen percepciones de auto-eficacia, que es como este autor definió a "las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones".

La autoeficacia influye en como la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo. Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas.

Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia. La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un aspecto o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes⁷.

Empowerment

Ha sido difícil llegar a una traducción literal del concepto y tal vez "empoderamiento" ó "potenciación" y otros términos, no han sido bien recibidas por la dificultad en expresar claramente el concepto.

Podríamos definirlo como "un proceso que busca una relación con el paciente en el que le otorgamos más confianza para que aumente la responsabilidad, la autoridad y el compromiso para tomar las decisiones relacionadas con su enfermedad". Desde la perspectiva de la relación médico-paciente, el empowerment implica dos medios de ejercer poder; la primera considera que el médico sólo tiene poder en la medida en que el paciente no lo tiene – poder de posición-, mientras que la segunda considera que sólo se tiene poder cuando se reconoce también poder en el otro, y por tanto se le 'apodera', o se le concede poder –poder personal. "El empowerment es una filosofía que reconoce el derecho fundamental de las personas a ser los primeros en la toma de decisiones para el control de su afección^{8,9}.

La esencia del empowerment se apoya en tres puntos importantes: **enseñar, educar y apoyar, inspirando al paciente**. Esta filosofía establece que una persona con una enfermedad es totalmente responsable de su cuidado, es decir, el equipo de salud no es responsable de las decisiones que tome la persona pero si responsable de darle todas las herramientas para que tomen las mejores decisiones y apoyarlo en ellas.

La relación tradicional entre los profesionales de la salud y los pacientes se basaba en modelos tomados a partir del cuidado de las enfermedades agudas. En ellas, el papel del paciente es ser cuidado y el del profesional de la salud de tomar las decisiones y ser responsable de los resultados. Es lo que llamamos poder de posición.

Sin embargo, los intentos de funcionar dentro de estos esquemas son problemáticos en términos de cuidado y educación para la situación actual debido a que las enfermedades crónicas, las cuidan principalmente las personas que las sufren, y no los profesionales de la

salud.

Para ello es importante recordar que nosotros, somos expertos en las patologías, pero necesitamos conocer la repercusión de la enfermedad en cada persona afectada, es decir, cómo influye en su vida personal, social, trabajo, vida cotidiana, sus sentimientos, sus expectativas; a través de preguntas, escuchando con empatía lo que quiere y reflexionando en sus necesidades para superar barreras que permitan encontrar mejores estrategias que faciliten el proceso de aprender a vivir con la enfermedad que presente.

¿Qué ventajas tiene?

- Se impulsa la autoestima y la confianza
- El paciente participa en la toma de decisiones
- El objetivo se convierte en un reto, no en una carga
- Se reconoce a los pacientes por sus ideas y esfuerzos
- Los pacientes tienen mayor control sobre sus actos

Con estas premisas pasamos a abordar diversos aspectos del proceso de toma de decisiones compartidas con el paciente.

¿Son las ayudas a la decisión del paciente (ADP) la mejor manera de mejorar la toma de decisiones clínicas?

Esta pregunta elemental fue contestada por igual número de asistentes, en un simposium sobre el tema, de manera afirmativa y negativa, lo que da idea del debate que **suscita en medios sanitarios**¹⁰.

En dicho evento se trataron las tres áreas de controversia más importantes: ¿Cuál es el marco teórico adecuado y el gold estándar para una buena decisión? ¿Es la ADP eficaz? ¿Es factible en la práctica clínica?

¿Qué son las ADP? Son las herramientas generalmente de tipo multimedia o folletos diseñados para comunicar a los pacientes la mejor evidencia disponible en temas de tratamiento o necesidad de screening, de forma que aliente a los pacientes a involucrarse en las decisiones acerca de su salud que también respete sus valores personales.

Se utilizan sobre todo para tomar decisiones sobre temas sanitarios "sensibles" o para decisiones en las que la ratio riesgo/beneficio es incierto, las llamadas "zonas grises de la eficacia".

Su presencia se vio influenciada por la necesidad de optimizar los cuidados sanitarios para conseguir los mejores resultados con el mínimo coste y también por la creciente popularidad de la toma de decisiones compartidas como paradigma de estándar ético en la toma de decisiones. Existe un grupo de la Colaboración Cochrane de Ayuda a las decisiones de los pacientes que ha elaborado información sobre más de 200 procesos y la International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) ha desarrollado un checklist para su valoración que puede consultarse¹¹ en http://ipdas.ohri.ca/IPDAS_checklist.pdf .

Otras direcciones de interés en este tema

- <http://www.pickereurope.org/page.php?class=68>
- <http://www.universidadpacientes.org>

En 2006 se realizó una revisión sistemática para estudiar la eficacia del método en diversos procesos y su conclusión fue que se producía una mejora en la calidad de las decisiones, aunque existían ciertas lagunas metodológicas en algunos estudios.

¿Quieren realmente los pacientes participar en el proceso de la toma de decisiones?

Dice un paciente: "Generalmente quiero ser un paciente racional. Para ello los médicos deben ayudarme a que comprenda la probabilidad y magnitud de los beneficios y perjuicios que un tratamiento me puede ocasionar. Por comprender, entiendo no solo tener un control cognitivo de las cuestiones, quiero no solo conocer los hechos sino poder integrarlos a los conocimientos que tengo previamente del tema, eliminando posibles errores y también me gustaría poder explicarme a mi mismo y a mi familia con fluidez la decisión que tome. Para decir la verdad, me gustaría además tener un control emocional de la decisión, y a pesar de lo duro que pueda ser, me gustaría estar en paz con ella y ser capaz de vivir con mi elección y sus consecuencias. Me doy cuenta de que es una tarea difícil. Así que permítanme reflexionar ahora cuando no estoy sumido en las labores de una verdadera elección y puedo ser más comprensivo con las limitaciones de mi médico en la realidad. Se que mi medico no tiene un tiempo ilimitado, unos conocimientos ilimitados, o una paciencia ilimitada sobre todo porque las decisiones que vaya a tomar pueden no parecerle razonables"^{12,13}. La participación activa de los pacientes en las decisiones acerca del cuidado de sus enfermedades ha mostrado en algunas de ellas mejorar los resultados clínicos¹⁴. También han demostrado mejorar el estado funcional y la salud

psicológica^{15,16}. Sin embargo existen estudios que indican que los pacientes prefieren que sean los médicos los que tomen las decisiones por ellos^{17,18}. Necesitamos pues conocer las barreras que impiden esta participación que parece beneficiosa.

En una revisión sistemática, desde el punto de vista médico, las principales barreras percibidas fueron la falta de tiempo, la dificultad en la aplicabilidad por las características del paciente y la situación clínica de los mismos. Como factores facilitadores se señalaban la motivación de los profesionales, el impacto positivo en el proceso clínico y en los resultados finales¹⁹. Existe menos información acerca de la visión del paciente y es la dificultad ante el cambio de modelo de relación el más significativo, aunque existe una actitud positiva al cambio cuando reciben información adecuada²⁰.

Tal vez los resultados de la **participación del paciente en la toma de decisiones** se han presumido demasiado optimistas ya que en una revisión sistemática mostró la capacidad para producir cambios en la provisión de servicios en diferentes escenarios clínicos, pero no pudo demostrarse un efecto sobre el uso de servicios, la calidad de la atención, la satisfacción ó los resultados de salud²¹.

Las preferencias de los pacientes para involucrarse en las decisiones de sus enfermedades se relacionan con la naturaleza de las decisiones, y el tipo y severidad de la enfermedad. Cuando mayor es la importancia y severidad de la enfermedad y más profunda la naturaleza de las decisiones el paciente es más proclive a una participación activa. Así ha sido estudiado en numerosos trabajos en los que generalmente a pacientes sanos se les presentan unas viñetas con distintos tipos de situaciones clínicas y se les interroga acerca de sus preferencias²². También se han visto involucrados factores socioeconómicos y los altos niveles de educación se asocian a una mayor petición de información a los médicos a los que comunican más datos. Los de un nivel económico más bajo son menos participativos²³. Así mismo se ha constatado que las mujeres, las personas de menor edad, los pacientes más sanos y los pacientes a los que se aplican estrategias de afrontamiento activo tenían probabilidades más altas para involucrarse en la toma de decisiones²⁴. Una reciente revisión, de lectura muy recomendable, agrupa todos estos conceptos²⁵. Un enfoque desde el punto de vista sociológico nos muestra que clasificar a los pacientes simplemente como activos o pasivos respecto a su participación en la toma de decisiones es engañoso, porque los pacientes tienen distintos deseos según los distintos componentes del proceso de toma de decisiones. Se estudiaron cuatro componentes del mismo: conocimiento médico de la historia del paciente, comunicación al paciente de las opciones de tratamiento, debate de las opciones de tratamiento y elección del tratamiento. Un 57% querían mantener un control importante sobre las decisiones médicas y se consideran "autonomistas", mientras que un 39% eran "delegadores" de la responsabilidad en el médico. Un 81% de los primeros y solo un 41% de los segundos preferían discutir con el médico las cuestiones de tratamiento. El sexo femenino, mayor nivel educativo, una mejor percepción de la salud, un menor número de medicamentos recetados, y que tengan una duración inferior de la enfermedad predijo una probabilidad significativamente mayor de una participación más activa en el debate y en la selección de opciones de tratamiento²⁶.

¿Podemos entrenar a los pacientes en la toma de decisiones?

Un componente esencial para la atención clínica de calidad es un paciente informado y comprometido. Aunque algunos pacientes tienen la suficiente competencia y habilidades para participar en sus cuidados de salud, otros necesitan ayuda sobre todo cuando nos referimos al manejo de enfermedades crónicas. En este caso el reto es encontrar un punto de encuentro entre los clínicos y las prioridades personales, y poner en marcha los cambios requeridos.

El personal sanitario que entrena, muchas veces enfermería, les ayuda a desarrollar habilidades en la preparación de la consulta, que es muy importante, a deliberar entre varias opciones o a conseguir cambios en sus comportamientos.

¿Cuál es la evidencia de que este entrenamiento es efectivo en los tres aspectos citados? Una reciente revisión²⁷ muestra que tiene efectos positivos en los conocimientos del paciente, en el recuerdo de la información y en la participación en la toma de decisiones.

¿En que condiciones pueden tomar los pacientes decisiones responsables?

Los pacientes participan cada vez más en las decisiones sobre su salud. No sólo en el ámbito de su vida privada, sino también durante las consultas médicas, los pacientes recaban información, valoran opciones, firman consentimientos y deciden un determinado curso del proceso de atención. Una exigencia adicional en el trabajo del médico es que ponga en práctica habilidades que hagan lo más fácil posible la situación para el paciente, comenzando por reconocer su derecho a la información que va a ser facilitada, que deberá ser relevante y de forma comprensible, y que capacite al paciente para que tome una decisión responsable. A lo largo de su vida profesional, el médico desarrolla unos estilos de práctica clínica que influyen en la forma de llevar a cabo la consulta y de comunicarse con el paciente. Afortunadamente, en general la comunicación con el paciente no implica coste

emocional para el profesional, aunque sí requiere habilidades que se adquieren con la práctica.

Cuando el médico no se muestra emocionalmente implicado en su relación con el paciente y facilita que éste plantee preguntas, manifieste sus temores y preocupaciones, en definitiva, que participe durante la consulta activamente, logra aumentar claramente el grado de comprensión de la información clínica que le comunica. Por otro lado, se calcula que casi un 60% de los pacientes sobrestiman la probabilidad de que el tratamiento que se les aplica tenga resultados positivos en su caso²⁸. También sabemos que los pacientes suelen interpretar que las decisiones son, o bien las correctas, o bien las incorrectas, sin que exista a este respecto término medio²⁹, y que habitualmente está sensiblemente por debajo del 50% el número de pacientes que se consideran correctamente informados³⁰.

Recientemente, con la cada vez mas habitual utilización del **consentimiento informado** se ha reducido la variabilidad en la información, aunque no por ello se han evitado problemas éticos y de la transmisión de la información para que sea entendida y útil para que el propio paciente se corresponsabilice de la decisión adoptada. Este es un punto clave, puesto que las reformas legales y los cambios en el reparto de responsabilidad de la relación médico-paciente necesitan un reequilibrio, ya que el papel más activo del paciente debe ir acompañado de una asunción mayor de responsabilidades en la prevención, mantenimiento o recuperación de su estado de salud.

Pero para hablar de **corresponsabilización**, sin embargo, deberían darse algunos requisitos:

- que el paciente desee información sobre su estado de salud y pronóstico
- que quiera adoptar las decisiones sobre qué debe hacerse
- que entienda la información que se le da
- que esta participación en la decisión se demuestre útil.

Ya el primer punto es muy debatido. Aunque la mayor parte de la bibliografía apoya la idea de que el paciente desea estar informado y conocer las opciones terapéuticas y sus pros y contras, otros temas son objeto de debate^{31,32}.

Así, cuando se pregunta por sus preferencias a no pacientes y a pacientes de cáncer³³, la mayoría de los primeros (65%) prefieren que su médico comparta la información con ellos para tomar una decisión conjuntamente. En cambio, los segundos optan mayoritariamente (63%) por un médico que asuma un papel activo, que tome la decisión por ellos.

No siempre los profesionales se ponen de acuerdo sobre de qué hay que informar a los pacientes, y estos últimos tampoco tienen claro de qué desean ser informados³⁴. Lo curioso es que, si bien dentro de cada colectivo profesional existe una gran variabilidad sobre lo que consideran que debe comunicarse a los pacientes, cuando se comparan varios grupos de especialistas la variabilidad entre ellos se reduce bastante, y tienden a coincidir en qué es lo importante que debe decidirse³⁵. En otros términos, la información que recibe el paciente puede depender del profesional al que visite pero, acudiendo a distintos tipos de profesionales sucesivamente, se lograría toda la información que se precisa.

Los diferentes métodos ideados para reducir la variabilidad y hacer llegar a la información más relevante, tanto de forma individual como grupal, han sido analizados sucintamente. También se ha cuestionado quién debe facilitar la información: un médico, una enfermera o incluso un trabajador social. También se ha analizado el soporte más idóneo para informar al paciente, comparando entre sí información escrita e información gráfica. Otros han revisado las preferencias de los pacientes sobre qué tipo de información necesitan escuchar antes de tomar su decisión.

Básicamente se han desarrollado tres sistemas para hacer más sencilla y eficaz la tarea de informar a los pacientes. La primera se basa en el análisis de las posibles consecuencias de cada opción (análisis de decisión). Alternativamente, aunque con un coste muy superior, se han desarrollado programas interactivos que contienen la información relevante de ventajas e inconvenientes de cada opción, y con los que resulta más sencillo recoger toda la información pertinente de forma ordenada y en un lenguaje claro. Por último, las denominadas «tablas de decisión» son utilizadas por el paciente, quien las puede llevar a casa para discutir con los suyos la información más relevante y tomar su decisión.

En el primer caso, el paciente opta por un tratamiento u otro en función de la información que recibe sobre su eficacia, de la experiencia respecto a su efectividad en otros enfermos y, en algunos casos, gracias a la información sobre la calidad de vida que otros pacientes disfrutaban tras recibir ese mismo tratamiento.

La información que podría ser útil recabar puede resumirse de la siguiente manera³⁶: ¿es necesario el tratamiento, o el mismo resultado puede obtenerse por medios más simples?; ¿qué porcentaje de pacientes no responden de forma positiva?; ¿superan las ventajas a las posibles complicaciones?; ¿ofrece la suficiente calidad de vida tras su aplicación, o es un tratamiento inclemente?; ¿es un tratamiento insensato que agota la posibilidad de otros tratamientos o impide que otros pacientes obtengan el tratamiento? En el análisis de

decisión se capacita al paciente para que tome su decisión ofreciéndole información sobre la efectividad de las técnicas. Además, al paciente se le brinda información con la que calcular la utilidad de esa intervención o tratamiento, con el propósito de capacitarle par tomar una decisión.

Los programas interactivos para la toma de decisiones³⁷, con un coste muy superior, son programas de vídeo preparados para verse en un PC, que analizan de forma interactiva, para diferentes características del paciente (edad, sexo, sintomatología, historia médica, resultados en las pruebas diagnósticas), las distintas alternativas terapéuticas, ventajas, efectos secundarios, resultados de efectividad y, en general, la información disponible sobre cada una de acuerdo con los datos disponibles.

Las tablas de decisión recogen, normalmente con un gráfico de líneas muy sencillas, las ventajas y desventajas de cada una de las posibles opciones terapéuticas de que dispone el paciente según su proceso y condiciones de edad, complejidad, etc. Habitualmente incluyen información de tres elementos: alternativas terapéuticas, probabilidades de cada posible resultado y resultados esperables. El grado de comprensión de esta herramienta se considera muy alto (entre el 98⁵ y el 87,5%²⁷ de los pacientes declaran haber comprendido en su totalidad la información) y por lo general suelen ser de gran ayuda. Este tipo de ayudas para que los pacientes adopten una decisión parece que incrementa el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, hace que sea más probable que el paciente afirme que su médico le informó correctamente; contribuye a que el paciente no adopte decisiones «arriesgadas», y reduce el conflicto posterior sobre si la decisión adoptada era la mejor.

Una cuestión adicional es si el paciente, una vez tomada una decisión, se arrepiente de ella. Se han desarrollado dos cuestionarios para facilitar esta medida: la Escala de Satisfacción con la Decisión (SWD), que contiene 6 ítems y la Escala de Conflicto Decisional (DCS), que incluye 5 ítems y una medida de satisfacción con la decisión adoptada; la fiabilidad de la escala (0,81), los coeficientes de consistencia interna (0,78-0,92) y su validez avalan su empleo.

Lo que parece deducirse de los datos disponibles es que los pacientes que adoptan un papel más activo durante las consultas y formulan más preguntas son quienes menos se arrepienten de las decisiones clínicas que han adoptado (se han contabilizado un 50% frente a un 25% de satisfechos comparando a pacientes activos con pasivos durante la consulta)³⁸. Respecto a si participar en la toma de decisión representa alguna ventaja para los pacientes, parece que efectivamente así es. Guadagnoli y Ward 31 realizaron un análisis de la información disponible. Los 18 estudios revisados, que abarcan enfermedades diversas como diabetes, obesidad, hipertensión y diversos tipos de cirugía, indican que los pacientes se benefician de su participación en la toma de decisiones en términos de reducción de la estancia hospitalaria (en más de un día), de cumplimiento terapéutico en todos los casos, de una mayor reducción de peso en niños obesos, de rapidez de la recuperación tras la cirugía, de reducción del dolor, de mayor control de la presión arterial e, incluso, de ansiedad por el resultado.

¿Podemos valorar la capacidad de los pacientes para tomar las decisiones?

Es una de las cuestiones más difíciles de debatir y una contestación definitiva requeriría unos conocimientos profundos de derecho y bioética. La respuesta es esencial cuando tratamos del consentimiento informado, pero en nuestro comentario tan solo plantearemos un enfoque relativo a las implicaciones que tiene en nuestra actuación asistencial más habitual.

La capacidad de una persona se mide con dos criterios complementarios, uno cognitivo (entendimiento) y otro volitivo-afectivo (voluntad), pero en ningún sitio se establece claramente cuándo se satisfacen en un grado adecuado (estándares) ni cómo se miden (protocolos), dejándose por tanto al juicio profesional de los peritos en estas cuestiones –médicos, psicólogos, etc.–, cosa por otro lado coherente y comprensible, al faltar alternativas más fiables.

La evaluación de la competencia o capacidad de un paciente debe hacerse siempre en relación con la tarea concreta, mejor dicho, con la decisión sanitaria que está en juego. Un paciente puede ser capaz para hacer unas cosas y no otras, para poder tomar unas decisiones y no otras.

El elemento fundamental que diferencia unas decisiones sanitarias de otras, y que por tanto modula el grado de capacidad suficiente para tomar unas y no otras, es la repercusión que dicha decisión puede tener en la salud o la vida del propio paciente. Son, por tanto, las consecuencias de una posible decisión las que delimitan su complejidad y, ulteriormente, las que determinan el grado de competencia necesaria para tomarla.

Sin embargo, el hecho de que un paciente pueda tomar una decisión arriesgada, o que la mayoría de las personas estimarían poco razonable o insensata, no es, un criterio de incapacidad, pues con frecuencia dichas decisiones son, el resultado de la aplicación de las escalas de valores subjetivas, personales, de los pacientes, sobre las que suele ser arriesgado emitir juicios que las contradigan o condenen. Sin embargo, sí es cierto que ese

tipo de decisiones pueden funcionar como indicadores centinela de que debe realizarse una valoración más profunda de la capacidad de ese paciente. Si ésta resulta capaz, actúa voluntariamente y está informada, su decisión insensata será, no obstante, autónoma y deberá respetarse, aunque pueda costarle la vida. Pero también hay que señalar lo inverso: que todo el mundo considere una decisión sensata no es, necesariamente, un indicativo de que quien la toma es, capaz, aunque es lo que parece.

Los criterios de capacidad que se han ido desarrollando en medios anglosajones hacen referencia, a las aptitudes de los pacientes para recibir, comprender y procesar racionalmente información, tomar una decisión y comunicarla adecuadamente. Es decir, dichos criterios se fijan más en el procedimiento de génesis de la decisión, que en la decisión final misma. Los criterios de capacidad de White³⁹, son una excelente muestra de ello. Obviamente, el intento de aplicar esta experiencia a nuestro medio exige desarrollar, previamente, proyectos de investigación que permitan traducir y validar adecuadamente los criterios, estándares y protocolos que en dicha experiencia se han generado.

Criterios de capacidad de White¹⁵

- *Susceptibilidad de ser informado*
 - Aptitudes para la recepción de información
 - Aptitudes para reconocer la información como relevante
 - Aptitud para recordar la información
- *Capacidades cognitivas y afectivas*
 - Aptitud del paciente para autorreferenciar los acontecimientos que le suceden
 - Aptitud para razonar adecuadamente sobre las alternativas que se le ofrecen
 - Aptitud para jerarquizar las diferentes alternativas
- *Toma de decisiones*
 - Aptitud para seleccionar una de las opciones posibles
 - Aptitud para hacerse cargo de la decisión tomada y reafirmarse en ella
- *Revisión crítica del proceso de decisión*
 - Aptitud para contarle a otro cómo y por qué ha tomado una determinada decisión

La falta en nuestro medio de procedimientos de evaluación de la capacidad validados es un problema importante, pero no puede impedir la puesta en práctica de la teoría del consentimiento informado. En primer lugar porque los profesionales de la salud ya han venido haciendo desde siempre dichas evaluaciones de la competencia, basándose para ello en una mezcla de experiencia clínica, prudencia y sentido común. No podía ser de otro modo, porque si no hubiera sido así, no habría podido funcionar el sistema sanitario y se hubiera lesionado gravemente la vida o la salud de muchos pacientes. Pero es que además, por lo general, las valoraciones de los profesionales sobre la capacidad de los pacientes, y las decisiones que de ellas resultan, han sido bien acogidas y aceptadas por los familiares de éstos. Existe, por tanto, una buena base sobre la que construir posteriormente, poco a poco, una metodología de evaluación de la capacidad ética, jurídica y científicamente más sólida.

Sin embargo, también hay que reconocer que, hasta hace bien poco, muchas de las valoraciones de la capacidad hechas por los profesionales españoles estaban realizadas en el seno de una relación médico-paciente o enfermera-paciente típicamente paternalista o maternalista. Por ello, es muy posible que, con cierta frecuencia, estuvieran sustentadas por juicios sobre lo sensato o insensato de la decisión del paciente, en función de su grado de acuerdo o desacuerdo con la propia opinión del profesional. Sin embargo, actualmente el reconocimiento de los derechos del paciente y la potenciación de su autonomía requieren un planteamiento por parte de los profesionales de la salud orientado hacia la teoría de la ética del cuidado y de la presencia cuidadora de los mismos^{40,41}. Por ello, la transformación que en nuestro país están experimentando las relaciones sanitarias, pasando de los modelos paternalista o maternalista a modelos deliberativos y participativos, cuyo eje de aplicación práctica es la teoría del consentimiento informado, reclama el desarrollo de nuevos procedimientos de evaluación de la capacidad⁴². Dichos nuevos procedimientos tendrán que ser, al mismo tiempo, respetuosos con la autonomía de los pacientes cuando sean capaces, y protectores frente a sus propias decisiones cuando no lo sean totalmente.

Mientras tanto convendrá ir mejorando la manera en que los profesionales afrontan actualmente la evaluación de la competencia de sus pacientes. Cada profesional tendrá que elegir los criterios que le parezcan más adecuados, pero siempre deberán abarcar una exploración del área cognitiva y otra de la afectivo-volitiva. El grado de exigencia – tendrá que adaptarse a la complejidad de la decisión, esto es, será tanto más exigente cuanto más graves puedan ser sus repercusiones en la salud o la vida del paciente. Una cuestión sobre la que tampoco existe total claridad es sobre el papel que debe tener la familia del paciente en la evaluación de la capacidad. Parece lógico implicarla en la medida de lo posible, sobre todo porque la familia puede sufrir también las consecuencias de las decisiones sanitarias que, en función de esa determinación, se adopten.



© Revista Clínica Electronica en Atención Primaria, 2003