

El reto de la decisión compartida:

Un largo camino hacia la libertad en la relación médico-paciente

(publicado en el libro de resúmenes del Congreso de Medicina Familiar y Comunitaria de La Rioja, 20-21 junio 2008)

Daniel Figuerola

“De error en error, se descubre la verdad” (S Freud)

“Muchas personas podrían aprender de sus errores sino estuvieran tan ocupadas negando que los han hecho” (Harold J. Smith)

Nuestra casa no es dónde vivimos, sino dónde nos entienden” (Christian Morgensteren)

Los avances científicos de finales del siglo XIX y especialmente del siglo XX confieren al médico un poder enorme. El conocimiento llega a ser de tales dimensiones que ya no puede ser compartido con los pacientes y el profesional de la salud se otorga – por primera vez probablemente en la historia – la facultad de tomar las decisiones en beneficio de sus pacientes.

En el último tercio del siglo XIX, la profunda democratización de muchas sociedades occidentales, el bienestar económico que la acompaña, el acceso a la Universidad de importantes grandes capas de población y sobre todo la aparición de Internet, ha devuelto el conocimiento médico a la sociedad y en cierto modo ha creado las bases para un nuevo paradigma, el de la decisión compartida.

Como sucede frente a cualquier cambio, existen barreras y resistencias, en buena medida relacionadas con el miedo a la pérdida del poder por parte de quienes lo detentan, como los profesionales de la salud. Además, en muchas ocasiones son las propias “víctimas”, es decir los pacientes, quienes no desean cambiar un “statu quo” en el que también obtienen beneficios inmediatos. A este estado de cosas contribuye sin duda un Estado cada vez más protector e intervencionista como el caso del español por ejemplo.

La idea de la decisión compartida se inscribe en la filosofía del “*empowerment*” cuya traducción al español es poco menos que imposible (“apoderamiento” en sentido literal) y cuyo concepto podría resumirse como “el descubrimiento y desarrollo de la capacidad innata para ser responsable de la propia vida”. Para que se cumpla el proceso, las personas deben tener:

- suficientes conocimientos para tomar decisiones racionales.
- suficiente control
- suficientes recursos para implementar sus decisiones
- suficiente eficacia para evaluar la eficacia de sus acciones.

La idea del “*empowerment*” es ciertamente revolucionaria porque es incompatible con la creencia – ¡enormemente extendida! – de que el objetivo de la educación es cambiar la conducta de los pacientes para adaptarlas a las recomendaciones (cumplimiento o “adherence” en inglés). Por otra parte es

totalmente contraria al abordaje maternal de la educación de pacientes que está basada en la asunción de que los profesionales de la salud sabemos lo qué conviene a nuestros pacientes y somos más capaces que ellos para desarrollar estrategias encaminadas a su autocontrol.

La decisión compartida se basa en la confianza y el respeto. Escuchar a los pacientes sin juzgarlos es un acto de compasión (“tener pasión con”) que implica respeto y reafirma la validez de su experiencia. La atención no crítica sirve de espejo para que los pacientes se vean a si mismos como realmente son.

Dos requerimientos previos a la decisión compartida son:

- a) crear un ambiente en el que el paciente se sienta seguro y aceptado.
- b) Proporcionar al paciente los conocimientos y habilidades necesarios para convertirse en actor de sus propias decisiones.

Los cinco peldaños de la decisión compartida son:

- 1.- identificar el problema.
- 2.- explorar sensaciones, sentimientos.
- 3.- definir objetivo/s.
- 4.- definir una estrategia.
- 5.- evaluar el resultado.

Entrar decididamente en la filosofía del *empowerment* es adoptar un nuevo paradigma, es decir “no el simple resultado de una nueva información, sino una transformación perceptiva de una nueva manera de ver la información existente” (Tomas Kunhn)