

■ ORIGINALES

El paciente como centro del seguimiento farmacoterapéutico

The patient: center of pharmaceutical care

L. Tuneu i Valls¹, M.M. Silva-Castro²

¹Doctora en Farmacia. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Experto en Seguimiento Farmacoterapéutico. Farmacéutica adjunta Hospital «Sant Pau i Santa Creu». Barcelona. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

²Química Farmacéutica. Máster en Atención Farmacéutica. Experto en Seguimiento Farmacoterapéutico. Asesora técnica del Programa Dáder de Seguimiento Farmacoterapéutico. Miembro del Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada

FINANCIACIÓN

Tanto el Servicio de Farmacia del Hospital «Sant Pau i Santa Creu» como el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada tienen especial interés en el seguimiento farmacoterapéutico, y han recibido patrocinio de fondos públicos y privados para llevar a cabo proyectos de investigación relacionados con este tema, aunque no para esta revisión bibliográfica en concreto.

RESUMEN

El modelo asistencial tradicional está centrado en la deducción racional de la mejor opción que el profesional obtiene a partir de un análisis sobre aquella información, que él considera relevante según su criterio. Sin embargo, toda práctica asistencial correcta ha de basarse en sus protagonistas: los pacientes. Conocer y entender sus emociones, sus sentimientos, sus valores, sus expectativas y sus prioridades de vida, es el paso previo e imprescindible para escoger, no sólo la mejor opción, sino la más ligada a su estilo de vida y necesidades. El seguimiento farmacoterapéutico es una práctica asistencial centrada en el paciente, quien, si quiere, puede participar activamente en la toma de decisiones y ser capaz de responsabilizarse de su farmacoterapia, actuando como un agente más del sistema sanitario. En el seguimiento farmacoterapéutico el farmacéutico acredita las necesidades del paciente con la medicación; por tanto, se recomienda el modelo de relación de decisión compartida, que ha demostrado mejores resultados en términos clínicos y humanísticos.

Correspondencia:

M.M. Silva-Castro.
Facultad de Farmacia. Campus de Cartuja, s/n. 18071 Granada
Correo electrónico: atencfar@ugr.es

Palabras clave: Atención al paciente. Cuidado centrado en el paciente. Relación paciente-profesional de la salud. Participación del paciente. Modelos de relación de decisión compartida. Satisfacción del paciente. Aceptación del paciente de cuidado asistencial. Resultados humanísticos. Seguimiento farmacoterapéutico. Servicios farmacéuticos.

ABSTRACT

The traditional care model is centered around the rational deduction of the best option, which the professional obtains from the analysis of the information that he considers to be relevant, according to his criteria. Nevertheless, every correct health care practice has to be based on its real focal point: the patients. Knowing and understanding their emotions, their feelings, their values, their expectations and their life priorities is the initial and indispensable step to choosing, not only the best option, but the option most suitable to his way of life and needs. Pharmaceutical care is a health care practice that is centered around the patient in which, if he wants, he can take an active part in decision making and assume responsibility for his drug therapy, acting like another agent of the health system. In pharmaceutical care, the pharmacist establishes the needs of the patient with the medication. Therefore, a shared decision-making model is recommended, as it has been shown to achieve better results in terms of both clinical and humanistic outcomes.

Key words: Patient Care Management. Patient-Centered Care. Professional-Patient Relationship. Patient Participation. Shared Decision-Making Model. Patient Satisfaction. Patient Acceptance of Health Care. Humanistic outcomes. Pharmaceutical Care. Pharmaceutical Services.

Introducción

Clásicamente, el modelo asistencial se ha centrado en el profesional y en la enfermedad, más que en el propio paciente. En dicho modelo, el profesional obtiene la información que necesita para realizar un diagnóstico correcto, da la información que considera oportuna y toma las decisiones necesarias para el tratamiento más apropiado para el paciente. Este modelo puede haber sido consecuencia de que la asistencia sanitaria especializada necesita para desarrollarse una profundidad tal de conceptos y técnicas, que se corre el riesgo de perder la perspectiva humana en el cuidado de los pacientes, lo que comporta que la práctica asistencial termine centrada en los conocimientos sobre la enfermedad y en los intereses del profesional, más que en las personas atendidas.

Ante esta realidad, ha surgido el concepto de «cuidado centrado en el paciente» (*patient-centred care*), desarrollado por diversas corrientes asistenciales¹⁻³ como un reenfoque de la medicina que parte de la necesidad de incorporar en la práctica la perspectiva del paciente. Por ello, se crea un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades que conforman un modelo preciso donde predominan los siguientes aspectos: a) la cercanía y la continuidad del cuidado; b) el papel psicológico y social del proceso salud-enfermedad, y c) la necesidad del paciente de asumir un papel activo en la toma de decisiones relacionadas con su salud⁴.

Desde esta perspectiva, este modelo asistencial se está trasladando a la profesión farmacéutica a través del concepto de *pharmaceutical care*. Ésta es una práctica asistencial centrada en los pacientes, que pretende resolver los problemas de salud que éstos sufren derivados de la farmacoterapia⁵. Como han descrito Cipolle et al.⁶, el seguimiento farmacoterapéutico es un único proceso de asistencia al paciente que representa una secuencia lógica, sistemática y global para la detec-

ción, prevención y resolución de los problemas de salud relacionados con los medicamentos. De modo que ésta es la parte central del ejercicio profesional que es visible y tangible para el paciente, ya que corresponde a la interacción cotidiana entre el farmacéutico y el paciente. El seguimiento farmacoterapéutico es el modo en que el profesional atiende realmente las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos de la farmacoterapia (necesaria, efectiva y segura). Aunque lo que pueda producirse en el contexto de la práctica profesional individualizada varía con cada paciente y con cada farmacéutico. Por ello, hay que garantizar que se mantenga el mismo proceso de asistencia para cada paciente. Las diferencias deben ser lo suficientemente pequeñas y compatibles para seguir obedeciendo a la filosofía de la atención farmacéutica. Por tanto, el seguimiento farmacoterapéutico debe tener una estructura y unas características suficientemente comunes para ser identificadas de un día a otro, de un farmacéutico a otro⁷. En definitiva, el seguimiento farmacoterapéutico es una práctica asistencial centrada en el paciente, en la que éste es el único protagonista. Las preguntas que surgen, entre otras, son las siguientes: ¿qué es ser un paciente?, ¿qué significa estar enfermo?, ¿cómo se detectan sus necesidades?...

¿Qué entendemos por paciente?

Después de realizar una búsqueda exhaustiva sobre definiciones de «paciente», sorprende descubrir que en el entorno sanitario es difícil encontrar una definición que no esté circunscrita a la recepción de un servicio sanitario. La World Organization of Family Doctors (WONCA) define al paciente como «la persona que recibe o contrata servicios o asesoramiento sanitario de un profesional»⁸. En la legislación se define al paciente como «la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud»⁹. En la terminología científica (MeSH) está considerado como un participante individual en el sistema sanitario con el propósito de recibir procedimientos terapéuticos, diagnósticos y preventivos¹⁰.

En todo caso, después de una reflexión profunda se advierte que es lógico el hecho de que no se haya definido

al paciente como tal, porque cada uno es una persona distinta y, por tanto, hay que «definirla» de manera individualizada y personalizada, no sólo según el grado, el tipo de enfermedad y los síntomas relacionados, sino también en función de sus expectativas, miedos, valores y razones de vida.

En las definiciones anteriores, el aspecto que se considera desde la perspectiva humana es que se trata de una persona y, entre líneas, se entiende que requiere ayuda de otra para la recuperación de su salud. En este sentido, parecen más acertadas las definiciones que ofrece la Real Academia de la Lengua, que describe que el paciente es «la persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica». También lo define como «la persona que es o va a ser reconocida médicamente»¹¹.

Lo cierto es que cualquier práctica asistencial debe basarse en sus protagonistas, los pacientes, y obviamente, el enfoque debe ajustarse a sus necesidades. Por ello, Edelson retoma un concepto a veces olvidado, aunque de indudable relevancia: «una de las cualidades principales de un profesional de la salud es su interés en lo humano»¹². De esta manera, sólo retomando la parte «humana» de los procesos asistenciales, es posible reflexionar acerca de qué es la salud y la enfermedad para las personas, según las circunstancias en que la padecen.

La salud de los seres humanos

La concepción sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. En el día a día, la recuperación de la salud es lo que une a los profesionales sanitarios con los pacientes. Pero, ¿qué se entiende por salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. La OMS parte de un concepto que se centra en el bienestar individual. Sin embargo, debería considerarse también que la salud corresponde a toda la capacidad del ser (física, emocional y espiritual) para poder existir en función sus proyectos vitales.

Para desarrollar la vida se necesita tener salud. «Vivir» no es simplemente «estar». Existir implica una actividad interna de las personas para superar los obstáculos que en el día a día encuentran a su paso. La vida biológica,

junto con sus aspectos psicológicos, se encuentra en el hombre impregnada de inteligencia, libertad y decisiones. Es decir, para el ser humano, es una realidad compleja, biológica, psicológica y espiritual que le permite actuar con inteligencia y voluntad, llevando a cabo actividades que no pueden realizar los otros seres vivos¹³.

En el aspecto psicosocial, las condiciones de salud se encuentran vinculadas al estilo de vida, que se define como «el conjunto de pautas, conducta y hábitos cotidianos de una persona». El estilo de vida es una forma de vivir, relacionada directamente con los aspectos de la salud en el que influyen de manera inherente los aspectos culturales, que las personas o grupos reciben¹⁴. La cultura, con sus valores y costumbres, determina de forma explícita o implícita aspectos subjetivos del mantenimiento de la salud y del desarrollo de la enfermedad de cada individuo en particular.

El individuo sano tiene la capacidad funcional para vivir el día a día, pero cuando aparecen alteraciones del funcionamiento normal, existen dificultades para el desarrollo normal de su actividad, sin que necesariamente le impidan vivir. Las alteraciones o lesiones leves, que no ponen en peligro la vida, pueden considerarse enfermedad, ya que el malestar que producen dificulta la actividad normal de la vida.

La enfermedad como un estado del ser

La enfermedad ha sido entendida como un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez¹⁵. Este concepto corresponde al modelo biopsicosocial^{16,17}, que se basa en el entendimiento de cuáles son los factores psicológicos, sociales y biológicos que intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y prevención.

Esta definición contempla a los pacientes no sólo desde el punto de vista biológico, sino psicológico y social. Pero, paradójicamente, estos tres aspectos no están integrados con frecuencia en la práctica asistencial, de modo que se atienden cada uno de ellos por separado. La salud y la enfermedad son estados que afectan a las personas en su integridad, y así deben ser comprendidos por quienes tratan a los pacientes. Aunque se estudien las enfer-

medades, en realidad existen enfermos, con lo cual deben considerarse aquellas como un acontecimiento personal que afecta a la vida de un ser humano.

El concepto de enfermedad resulta huidizo, una vez se renuncia a considerar su existencia objetiva y se acepta su carácter de «construcción social», un paso difícil, pero ineludible adoptando perspectivas históricas, antropológicas o sociológicas¹⁸. La definición de un proceso como enfermedad puede hacerse desde una instancia exterior (mirada externa del profesional) o desde una interna (autopercepción)¹⁹.

Percepción, estado emocional y reacción del paciente ante la enfermedad

La objetividad no existe cuando las personas están enfermas²⁰. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que se deben tener en cuenta. Hay muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud²¹.

Cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad se convierte en una persona con miedo (emoción), más que nada porque ha perdido el control de su vida y no sólo porque la enfermedad ha tomado el control de su cuerpo, sino porque él es incapaz de resolver este problema por sí mismo. Es más, tiene que acudir a profesionales que, en un primer momento, son personas extrañas que le recomiendan una serie de estrategias en un lenguaje abstracto que le cuesta asimilar y comprender al primer instante²².

La enfermedad es una vivencia que deja huella consciente o inconscientemente en el individuo²³. Esta vivencia se adscribe dentro de los fenómenos psíquicos y de interiorización en el individuo. Es una reacción psicológica suscitada por una experiencia intensamente vivida, que puede resultar frustrante ante la imposibilidad de satisfacer sus necesidades²⁴. En principio, debe considerarse que el paciente aqueja:

- Incomodidad y molestias. El individuo puede presentar sensaciones de malestar que pueden llegar a convertirse en dolor físico y psíquico.

- Alteración de las capacidades vitales del individuo, que van desde la imposibilidad de llevar a cabo sus actividades cotidianas hasta la aparición de problemas graves en sus relaciones con el entorno.
- Aislamiento. Independientemente del cuidado que reciba, la enfermedad solamente la vive el individuo que la padece. Incluso puede dar lugar a un sentimiento de injusticia al observar que no puede realizar lo mismo que los demás, o que no puede expresar realmente lo que le está sucediendo.
- Miedo y temor al fracaso, a no recuperarse, a ser diferente y, principalmente, al dolor.
- Ruptura del proyecto existencial. Impide a la persona desarrollar sus aspiraciones, sus propósitos y sus acciones vitales.

La psicología médica ha estudiado las reacciones de las personas ante la enfermedad, que no son necesariamente permanentes y, en general, se recobran cuando se recupera el estado de salud. Los profesionales de la salud deben conocer la posibilidad de que sus pacientes experimenten las siguientes reacciones:

- **Ansiedad.** Desde el punto de vista clínico, es una emoción compleja, difusa y desagradable que se expresa con sentimientos de temor, tensión y emoción. Se acerca al miedo, pero se diferencia en que éste es un sentimiento producido por un peligro presente o inminente, mientras la ansiedad es la anticipación ante un peligro. En el momento en que el paciente conoce el diagnóstico de una enfermedad, la ansiedad es vaga y menos comprensible. En el enfermo la ansiedad tiene diferentes manifestaciones:
 - Nivel cognitivo: sentimientos de aprensión, tensión emocional, miedo, dificultad para superar un problema, baja autoestima.
 - Niveles fisiológicos: alteraciones del sistema nervioso autónomo, el sistema cardiovascular, el aparato respiratorio y el sistema muscular. Éstas se expresan como palpitaciones e hiperventilación, entre otras manifestaciones.
 - Nivel motriz. Son el resultado de una interacción fisiológica y cognitiva. Se pueden caracterizar por temblores, tartamudeo, reacción de huida y sensación de pánico.

- **Regresión.** Se refiere a una conducta que no corresponde con la edad cronológica y se motiva por la propia enfermedad. La persona sana con un rol activo pasa a estar enferma y adquiere un rol pasivo, por el estado de dependencia. El paciente siente que empieza a ser el centro de cuidados inusuales, deja de ser él mismo y se vuelve dependiente de los demás. Propiamente en entornos hospitalarios, algunas veces el enfermo se vuelve caprichoso y rebelde, pierde su identidad y se convierte en objeto de cuidados. Está muy irritable, tiene actitudes de rebeldía frente a la alimentación y a la medicación, puede tener miedo a quedarse solo, acusa al entorno de no esforzarse en su cuidado y tiene baja tolerancia a la frustración.
- **Evasión.** Se usa como medio de escapar de las dificultades de su vida. El paciente puede exagerar los síntomas y minimiza los efectos del tratamiento. En algunas personas se ponen de manifiesto porque viven su enfermedad como algo insoportable. A través de la enfermedad intentan la evasión del problema y el paciente puede generar la ruptura de sus vínculos con su entorno social. Esa retracción se acoge como una situación legítima para evitar otras desagradables. También puede volverse introvertido cuando sus intereses están propiciando el egocentrismo, con lo cual abandona las relaciones exteriores para centrarse en su problema.
- **Negación de la realidad.** La persona niega la enfermedad o le resta importancia, evitando implicarse en su problema. Esta negación puede ser parcial o total. Aparece inmediatamente después del diagnóstico, por lo que puede constituir un obstáculo para el tratamiento rápido. Con esta reacción disminuyen los niveles de ansiedad del paciente como mecanismo protector frente al miedo que provoca la enfermedad.
- **Sentimientos de culpa.** Implica mecanismos autopunitivos. El paciente se siente culpable de su enfermedad, por lo que se aísla y se deprime.
- **Entrega a la enfermedad.** Los pacientes pueden sentir y vivir la enfermedad como un castigo merecido y justo. También hay casos en los que intentan obtener beneficios de su enfermedad buscando la liberación de responsabilidades y exigen ayuda externa (accidentes laborales). En otras personas la enfermedad propicia una observación de su propio

organismo y la proliferación de sus temores, como los hipocondríacos.

Al describir estas reacciones, se invita a los profesionales sanitarios a que, independientemente de sus intervenciones, comprendan que deben apoyar a sus pacientes en la superación de la enfermedad, brindarles serenidad, orientar el deseo de curarse y colaborar con sus familias. Se debe apoyar firmemente la comprensión de la responsabilidad personal frente a la enfermedad, incluso si esto implica un replanteamiento de la vida de los pacientes. Se trata de enseñarles a aceptar a vivir con la enfermedad y no para la enfermedad, o contra ésta.

Expectativas del paciente en el proceso salud-enfermedad

La comunicación médico-paciente es la mejor de las tecnologías disponibles en el proceso diagnóstico-terapéutico²⁵. Considerar las expectativas y perspectivas de los pacientes consiste en situar a los pacientes como un «sujeto» –y no sólo como «objeto»– de la atención sanitaria²⁶. En esta línea se han desarrollado estudios donde se da a los pacientes la posibilidad de expresar sus deseos y expectativas de forma abierta basándose en sus experiencias^{27,28}. La comunidad médica se ha pronunciado ante el deber de fomentar una ciencia de la relación basada en la evidencia: los sentimientos, las percepciones y las preocupaciones del paciente y de los profesionales sanitarios²⁹.

En este sentido, los aportes de los pacientes se están reconociendo como fuentes de conocimiento sanitario prioritario y relevante. Como ejemplos importantes de ello, hay que considerar los siguientes: a) National Institutes of Health, que contiene el recurso web www.medlineplus.org dirigido a pacientes³⁰; b) sección Consumer Network de la Colaboración Cochrane, que actualmente redirige al portal Informed Health Online³¹, y c) Instituto de Salud Británico en su servicio *on-line*, denominado NHS direct³². Incluso diversas empresas (no todas estrictamente sanitarias) buscan ganar la confianza o la adhesión de sus usuarios mediante aportes de conocimiento²⁶.

En la bibliografía se constata que en los pacientes se dan «resultados cognitivos», relacionados con la per-

cepción adecuada del riesgo, los cambios en su conducta y el cumplimiento del tratamiento^{33,34}. Sin embargo, recientemente han cobrado interés los «resultados afectivos», como la satisfacción con la consulta^{35,36}, la disminución de la ansiedad y la certidumbre (o al menos la confianza) de haber escogido la pauta terapéutica apropiada³⁷. Edwards et al. han identificado los beneficios que derivan de la participación de los pacientes en los servicios sociosanitarios³⁸. De los resultados de su estudio, se puede establecer que los pacientes:

- **Quieren participar en el proceso de toma de decisiones.** Destacan la importancia de sentirse respetados y contribuir de forma importante en todo el proceso de toma de decisiones.
- **Demandan información.** La información no sólo debe brindarse sistemáticamente, sino que debe ser completa, clara y veraz. Debe especificar opciones y alternativas.
- **Solicitan atención y planes de cuidado individualizados.** Los pacientes aprecian que se les trate personalmente, que sus cuidados se adapten particularmente a sus circunstancias clínicas.
- **Necesitan tener más contacto con los profesionales sanitarios.** Los pacientes manifiestan que requieren más de un contacto con el profesional para que se produzca una adecuada valoración de su caso, y preferiblemente que este profesional sea el mismo.
- **Quieren implicarse más con el equipo sanitario.** Consideran que la implicación dependerá de la naturaleza, la gravedad y la cronicidad de su afección. Los pacientes tienden a valorar más la percepción subjetiva de la implicación en la toma de una decisión que en la contribución real que hayan podido ejercer.
- **Desean disminuir la ansiedad y tener una mayor certeza de haber escogido el tratamiento adecuado.** Los pacientes reconocen que los anteriores aspectos contribuyen a la sensación de tranquilidad y seguridad frente a cualquier tratamiento.

Relación entre el paciente y los profesionales de la salud

Tal como se ha dicho anteriormente, la relación entre el profesional de la salud y el paciente forma parte de manera indivisible de la terapia³⁹. Sólo una buena relación

permite conocer a fondo las necesidades del paciente y, por tanto, ayudarle a conseguir un alivio. Ésta es una relación en que básicamente interaccionan dos personas con percepciones y experiencias individuales distintas, una en su papel de profesional y la otra de paciente. Es decir, es una relación relativamente asimétrica, ya que una de las partes solicita ayuda a la otra para recuperar o mantener el bien máspreciado, que es su salud. Por ello, la parte menos afectada, el profesional, tiene que desarrollar todas las habilidades de comunicación para establecer una base de confianza que permita a la parte más implicada, el paciente, vencer sus miedos para explicarle sus necesidades y preocupaciones reales.

Es difícil establecer cuáles son las bases de una buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, ya que cada tipo de relación que se establece es distinta, no sólo en función de cada profesional o de cada paciente, sino también de las expectativas marcadas, el tipo de enfermedad, su gravedad y evolución. Además, ésta es una relación dinámica que va modificándose según los diferentes contextos y la evolución de los lazos afectivos. Sin embargo, el sentido común y la bibliografía apoyan la evidencia de que el 100% de los pacientes desea que sus referentes en salud les apoyen, les escuchen, les expliquen con claridad su situación y les presten una atención personalizada⁴⁰. Sin embargo, este tipo de necesidades raramente se cubren y, por tanto, muchos tratamientos dejan de ser efectivos, la mayoría por falta de cumplimiento o por falta de una adecuada selección previa ajustada de los tratamientos a las prioridades del paciente. Ante ello, los profesionales de la salud responden con huidas hacia delante, como el cambio continuo de tratamientos, la derivación a otros profesionales de la salud o la publicación de unas tasas de incumplimiento que sólo consiguen escandalizar.

Factores que facilitan la relación entre el profesional de la salud y el paciente

Varios factores podrían explicar las barreras más frecuentes respecto a la relación entre el profesional de la salud y el paciente:

La empatía

En un escrito publicado en JANO⁴¹ se describen las características ideales que debe tener un paciente a los

ojos de un médico de familia: que no acuda demasiado a menudo a la consulta, que sea concreto en sus demandas, que explique un solo motivo de consulta y no refiera síntomas imprecisos o raros, que demuestre estima y respeto a su médico, que su trato sea amable y considerado, que no haga preguntas «ni se pase de listo», que cumpla con la medicación, que sea puntual, que no se automedique y que sea muy cooperador. Analizando todos estos requisitos, es evidente que ningún ser humano nunca será un «buen paciente», porque todos ellos se alejan del comportamiento humano, especialmente cuando las personas temen haber perdido el control de su vida. La salud y la enfermedad son estados auténticamente ligados a la vida y a la condición humana; por tanto, han de entenderse como tales para detectar cuál es la reacción individual del paciente, aunque para ello hagan falta grandes dosis de empatía. Si no hay empatía por parte de los farmacéuticos nunca se sabrá cómo darle al paciente lo que necesita. Inevitablemente, sólo si el farmacéutico se pone en el lugar del paciente, le podrá informar sobre el plan terapéutico más adecuado en un lenguaje plano, coloquial y asequible, ajustado a sus circunstancias.

La realidad muestra que los profesionales de la salud muchas veces no son capaces de empatizar y, concretamente, de percibir el grado de estrés o de confusión de sus pacientes. En un estudio cualitativo, en el que cinco médicos oncólogos debían informar a sus pacientes que padecían un cáncer, se observó que sólo uno de ellos fue capaz de detectar el grado de estrés de su paciente⁴². Este dato contrasta con otro estudio publicado, en el que los oncólogos se autoperceben como satisfechos en sus habilidades de comunicación con los pacientes⁴³. Este desajuste se debe, básicamente, a la dificultad que supone ponerse en la piel del otro. Y es que «no sólo es necesario ver el grano, sino que hay que intentar sentir el picor». Sin embargo, el principio de la empatía es especialmente difícil en determinadas situaciones en que el profesional de la salud padece también un alto grado de estrés. Tener que resolver un tratamiento o dar malas noticias son situaciones que colocan al profesional en una actitud defensiva, poco permeable, que impiden con frecuencia la escucha activa y, con ello, la dificultad de retroalimentación con las percepciones y las necesidades de los pacientes.

El tiempo

Éste es un requisito especialmente importante, no sólo por el tiempo de contacto con el paciente (cantidad), sino por cómo se emplea en comunicarse con él (calidad). El conocimiento entre dos personas es la base de la confianza en la que deben moverse dos interlocutores para que el mensaje sea el adecuado y para que éste sea percibido como tal. Difícilmente si no hay tiempo, se podrá generar un diálogo, se podrán hacer preguntas y buscar las respuestas más adecuadas, se podrán conocer creencias, preocupaciones y emociones. En un estudio que analizaba la gestión del tiempo en una consulta médica de 20 minutos de duración se observó que sólo se empleaba un minuto en la discusión del tratamiento y su planificación⁴⁴. En otro estudio, en una consulta médica de pacientes ambulatorios, se observó que menos de la mitad de los médicos inquiría a sus pacientes si querían hacerles alguna pregunta⁴⁵.

Evitar las falsas expectativas y las ideas preconcebidas

Las falsas expectativas y las ideas preconcebidas son unas de las barreras más difíciles de superar. En muchas ocasiones, el paciente espera del profesional de la salud que actúe como un chamán, es decir, que sea capaz de actuar milagrosamente reparando la enfermedad, mientras que en otros la expectativa se reduce a una triste receta paliativa ante la inevitable «levedad del ser». Y es que cada paciente acude a un profesional de la salud por diferentes razones; cuando no se cumplen tales expectativas, el profesional es automáticamente rechazado. Por otra parte, el profesional de la salud también tiene expectativas con los pacientes, de manera que espera una confianza incondicional o una participación activa en la toma de decisiones en la que es posible que el paciente no desee participar. Por tanto, antes de tomar ninguna decisión, el farmacéutico debe conocer el contexto en que se mueve, cuáles son las realidades y ajustar éstas a las expectativas. Hay que conocer y dar a conocer lo que cada uno puede aportar, poniendo el «marcador a cero» en cada contacto. La actitud del profesional de la salud es básica, y es imprescindible que actúe con honestidad y sensibilidad⁴⁶.

Tipos de relación entre el profesional de la salud y el paciente

Entendiendo que cada relación ha de ser individualizada, la evidencia científica demuestra que determinados estilos de relación son más eficaces que otros en el cumplimiento de las terapias, la satisfacción de los pacientes e incluso la propia evolución de los problemas clínicos⁴⁷⁻⁴⁹. Podríamos reconocer cuatro tipos básicos de relación entre el profesional de la salud y los pacientes, atendiendo al grado de control que ejercen cada uno de ellos en esta interacción³⁹.

Modelo paternalista

El profesional de la salud domina la relación decidiendo qué es lo que el paciente debe hacer, y éste tiene una actitud de aceptar de buen grado la autoridad cooperando con los consejos dictados. Éste ha sido el modelo de interacción más vigente hasta bien entrada la década de 1960, y actualmente sigue siendo el más prevalente, sobre todo cuando el paciente es mayor y/o presenta un bajo nivel cultural.

Modelo consumista

En este caso, es el paciente quien controla esta interacción, y es quien decide quién y cómo le ha de ayudar. El paciente se perfila como un consumidor de servicios sanitarios que va utilizando según su demanda. Suele observarse en pacientes jóvenes, con un alto nivel cultural, más escépticos, pero también más asertivos y demandantes. Mientras las peticiones de los pacientes parecen «razonables», la relación funciona, aunque siempre queda la duda sobre el grado de confianza del paciente y de si el profesional está siendo utilizado.

Modelo ausente

Ni los profesionales de la salud ni los pacientes tienen un control real sobre esta interacción. Ninguna de las dos partes se implica lo suficiente y, por tanto, nadie toma decisiones. En este tipo de relación es frecuente que el paciente abandone al profesional de la salud. Desgraciadamente, este modelo puede ser muy prevalente entre los farmacéuticos que se inician en seguimiento farmacoterapéutico, en el que la toma de decisiones se vive con una cierta angustia y en el que la figura del médico aparece como una excusa para la adjudicación de responsabilidades.

Modelo mutua

Es el modelo que resalta la «coparticipación». Las decisiones se toman después de que ambas partes hayan expuesto sus valores. El paciente expone sus prioridades, miedos y preocupaciones, y el profesional de la salud explica con evidencia científica los riesgos y los beneficios de cada una de las alternativas terapéuticas. Es decir, se trata la enfermedad desde dos puntos de vista, el del profesional y el del paciente. A partir de ese momento, se buscan aspectos comunes respecto a los que tomar decisiones. Dentro de este modelo mutua, hay diferentes tipos de interacción en función del grado de responsabilidad que asume cada parte²²:

- **El profesional actúa como agente de salud.** En este caso la decisión final la toma el profesional, quien, conociendo la perspectiva y los valores del paciente, decide cuál es la mejor opción terapéutica.
- **Modelo de decisión informada.** El paciente es quien toma la decisión final, teniendo en cuenta los pros y los contras que le ha expuesto el profesional.
- **Modelo de decisión compartida.** Ambos interlocutores pactan la decisión. Por tanto, éste es el tipo de modelo deseable, ya que el control y el poder de la relación están equilibrados. En este caso, la responsabilidad moral de la decisión está al 50% entre ambos interlocutores. Este modelo se denomina «sistemático» cuando se involucra en la decisión a la familia³⁹.

El modelo de decisión compartida es el más óptimo, puesto que adapta la evidencia clínica que proporciona el profesional de la salud con los valores y las prioridades de cada paciente, que obviamente son individuales y, en algunos casos, pueden no coincidir con las decisiones de los profesionales⁵⁰. Un ejemplo de ello es el estudio realizado en pacientes terminales, especialmente los que tenían hijos a su cargo, en los que los pacientes aceptaban opciones terapéuticas tóxicas si podían obtener algún beneficio clínico por pequeño que éste fuera⁵¹.

Un problema que puede aparecer con el modelo mutua de decisión compartida es que los pacientes escojan una «opción terapéutica equivocada», es decir, se tome una decisión «médicamente errónea» porque para el paciente prevalezcan los efectos sociales por encima de

los clínicos. Un ejemplo clave de ello es la utilización de corticoides en el asma: muchos niños incumplen con el tratamiento de base antiinflamatorio por el «miedo irracional» que tienen sus padres sobre este tipo de medicamentos; en este caso, la recomendación es no presionar, ni manipular al paciente, ni mucho menos discutir. Es recomendable aceptar la decisión y, obviamente, incorporar fuertes dosis de paciencia y tranquilidad en el proceso de educación sanitaria para que de alguna manera el paciente llegue a conocer los beneficios reales de este tipo de tratamiento.

Aunque el modelo mutuo de decisión compartida es el que mejores resultados obtiene en términos clínicos, humanísticos y emocionales⁵⁰, es posible que muchos pacientes no lo deseen y, en este caso, también sus preferencias deben ser respetadas. Un estudio cualitativo nos muestra que los pacientes prefieren que los profesionales tomen inicialmente las decisiones terapéuticas para intervenir ellos posteriormente, cuando puedan describir su experiencia con los tratamientos⁵². Esto sucede, especialmente, cuando los pacientes empeoran o el diagnóstico es más grave. En estos casos, los pacientes siguen queriendo disponer de todo tipo de información y continúan apreciando el hecho de poder decidir en un momento determinado; sin embargo, el miedo, así como las limitaciones físicas o emocionales que padecen, hacen que con frecuencia se sientan más cómodos dentro del modelo paternalista que de alguna manera los descarga de responsabilidades⁵³. En un estudio realizado en 1.012 mujeres con un diagnóstico reciente de cáncer de mama, un 15% respondió que fueron incitadas a tomar una decisión clínica compartida, lo cual agravó su miedo por las responsabilidades que este proceso involucraba⁵⁴.

Sea cual sea el modelo de atención al paciente, éste debe ser «centrado» e individualizado en la persona, dando preferencia a la información, a la retroinformación, a la colaboración y al respeto bidireccional, porque sólo así el paciente puede tomar con libertad las decisiones que afectan a su salud.

Bases del modelo de decisión compartida en el seguimiento farmacoterapéutico

El objetivo del seguimiento farmacoterapéutico es procurar que el paciente mejore sus resultados en salud,

obteniendo el máximo beneficio de los medicamentos. Es decir, se trata de una disciplina que, evaluando la necesidad, la efectividad y la seguridad de los tratamientos, consigue prevenir, detectar y resolver problemas relacionados con la medicación. Obviamente, esta actividad clínica sólo puede desarrollarse ajustando los tratamientos a las necesidades clínicas y sociales que presenta cada paciente de manera individualizada. Por tanto, el farmacéutico que desarrolla esta actividad es consciente de la importancia que tiene la participación activa del paciente en la toma de decisiones con respecto a los medicamentos. El modelo de intervención con el paciente ha de seguir, si él quiere, el modelo de decisión compartida, para conseguir tomar la mejor decisión terapéutica. Los requisitos para establecer un modelo de decisión compartida con los pacientes son los siguientes²²:

1. Crear una atmósfera de intimidad, fomentar la escucha activa y la comunicación no verbal que induzcan a un ambiente de confidencialidad.
2. Investigar si el paciente desea involucrarse en las decisiones clínicas, conocer qué tipo de información desea y cómo quiere que se la expliquen: con preguntas indirectas tipo «¿quiere que le interprete los análisis que me ha traído?», o bien directamente («¿qué prefiere o cómo se siente más cómodo, participando en cada una de las decisiones que tomemos o quiere seguir sólo mis recomendaciones?»).
3. Identificar claramente cuál es la decisión a tomar (p. ej., «¿quiere seguir con este tratamiento a pesar del estreñimiento, o prefiere buscar otra alternativa terapéutica?»).
4. Discutir con el paciente sus miedos, prioridades y expectativas (p. ej., «¿qué es lo que más le preocupa?»).
5. Exponer todas las opciones terapéuticas con los pros y los contras; la información ha de hacerse de manera asequible, sin jerga médica, explicando con dibujos o con gráficos conceptos que puedan ser clave⁵⁵. Es importante retroinformarse sobre si nos hemos explicado bien y qué es lo que ha comprendido el paciente. Es necesario proporcionar al paciente otras fuentes de información o recursos, como ayuda a través de asociación de pacientes o de páginas *web* específicas⁵⁶. Debe brindarse información por escrito o facilitar, si están disponibles, los medios audiovisuales.

6. Es importante compartir con el paciente las recomendaciones personales, es decir, plantearle cuál sería nuestra opción si estuviéramos en su situación.
7. Negociar la mejor decisión con el paciente; si ésta no es urgente, valdría la pena dejar un tiempo para que cada uno forjara su opinión y volverse a reunir para discutir de nuevo la decisión que se va a tomar.
8. Una vez se ha tomado la decisión, sea cual sea, se ha de apoyar al paciente para que se sienta acompañado en la decisión tomada.

Es posible que el paciente en un momento determinado no quiera entrar en el modelo de compartir decisiones, pero éste es un proceso dinámico, variable y que hay que evaluar en cada encuentro. También es posible que el paciente no quiera tomar un tipo de decisión para una terapia, pero sí en otros tratamientos. En realidad, la única manera de saberlo es preguntándole en cada situación y para cada decisión hasta qué punto quiere involucrarse o participar⁵⁷.

Conclusiones

El mejor proceso clínico para la toma de decisiones en terapéutica es el modelo mutual centrado en el paciente, en el que tanto éste como el profesional comparten información y responsabilidades para tomar la mejor decisión terapéutica. Éste es un modelo en el que han de superarse las barreras emocionales que separan a ambos, para poder compartir angustias, temores e información clínica de manera honesta y sensible. Para ello, es necesario que el profesional sanitario dedique tiempo y esfuerzo en comprender y en hacerse entender. Sólo de esta manera conseguirá acompañar al paciente en la mejor utilización de cada uno de sus tratamientos.

Los autores declaramos que parte del contenido de este artículo será publicado en el libro: Silva-Castro MM, Calleja MA, Tuneu L, Faus MJ, Eds. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes hospitalarios. Método Dáder. Granada: Editorial Díaz de Santos; 2008. ISBN: 84-608-0438-0.

Bibliografía

1. Hauck FR, Zyzanski SJ, Alemagno SA, Medalie JH. Patient perceptions of humanism in physicians: effects on positive health behaviours. *Fam Med*. 1990; 22: 447-452.
2. McCracken EC, Stewart MA, Brown JB, McWhinney IR. Patient-centred care: the family practice model. *Can Fam Physician*. 1983; 29: 2.313-2.316.
3. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986; 3(1): 24-30.
4. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA*. 1996; 275(2): 152-155.
5. Hepler Ch, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47: 533-543.
6. Cipolle R, Strand L, Morley P. An overview of pharmaceutical care practice. En: Cipolle R, Strand L, Morley P, eds. *Pharmaceutical care practice. The clinician's guide*. Nueva York: McGraw-Hill, 2004.
7. Cipolle R, Strand L, Morley P. Standards for practice for pharmaceutical care practice. En: Cipolle R, Strand L, Morley P, eds. *Pharmaceutical care practice. The clinician's guide*. Nueva York: McGraw-Hill, 2004.
8. Comité de Clasificaciones de la WONCA. Glosario Internacional de Medicina General/de Familia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona: SEMFyC, 1997.
9. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (15 de noviembre de 2002). *BOE*. 2002; 274: 40.126-40.132.
10. National Library of Medicine. MeSH Database [base de datos en internet]. Bethesda: National Library of Medicine (US) [citado 8 Ago 2006]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>
11. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición [citado 7 Ago 2006]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
12. Edelson E. El cambiante aspecto de la relación médico-paciente [monografía en internet]. Rockville Pike: Medline Plus Scout News, LLC; 2004 [citado 19 May 2005]. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_23770.html
13. Pardo A. ¿Qué es la salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. 1997; 41(2): 4-9.
14. Helman CG. Culture, health and illness. An introduction for health professionals. 3.ª ed. Londres: Butterworth Heinemann, 1994.
15. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Traducido por la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ginebra: OMS, 1998. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>
16. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980; 137: 35-54.
17. Borrel-Carrió F, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*. 2004; 2(6): 576-582.
18. Calderón S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas [editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5(2): 47-53.

19. Kleinman A. The illness narrative: suffering, healing and the human condition. Nueva York: Basic Books, 1988.
20. Jovell AJ. Los médicos también lloran. *JANO*. 2004; 66 (1.514): 30-32.
21. Merkel WT, Margolis RB, Smith RC. Teaching humanistic and psychosocial aspects of care: current practices and attitudes. *J Gen Intern Med*. 1990; 5: 34-41.
22. Lee SJ, Back AL, Block SD, Steward SK. Enhancing physician-patient communication. *Rev Haematol (Am Soc Hematol Educ Program)*. 2002; 464-483.
23. Ebrahim S. The medicalisation of old age. *BMJ*. 2002; 324: 861-863.
24. Richards MA, Ramírez AJ, Degner LF, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. A review based on a symposium held at the 10th annual conference of The British Psychosocial Oncology Group. *Eur J Cancer*. 1995; 31: 112-116.
25. Jovell A. Medicina basada en la afectividad. *Med Clin (Barc)*. 1999; 113; 173-175.
26. Meneu R. La perspectiva de los pacientes [editorial]. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002; 4(1): 3-4.
27. Edwards AGK, Elwyn GJ. The potential benefits of decision aids in clinical medicine. *JAMA*. 1999; 282: 779-780.
28. Marín Gómez M. Toma de decisiones compartida: La perspectiva de los (o algunos) consumidores [comentario]. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002; 4: 28.
29. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Aten Primaria*. 2004; 34: 277-278.
30. MedlinePlus. National Institutes of Health [página *web* en internet]. Rockville Pike: Medline Plus Scout News, LLC, 2006 [actualizado 3 Jul 2006; citado 9 Ago 2006]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
31. Cochrane Consume Network [página *web* en internet]. Oxford: CCNET Consumer in Cochrane, 2006 [actualizado 13 Nov 2006; citado 9 Dic 2006]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/consumers/homepage.htm>
32. National Health System. NHS direct [página *web* en internet]. Londres: NHS Direct, 2006 [actualizado 27 Oct 2006; citado 9 Dic 2006]. Disponible en: <http://www.nhsdirect.nhs.uk>
33. Elwyn GJ. Explaining risks to patients. *Br J Gen Pract*. 2000; 50: 342-343.
34. Haddad S, Potvin L, Roberge Pineault R, Remondin M. Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Fam Pract*. 2000; 17: 1.721-1.729.
35. Holmes-Rovner M, Kroll J, Schmitt N. Patient satisfaction with health care decisions: the satisfaction with decision scale. *Med Decis Making*. 1996; 16: 58-64.
36. Sainfort F, Booske BC. Measuring post-decision satisfaction. *Med Decis Making*. 2000; 20: 2.051-2.061.
37. Bowling A, Ebrahim S. Measuring patients' preferences for treatment and perceptions of risk. *Quality Health Care*. 2001; 10 Suppl 1: 12-18.
38. Edwards A, Elwyn G, Smith C, Williams S, Thornton H. Consumer's views of quality in the consultation and their relevance to «shared decision-making» approaches. *Health Expectations*. 2001; 4: 151-161.
39. Ruiz-Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes? Reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2003; 32(10): 594-602.
40. Torío Durantez J, García Tirado M. Relación médico-paciente y entrevista clínica (I): opinión y preferencias de los usuarios. *Aten Primaria*. 1997; 19:18-26.
41. Jovell A. Cuando el paciente es un médico [editorial]. *JANO*. 2004; 66(1.514): 11.
42. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med*. 1996; 42: 1.511-1.519.
43. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologist detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*. 1994; 70: 767-770.
44. Waitzkin H. Doctor-patient communication; clinical implications of social scientific research. *JAMA*. 1984; 252: 2.441-2.446.
45. Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get into basis. *JAMA*. 1999; 282: 2.313-2.320.
46. Wenrich MD, Curtis JR, Shannon SE, Carline JD, Ambrozy DM, Ramsey PG. Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death. *Arch Internal Med*. 2001; 161: 868-874.
47. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. 1989; 27 Suppl 3: 110-127.
48. Steward MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995; 152: 1.423-1.433.
49. Epstein RM, Alper BS, Quill TM. Communicating evidence for participatory decision making. *JAMA*. 2004; 291: 2.359-2.366.
50. Connor A, Roston A, Fiset V, Teotroe J, Entwinsde V, Lewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions; systematic review. *BMJ*. 1999; 319: 731-734.
51. Hak AM, Koeter G, Van Der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ*. 2000; 321: 1.376-1.381.
52. Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*. 1984; 252: 2.990-2.994.
53. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what a role do patients really want to play? *J Clin Epidemiol*. 1992; 45: 941-950.
54. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. 1997; 277: 1.485-1.492.
55. Mullen PD, Simona-Morton DG, Ramírez G, Frankowski RF, Green LW, Mains DA. A meta-analysis of trials evaluating patient education and counselling for three groups of preventive health behaviours. *Patient Educ Counselling*. 1997; 32: 157-173.
56. Fortin JA, Hirota LK, Bond BE, O'Connor AM, Nananda F. Identifying patient preferences for communication risks estimates: a descriptive pilot study. *BMC Medical Informatics Decision Making*. 2001; 1: 2.
57. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ*. 1999; 319: 753-756.