

CONOCIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN LA PRÁCTICA ONCOLÓGICA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Nuria Padilla Garrido (1), Francisco Aguado Correa (2), Eloísa Bayo Lozano (3), Juan Bayo Calero (4) y Mónica Ortega Moreno (1)

(1) Departamento de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa, Estadística e Investigación Operativa. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(2) Departamento de Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones. Universidad de Huelva. Huelva. España.

(3) Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

(4) Servicio de Oncología Médica. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La implementación de la Toma de Decisiones Compartidas (TDC) en oncología es escasa. El objetivo del estudio fue determinar el conocimiento de la TDC que tienen los médicos que tratan a pacientes con cáncer, la utilidad que le conceden, el rol que desempeñan, la evaluación que hacen, y las barreras y facilitadores que encuentran para su uso.

Métodos: Se realizó una encuesta a oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y cirujanos generales que ejercían en Andalucía (España). Se recogieron variables sociodemográficas, clínico-asistenciales y de aspectos de la TDC. La TDC se evaluó mediante el cuestionario SDM-Q-Doc. Se emplearon contrastes no paramétricos para determinar las posibles diferencias entre especialidades médicas.

Resultados: El cuestionario se envió a 351 médicos y la tasa de respuesta fue del 37,04%. Respondieron 63 mujeres y 67 hombres, con un promedio de 45,6 años de edad y 18,04 años de experiencia. El 33,08% eran oncólogos médicos, el 34,61% oncólogos radioterápicos y el 29,23% cirujanos generales. El 82,3% no tenía formación en TDC y el 33,8% reconocía saber bastante y utilizarla en su práctica habitual. El 80% consideró que era muy útil. El 60% respondió que la decisión sobre el tratamiento la tomaban mayormente ellos. Al evaluar la TDC con la escala SDM-Q-Doc, todas las especialidades obtuvieron más de 80 puntos sobre 100. Las principales barreras para aplicar la TDC fueron la dificultad del paciente para entender lo que necesitaba saber, la falta de instrumentos de apoyo, así como la falta de tiempo.

Conclusiones: Un 82% de los médicos no tiene formación en TDC y un 66% no la utiliza en su práctica habitual, tomando la decisión sobre el tratamiento mayoritariamente ellos. Es importante adoptar estrategias para aumentar la formación en TDC e implementarla en la práctica clínica diaria.

Palabras clave: Toma de decisiones compartida, Relaciones médico-paciente, Cáncer, Rol, Barreras, Facilitadores.

ABSTRACT

Physicians' awareness and assessment of shared decision making in oncology practice

Background: Implementation of Shared Decision Making (SDM) in oncology is limited. The objective of the study was to determine the extent of physicians' awareness of Shared Decision Making (SDM) in their treatment of cancer patients, the usefulness that they assign to SDM, the role they play, their assessment of SDM, and perceptions of the main barriers and facilitators to its use.

Methods: A questionnaire was completed by medical oncologists, radiation oncologists and general surgeons working in Andalusia (Spain). Sociodemographic, clinical-care and aspects of SDM variables were collected. SDM was evaluated using the SDM-Q-Doc questionnaire. Non-parametric contrasts were used to determine the possible differences between medical specialties.

Results: The questionnaire was sent to 351 physicians. The response rate was 37.04%, 63 women and 67 men, with an average age of 45.6 years and 18.04 years' experience. Of these, 33.08% were medical oncologists, 34.61% radiation oncologists and 29.23% general surgeons. A total of 82.3% stated they had received no training in SDM, whereas 33.8% said they knew a lot about SDM and applied it in practice; 80% considered it to be very useful. In addition, 60% of respondents said they were mainly the ones who made the decisions on treatment. An evaluation of SDM on the SDM-Q-Doc scale showed that all the specialities scored more than 80/100. The main barriers to applying SDM were the difficulty patients experienced in understanding what they needed to know, the lack of decision aids and time.

Conclusions: Some 82% of physicians have no training in SDM and 66% don't use it in practice, with decisions on treatment taken mainly by the physicians themselves. Strategies to increase training in SDM and to implement it into clinical practice are important.

Key words: Shared decision making, Physician-patient relations, Neoplasms, Role, Barriers, Facilitators.

Correspondencia:
Francisco Aguado Correa
Departamento de Economía Financiera, Contabilidad y Dirección de Operaciones
Universidad de Huelva
Plaza de la Merced, 11
21071 Huelva, España
agucor@uhu.es

Cita sugerida: Padilla Garrido N, Aguado Correa F, Bayo Lozano E, Bayo Calero J, Ortega Moreno M. Conocimiento y evaluación de la toma de decisiones compartidas en la práctica oncológica desde el punto de vista médico. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 9 de octubre e201910066.

INTRODUCCIÓN

La toma de decisiones en oncología es a menudo compleja. En numerosas ocasiones, pacientes y profesionales sanitarios deben elegir entre diferentes tratamientos disponibles que ofrecen un balance de riesgos y beneficios similar, como por ejemplo la decisión entre tumorrectomía o mastectomía en el caso del cáncer de mama, o la elección entre vigilancia activa, cirugía o radioterapia en el cáncer de próstata. En estos casos en los que no existe una única o “mejor” decisión, es cuando se hace necesario tener en cuenta los valores y preferencias del paciente⁽¹⁾, así como incorporar nuevos modelos de práctica clínica como la Toma de Decisiones Compartidas (TDC).

La TDC se define como un proceso de decisión conjunto e interactivo entre el médico y el paciente, caracterizado por un flujo de información bidireccional entre ambos. Durante el mismo, el médico comparte información técnica y el enfermo información personal, llegándose finalmente a un acuerdo sobre la opción de tratamiento a elegir.

La aplicación de la TDC se ha asociado con la obtención de numerosos beneficios como la disminución del miedo y la depresión del enfermo, la mejora de su calidad de vida o el aumento de la satisfacción del paciente con su tratamiento^(2,3) y del médico con su trabajo⁽⁴⁾. A pesar de estas ventajas, no hay evidencia de que la TDC haya sido ampliamente implementada en la práctica⁽⁵⁾. Existen estudios que tratan de ahondar en las causas del problema, analizando las principales barreras y facilitadores que dificultan o favorecen, respectivamente, su puesta en práctica⁽⁶⁾.

En España, en las últimas décadas, las instituciones públicas han demostrado un creciente interés por el empoderamiento del paciente, así como por su participación activa en la

toma de decisiones médicas. En este sentido, el progreso más importante ha sido la creación de una serie de recursos de información sanitaria orientados a la educación de los pacientes⁽⁷⁾ así como de diferentes herramientas de ayuda a la toma de decisiones⁽¹⁾.

Por lo que respecta a la investigación sobre TDC en nuestro país, y a pesar de que ha aumentado progresivamente desde mediados de los 2000⁽⁷⁾, es escasa en el campo de la oncología. Los estudios se han centrado, principalmente, en analizar el punto de vista de los enfermos de cáncer, destacando los trabajos promovidos por la Fundación Josep Laporte junto a la Universidad de los Pacientes, en los cuales se evidencia el deseo de los mismos por ejercer un rol más activo en el proceso asistencial, así como por ser consultados en relación a las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles^(8,9). Estudios posteriores han llegado a conclusiones similares revelando que, desde su perspectiva, la TDC no ha sido implementada en la práctica⁽¹⁰⁾ e identificando los principales factores que influyen en la misma⁽¹¹⁾.

Sin embargo, y a pesar de que gran parte del éxito de la TDC en oncología depende del médico, su punto de vista sobre este proceso ha sido estudiado en menor medida. En este sentido, las investigaciones se han dirigido a la validación del cuestionario SDM-Q-Doc para medir la TDC⁽¹²⁾ así como al análisis de las diferencias de satisfacción entre estos profesionales sanitarios y sus pacientes⁽¹³⁾.

Por todo ello, y dado que es necesario seguir avanzando sobre el grado en que la TDC es llevada a la práctica en el campo de la oncología en España, consideramos necesario profundizar en el tema e investigar sobre aspectos hasta ahora no tratados. En este sentido, el objetivo de nuestro trabajo fue analizar el grado de conocimiento y utilidad que tenía la TDC para los médicos que trabajan con pacientes oncológicos, así como las

principales barreras y facilitadores que encontraban en su implementación. Además, se estudió su percepción sobre quién debería haber tomado la decisión y quién la tomó realmente, y se midió el proceso de TDC desde su perspectiva mediante la escala SDM-Q-Doc.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participantes. Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante cuestionario online, entre septiembre de 2015 y febrero de 2016. La población estaba constituida por los oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y médicos quirúrgicos, así como otros especialistas relacionados con la oncología, pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud.

A partir de las bases de datos disponibles de las sociedades científicas, se creó una lista de las 351 direcciones de correo electrónico válidas (167 pertenecían a oncólogos médicos, 78 a oncólogos radioterápicos y 106 a cirujanos), a las que se envió el cuestionario mediante el software de encuestación *SurveyMonkey*. El estudio no tuvo financiación y antes de comenzar lo se obtuvo la aprobación del Comité de Ética del Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva.

Cuestionario. Al inicio del cuestionario, cada participante recibía una explicación detallada del estudio y, tras aceptar participar, pasaba a cumplimentarlo con carácter anónimo y sin recibir compensación económica por ello. A los 15 días y también a los 45 días posteriores al envío inicial de cada cuestionario se remitió un correo electrónico recordatorio solicitando nuevamente su participación.

Dado que, posiblemente, no todos los profesionales estuvieran familiarizados con el término TDC, en cada cuestionario se proporcionó la definición de Charles et al⁽¹⁴⁾.

El cuestionario incluía tres partes:

- i) Información sociodemográfica.
- ii) Información clínica.
- iii) Aspectos de la TDC.

El apartado de información sociodemográfica englobaba el sexo y la edad. La información clínica incluía los años de experiencia del profesional, su grupo de especialidad (oncología médica, oncología radioterápica, quirúrgica u otros), el tipo de cáncer que más trataba (permitiendo la selección múltiple), la duración media de la primera visita, la población de referencia de su hospital y el porcentaje de pacientes atendidos con cáncer (sólo en caso de pertenecer a la especialidad quirúrgica).

Con respecto a la TDC, se incluyeron preguntas sobre:

- i) Familiaridad con el concepto y utilidad. Para determinar el grado de familiaridad con la TDC se les preguntaba si tenían o no formación previa, así como su grado de conocimiento sobre la misma. Para evaluar este último aspecto podían elegir entre 4 opciones: “no lo sé”, “tengo algo de idea”, “sé bastante pero no la utilizo” y “sé bastante y forma parte de mi práctica habitual”. Por su parte, la utilidad se midió en una escala de Likert de 5 puntos, con un rango que iba desde “nada útil” (1) hasta “muy útil” (5).
- ii) Percepción sobre quién debería tomar la decisión sobre el tratamiento y quién la toma realmente. En este sentido, y para evaluar ambos aspectos, se consideraron las cinco posibilidades establecidas por King⁽¹⁵⁾: “totalmente el paciente”, “mayormente el paciente”, “igualmente el paciente y el médico”, “mayormente el médico” y “totalmente el médico”.
- iii) Evaluación de la TDC. Para ello se utilizó el cuestionario *The Shared Decision Making*

Questionnaire-physician version (SDM-Q-Doc). Dado que el mismo no había sido validado en español en el momento del estudio, se optó por utilizar la traducción a este idioma, autorizada por dos de los creadores de la escala (Martin Härter e Isabelle Scholl, de la University Medical Center de Hamburgo-Eppendorf, Alemania)⁽¹⁶⁾. El cuestionario en sí constaba de 9 ítems, cada uno de los cuales describía un paso del proceso de TDC. Cada uno de estos ítems podía puntuarse en una escala de Likert de 6 puntos, con un rango que iba desde “totalmente en desacuerdo” (0) hasta “totalmente de acuerdo” (5). La suma de las respuestas a los nueve ítems generó una puntuación total del médico comprendida entre 0 y 45. Para facilitar su interpretación, dicha puntuación se multiplicó por 20/9 y se obtuvo una puntuación transformada entre 0 y 100, donde 0 indicaba el peor nivel posible en la TDC y 100 el mejor⁽¹⁷⁾.

iv) Barreras y facilitadores para la utilización de la TDC. Se establecieron a partir de revisiones sistemáticas de bibliografía y se concretaron con la opinión de los clínicos implicados en el trabajo. Para su evaluación se utilizó una escala de Likert de 6 puntos cuyo rango iba desde “completamente en desacuerdo” (0) hasta “completamente de acuerdo” (5).

Análisis estadístico. Se hizo un análisis descriptivo a partir de las frecuencias de las siguientes variables: sexo, edad, años de experiencia profesional, grupo de especialidad, tipo de cáncer que más trataba, duración media de la primera visita y población de referencia.

Para contrastar la existencia o no de diferencias entre las especialidades médicas con respecto a la familiaridad, percepción, evaluación, y barreras y facilitadores se utilizaron el test χ^2 de asociación, la prueba de suma de rangos de Wilcoxon, la prueba H de Kruskal-Wallis y la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes con corrección de Bonferroni.

También, y con el fin de analizar la orientación de las respuestas del SDM-Q-Doc, así como de las barreras y facilitadores de la TDC, las posibles respuestas se agruparon en dos categorías: “desacuerdo” y “acuerdo”. La primera de estas categorías englobaba a “totalmente en desacuerdo”, “muy en desacuerdo” y “algo en desacuerdo”, mientras que la segunda incluía a “algo de acuerdo”, “muy de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

El software empleado fue SPSS Versión 20.0 de IBM.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico y clínico. De las 351 direcciones de correo electrónico a las que se remitió el cuestionario, se obtuvo respuesta de 130 (tasa de respuesta del 37,04%).

De los que respondieron, 63 fueron mujeres y 67 hombres, con un promedio de 45,6 años de edad y 18,04 años de experiencia. Un total de 43 (33,08%) pertenecía a la oncología médica, 45 (34,61%) a la oncología radioterápica, 38 (29,23%) a la especialidad quirúrgica, y 4 (3,08%) a otras especialidades (tabla 1). Estos últimos, aunque estaban registrados en las listas de direcciones de correo electrónico de las sociedades científicas de oncólogos médicos, radioterápicos y quirúrgicos, marcaron que pertenecían a otras especialidades médicas.

Con respecto al cáncer que más trataban (respuesta de selección múltiple), destacó el de mama (20,95% de los casos), seguidos por los tumores digestivos (17,62%) y de cabeza y cuello (12,86%).

Por lo que respecta a la primera visita, el 40% de los participantes atendía al paciente entre 31-45 minutos y el 36,92% entre 16-30 minutos.

En la pregunta sobre la población de referencia del hospital al que pertenecían, el 50%

Tabla 1
Características de los médicos encuestados.

Características		Total		Oncólogos médicos		Oncólogos radioterápicos		Cirujanos generales		Otros	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Sexo (n=130)	Mujer	63	48,46	25	58,14	32	71,11	5	13,16	1	25
	Hombre	67	51,54	18	41,86	13	28,89	33	86,84	3	75
Años de experiencia (n=130)	0-10	32	24,62	15	34,88	13	28,89	2	5,26	2	50
	11-20	55	42,31	19	44,19	18	40	17	44,74	1	25
	>20	43	33,08	9	20,93	14	31,11	19	50,0	1	25
Cáncer	Mama	44	20,95	20	27,03	15	17,65	8	17,78	1	16,67
	Pulmón	26	12,38	10	13,51	9	10,59	5	11,11	2	33,33
	Digestivo	37	17,62	12	16,22	6	7,06	19	42,22	-	-
	Cabeza y cuello	27	12,86	8	10,81	11	12,94	6	13,33	2	33,33
	Ginecológico	19	9,05	6	8,11	11	12,94	2	4,44	-	-
	Urológico	24	11,43	4	5,41	18	21,18	2	4,44	-	-
	Otro	22	10,48	8	10,81	12	14,12	2	4,44	-	-
	Ninguno especificado	11	5,24	6	8,11	3	3,53	1	2,22	1	16,67
Tiempo medio de la 1ª visita (n=130)	0 - 15	7	5,38	-	-	-	-	5	13,16	2	50
	16 - 30	48	36,92	11	25,58	10	22,22	25	65,79	2	50
	31 - 45	52	40	20	46,51	27	60	5	13,16	-	-
	46 - 60	22	16,92	12	27,91	8	17,78	2	5,26	-	-
	> 60	1	0,77	-	-	-	-	1	2,63	-	-
Población de referencia (n=130)	< 500.001 habitantes	25	19,23	2	4,65	1	2,22	22	57,89	-	-
	500.001 a 1.000.000 habitantes	25	19,23	9	20,93	11	24,44	5	13,16	-	-
	> 1.000.000 habitantes	15	11,54	1	2,33	3	6,67	11	28,95	-	-
	(en blanco)	65	50	31	72,09	30	66,67	-	-	4	100

prefirió no responder, situándose con el mismo porcentaje (19,2%) los que tenían una población menor de 500.001 personas y los que estaban entre 500.001 a 1.000.000 de habitantes.

Toma de decisiones compartidas:

i) Familiaridad y utilidad. Cuando a los participantes se les preguntó sobre su nivel de formación en TDC, el 82,3% declaró no tener formación previa frente al 17,6% que sí la tenía.

A pesar de ello, el 52,3% manifestó tener algo de idea sobre este concepto y el 33,8% declaró saber bastante y utilizar este modelo en su práctica habitual (tabla 2).

Por lo que respecta a la utilidad, el 43% le otorgó una puntuación máxima de 5, seguido por el 37,7% que le otorgó una puntuación de 4 (tabla 2). Por especialidad, los oncólogos radioterápicos fueron los que mayor utilidad le concedieron.

Tabla 2
Formación, utilidad y percepciones en la TDC.

Aspectos evaluados		Total		Oncólogos médicos		Oncólogos radioterápicos		Cirujanos generales		Otros	
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Formación en TDC (n=130)	Sí	23	17,69	6	13,95	9	20	8	21,05	-	-
	No	107	82,31	37	86,05	36	80	30	78,95	4	100
¿Sabes qué es la Toma de Decisiones Compartida (TDC)? (n=130)	Sé bastante y forma parte de mi práctica habitual	44	33,85	19	44,19	14	31,11	10	26,32	1	25
	Sé bastante, pero no la utilizo	8	6,15	2	4,65	4	8,89	2	5,26	-	-
	Tengo algo de idea	68	52,31	20	46,51	26	57,78	20	52,63	2	50
	No lo sé	10	7,69	2	4,65	1	2,22	6	15,79	1	25
Utilidad de la TDC (n=130)	1 Nada útil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2	3	2,31	-	-	-	-	3	7,89	-	-
	3	18	13,85	8	18,60	3	6,67	7	18,42	-	-
	4	49	37,69	17	39,53	17	37,78	13	34,21	2	50
	5 Muy útil	56	43,08	16	37,21	24	53,33	15	39,47	1	25
	(en blanco)	4	3,08	2	4,65	1	2,22	-	0,001	1	25
Debería tomar la decisión (n=130)	Totalmente el paciente	10	7,69	-	-	10	22,22	-	-	-	-
	Mayormente el paciente	42	32,31	13	30,23	13	28,89	16	42,11	-	-
	Igualmente el paciente y el médico	55	42,31	21	48,84	17	37,78	14	36,84	3	75
	Mayormente el médico	19	14,62	7	16,28	4	8,89	8	21,05	-	-
	Totalmente el médico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	(en blanco)	4	3,08	2	4,65	1	2,22	-	0,00	1	25
Toma realmente la decisión (n=130)	Totalmente en el paciente	2	1,54	-	-	-	-	2	5,26	-	-
	Mayormente el paciente	18	13,85	3	6,98	9	20	6	15,79	-	-
	Igualmente el paciente y el médico	23	17,69	4	9,30	9	20	9	23,68	1	25
	Mayormente el médico	78	60	32	74,42	25	55,56	19	50	2	50
	Totalmente el médico	5	3,85	2	4,65	1	2,22	2	5,26	-	-
	(en blanco)	4	3,08	2	4,65	1	2,22	-	-	1	25

Tanto para el nivel de conocimiento como para la utilidad no se detectaron diferencias significativas entre especialidades.

ii) Percepciones sobre la decisión. El 42,3% de los participantes manifestó que la decisión la deberían tomar igualmente el paciente y el médico, seguidos por el 32,3% que seleccionó que mayormente el paciente. Ninguno de los encuestados manifestó que la decisión la debería tomar totalmente el médico (tabla 2).

Sin embargo, cuando se les preguntó sobre quién tomaba realmente la decisión, el 60% manifestó que mayormente el médico. La segunda opción más elegida, por un 17,69% de los participantes, fue la de igualmente el paciente y el médico.

Merece la pena señalar que sólo en un 23% de los casos coincidía la respuesta sobre quién debería tomar la decisión y quién la tomaba realmente, destacando que sólo 11 profesionales sanitarios (8,7%) pensaban que la debían tomar igualmente el paciente y el médico y así lo hacían en la práctica.

Los oncólogos médicos fueron los que, en mayor número, consideraron que la decisión la deberían tomar igualmente el paciente y el médico. Sin embargo, un 79,07% de ellos respondieron que la decisión la tomaban mayor o totalmente ellos.

La prueba de Wilcoxon (estadístico -7.327 y $p < 0.01$) permitió afirmar que existían diferencias significativas entre quién tomó la decisión y quién debería haberla tomado. Sin embargo, no hubo evidencia para afirmar que existían diferencias significativas entre especialidades, tanto en el caso de quién tomó como de quién debería haber tomado la decisión.

iii) Evaluación de la TDC. De los 130 médicos que comenzaron a responder el cuestionario, sólo 126 valoraron el proceso de TDC (tabla 3). Como 3 de ellos pertenecían a otra especialidad no se estudiaron como grupo aparte, aunque fueron tenidos en cuenta en los totales. Los resultados evidenciaron un predominio del acuerdo, con porcentajes superiores al 90% en todos los ítems, llegando incluso al 100% en las afirmaciones 3, 4 y 5. Sólo analizando

Tabla 3
Evaluación de la Toma de Decisiones Compartidas (SDM-Q-Doc).
Porcentajes de respuestas de acuerdo.

Valoración del proceso de toma de decisiones	Total (%)	Oncólogos médicos (%)	Oncólogos radioterápicos (%)	Cirujanos generales (%)
1. Le he informado claramente a mi paciente que se debe tomar una decisión sobre su atención.	94,44	92,68	93,18	97,37
2. Le pregunté a mi paciente exactamente como le gustaría participar en la toma de decisiones.	96,83	97,56	93,18	100
3. Le informé a mi paciente que existen diferentes opciones de tratamiento para su problema de salud.	100	100	100	100
4. Le expliqué claramente a mi paciente las ventajas y desventajas de los posibles tratamientos.	100	100	100	100
5. Ayudé a mi paciente a entender toda la información.	100	100	100	100
6. Le pregunté a mi paciente qué opción de tratamiento prefiere.	98,41	95,12	100	100
7. Mi paciente y yo hemos valorado ampliamente las diferentes opciones de tratamiento.	92,86	92,68	97,73	86,84
8. Mi paciente y yo hemos escogido conjuntamente una opción de tratamiento.	91,27	85,37	100	86,84
9. Mi paciente y yo nos hemos puesto de acuerdo sobre el seguimiento de su atención.	90,24	82,93	100	86,84

las respuestas por especialidades encontramos porcentajes algo inferiores.

La mayor puntuación total transformada la dio el grupo de oncología radioterápica (88,99), seguido a corta distancia por el de cirujanos y, finalmente, por los oncólogos médicos (tabla 4).

La prueba de Kruskal-Wallis ($\chi^2=13.032$, $p=0,01$) permitió afirmar que existían diferencias significativas en las puntuaciones totales de la variable que recogía el grado de valoración de la TDC según la especialidad médica.

La prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes con corrección de Bonferroni evidenció que la percepción de los oncólogos médicos difería significativamente de la de los quirúrgicos y oncólogos radioterápicos. Sin embargo, no hubo diferencias entre los quirúrgicos y oncólogos radioterápicos.

iv) Barreras y facilitadores para el uso de la TDC. Tras el análisis de las barreras propuestas (tabla 5) (n=124), destacó en primer lugar la relacionada con la dificultad del paciente para entender todo lo que necesita saber (90,3%),

Tabla 4
Puntuaciones transformadas del cuestionario SDM-Q-Doc.

Especialidades médicas	N.	Media	Desv.	Mín.	Máx.
Oncólogos médicos	41	80,54	10,55	55,56	100
Oncólogos radioterápicos	44	88,99	8,79	64,44	100
Cirujanos generales	38	86,32	11,79	55,56	100
Total	126	85,36	10,88	55,56	100

Tabla 5
Barreras y facilitadores para la implementación de la Toma de Decisiones Compartidas.
Porcentajes de respuestas de acuerdo.

Variables		Total (%)	Oncólogos médicos (%)	Oncólogos radioterápicos (%)	Cirujanos generales (%)
Barreras	1. No tengo suficiente tiempo para discutir detalladamente con mis pacientes.	78,23	90,24	72,73	70,27
	2. Los pacientes tienen dificultad para comprender todo lo que necesitan saber.	90,32	95,12	86,36	89,19
	3. No disponemos de suficientes instrumentos de apoyo para la TDC.	87,90	85,37	95,45	81,08
	4. Prefiero que los pacientes solo tengan en cuenta mis recomendaciones.	11,29	12,20	9,09	10,81
	5. Los pacientes no están interesados en participar en la TDC.	44,35	46,34	34,09	54,05
	6. Falta de comunicación fluida o empatía entre los especialistas y los pacientes.	42,74	34,15	40,91	54,05
	7. Tengo dificultades para tener conocimientos actualizados de las opciones y resultados de tratamiento que debo ofrecer a mis pacientes.	17,74	24,39	15,91	10,81
	8. El paciente tiene demasiada información previa y frecuentemente errónea para la TDC.	41,13	29,27	50,00	40,54
Facilitadores	1. Que yo estuviera motivado para realizar la TDC.	91,94	87,80	95,45	91,89
	2. Que percibiera que mejora el proceso sanitario.	93,55	87,80	95,45	97,30
	3. Que percibiera que mejora el resultado del paciente.	94,35	90,24	95,45	97,30
	4. Que el paciente estuviera interesado en participar en la TDC.	94,35	92,68	95,45	94,59
	5. Que fuera una demanda de la ciudadanía.	86,29	90,24	90,91	75,68
	6. Que fuera un objetivo institucional ligado a incentivos económicos.	46,77	43,90	50	45,95

seguida por el hecho de no disponer de suficientes instrumentos de apoyo para realizar la TDC (87,9%), así como no tener tiempo suficiente para discutir detalladamente con los pacientes (78,2%).

No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones totales de la variable que recogía las puntuaciones de las barreras según la especialidad médica.

Si se considera el rol adoptado, la única barrera que se relacionó con quién tomó realmente la decisión fue la 5: “los pacientes no están interesados en participar en la TDC” ($\chi^2=8,715$, $p=0,013$).

Por lo que respecta a los facilitadores ($n=124$), la motivación del médico, su percepción de mejora (tanto del proceso en sí como del resultado del paciente), y el interés del enfermo por participar en la TDC obtuvieron porcentajes de acuerdo superiores al 90%. La excepción la constituyó el hecho de que fuera un objetivo institucional, aspecto que sólo el 46,7% lo consideró facilitador de la TDC.

En relación con las puntuaciones totales de la variable que recogía las puntuaciones de los facilitadores según la especialidad médica, no se observaron diferencias significativas. No obstante, analizados de manera individual, los facilitadores 1, 2 y 3 si presentaban diferencias significativas por especialidad.

DISCUSIÓN

Los resultados de la encuesta evidencian que la mayoría de los participantes, a pesar de no tener formación previa en Toma de Decisiones Compartida, saben lo que es. Igualmente, una amplia mayoría de profesionales, independientemente de la especialidad a la que pertenezcan, manifiestan que les parece útil o muy útil. Estos resultados están en consonancia

con los reflejados en la revisión sistemática realizada por Pollard, Bansback y Bryan⁽¹⁸⁾, en donde se recogía la existencia de una actitud positiva hacia la TDC por parte de los médicos en la práctica clínica, tanto de atención primaria como de especializada, incluyendo la oncología. Otro estudio, centrado exclusivamente en el ámbito de la oncología⁽¹⁹⁾, recogió igualmente una actitud positiva hacia la TDC. En la revisión realizada por Kane et al⁽³⁾ también se observó el interés de los médicos en general, y de los oncólogos en particular, en participar en la TDC con sus pacientes.

La actitud positiva y el reconocimiento sobre la utilidad de la TDC contrasta con las percepciones de los encuestados acerca de quién debería tomar la decisión y quién la tomó realmente. Resulta llamativo que un poco menos de la mitad (42,31%) piensa que deberían tomar la decisión igualmente el paciente y el médico, y que sólo el 17,69% lo pudiese llevar a la práctica. Por su parte, más de la mitad opina que en realidad la decisión la tomaba mayormente el médico. Estos valores son bajos frente a los que se obtuvieron en un estudio dirigido a oncólogos holandeses⁽²⁰⁾. En él se determinó que el 95% de los oncólogos consideraba que los pacientes deberían estar involucrados en la TDC y el 73% prefirió una toma de decisiones colaborativa.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los valores y las creencias personales de los médicos, la experiencia médica, el tipo de práctica, la percepción con respecto a la esperanza de vida, y el estilo de comunicación puede afectar al proceso de toma de decisiones en oncología⁽²¹⁾. Incluso, en función de la especialidad, la revisión realizada por Tariman et al⁽²¹⁾ recogió que los urólogos preferían la cirugía, mientras que los oncólogos radioterápicos preferían la radioterapia para los pacientes con cáncer de próstata localizado.

En otra investigación, realizada en Australia, sobre los factores que influyen en los oncólogos

a la hora de facilitar la TDC, se observó que las percepciones y valores de los médicos influyeron en su grado de apoyo a la TDC. Algunos creyeron que no facilitar la participación del paciente en la toma de decisiones era un signo de arrogancia y que incluir a los pacientes en la toma de decisiones reducía la ansiedad de estos. Por el contrario, varios médicos indicaron que utilizar la TDC podría hacer que los pacientes tomaran la decisión equivocada. En particular, consideraban que los pacientes querían tratamientos con la mejor oportunidad de supervivencia, y esto anulaba sus preocupaciones por incluirlos en el proceso de decisión. Los médicos también indicaron que las características de los pacientes influyeron en la participación del paciente en la decisión del tratamiento⁽²²⁾.

La ausencia a la hora de adoptar en la práctica una decisión conjunta entre el médico y el paciente recogida en nuestro estudio, contrasta con los datos obtenidos en la medición de la TDC. En este caso, los profesionales consideran que cumplen todos los pasos del proceso, con porcentajes superiores al 90% de acuerdo en todos los ítems, llegando incluso al 100% en las afirmaciones 3, 4 y 5. Pensamos que una explicación de estas elevadas puntuaciones en el cuestionario SDM-Q-doc, y por tanto de la discrepancia citada, puede ser el hecho de que los médicos no estén familiarizados con la TDC⁽²³⁾ o que las puntuaciones se basen en la indulgencia⁽²⁴⁾. No obstante, son puntuaciones similares a las obtenidas en el estudio de Calderón et al⁽¹²⁾. En dicho estudio todas las afirmaciones obtuvieron un valor medio superior a 4 en una escala cuyo máximo era el 5. En nuestro caso, las afirmaciones 1 a 6 obtienen un valor medio superior a 4, aunque de la 7 a la 9 los valores oscilan entre el 3,85 y el 3,95. Los valores más bajos se corresponden con las afirmaciones 8 y 9: *“Mi paciente y yo hemos escogido conjuntamente una opción de tratamiento”* y *“Mi paciente y yo nos hemos puesto de acuerdo sobre el seguimiento de su atención”*.

Por lo que respecta a las barreras consideradas para la utilización de la TDC, un elevado número de médicos se muestra de acuerdo en 3 de las 8 propuestas, con porcentajes siempre superiores al 78%. En este sentido, podemos destacar que dos de ellas, la falta de tiempo y las dificultades de los pacientes para entender lo que necesitan saber, han sido identificadas en importantes revisiones sistemáticas como las realizadas por Gravel⁽⁶⁾, Légaré⁽²⁵⁾ o Perestelo⁽²⁶⁾.

Es de destacar, igualmente, que la única barrera que se relaciona con quién tomó realmente la decisión es la de la falta de interés de los pacientes para participar en la TDC (44,3% de acuerdo), lo cual puede ser una de las causas que más lleven a los profesionales a tomar la decisión sobre el tratamiento.

Por contra, los profesionales sanitarios son siempre unánimes identificando los facilitadores, con porcentajes superiores en todo caso al 86%. La única propuesta que la mayoría no considera un facilitador es que la TDC sea un objetivo institucional ligado a incentivos económicos. Por su parte, la motivación del profesional para realizar la TDC, la percepción de mejora del proceso sanitario o de los resultados del paciente también se evidencian como facilitadores en las revisiones sistemáticas realizadas por Gravel⁽⁶⁾, Légaré⁽²⁵⁾ y Perestelo⁽²⁶⁾.

Por último, es de destacar que sólo se encuentran diferencias significativas entre especialidades médicas en el grado de valoración de la TDC, en concreto en la percepción de los oncólogos médicos respecto a los radioterápicos y cirujanos.

Entre las limitaciones de nuestro estudio podemos destacar, en primer lugar, que las conclusiones no pueden generalizarse. En este sentido, el tamaño de la muestra es pequeño y la investigación se ha realizado exclusivamente

con profesionales pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud. En segundo lugar, el SDM-Q-doc puede considerarse como un instrumento genérico para evaluar la TDC en donde los ítems no siempre reflejan la situación de los médicos, lo cual puede afectar a la forma de completar el cuestionario. Además, en el momento de realización del estudio, la versión española de este cuestionario para la práctica oncológica no estaba validado, lo cual fue realizado posteriormente en 2017 por Calderón et al⁽¹²⁾. A todo ello se unen las taxonomías establecidas para las barreras y facilitadores de la TDC. No obstante, éstas se establecieron teniendo en cuenta revisiones sistemáticas de bibliografía, así como la opinión de los clínicos autores del trabajo. Por último, hay que destacar la posibilidad de que los resultados puedan estar algo sesgados por la distorsión de la memoria y/o la reinterpretación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Rivero-Santana A, González-Lorenzo M. Toma de decisiones compartidas en oncología. *Psicooncología*. 2010;7:233-241.
2. Ernst J, Kuhnt S, Schwarzer A, Aldaoud A, Niederwieser D, Mantovani-Löffler L et al. The desire for shared decision making among patients with solid and hematological cancer. *Psychooncology*. 2011;20:186-193.
3. Kane HL, Halpern MT, Squiers LB, Treiman KA, McCormack LA. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA Cancer J Clin*. 2014;64:377-388.
4. Berger S, Braehler E, Ernst J. The health professional-patient-relationship in conventional versus complementary and alternative medicine. A qualitative study comparing the perceived use of medical shared decision-making between two different approaches of medicine. *Patient Educ Couns*. 2012;88:129-137.
5. Légaré F, Witteman HO. Shared decision making: Examining key elements and barriers to adoption into routine clinical practice. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32:276-284.
6. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implement Sci*. 2006;1:16.
7. Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Álvarez-Pérez Y, Alonso-Coello P, Orrego C, Serrano-Aguilar P. Shared decision making in Spain: Supportive policies and research initiatives, trends and directions for future. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2017;123-124:85-90.
8. Arrighi E, Jovell AJ. El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de los pacientes, familiares y profesionales. Barcelona: Publicaciones Universidad de los Pacientes Fundació Josep Laporte y Universitat Autònoma de Barcelona; 2009.
9. Arrighi E, Blancafort S, Jovell AJ. Evaluación de la Calidad de la Asistencia Oncológica en España. Barcelona: Publicaciones Universidad de los Pacientes Fundació Josep Laporte y Universitat Autònoma de Barcelona; 2008.
10. Padilla-Garrido N, Aguado-Correa F, Ortega-Moreno M, Bayo-Calero J, Bayo-Lozano E. La toma de decisiones compartidas desde la perspectiva del paciente oncológico: roles de participación y valoración del proceso. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2017;40:25-33.
11. Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Pérez L, Serrano-Aguilar P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. *Revista Española de Salud Pública*. 2013;87:59-72.
12. Calderón C, Ferrando PJ, Carmona-Bayonas A, Lorenzo-Seva U, Jara C, Beato C et al. Validation of SDM-Q-Doc Questionnaire to measure shared decision-making physician's perspective in oncology practice. *Clin Transl Oncol*. 2017;19:1312-1319.

13. Jimenez-Fonseca P, Calderón C, Carmona-Bayonas A, Muñoz MM, Hernández R, Mut Lloret M et al. The relationship between physician and cancer patient when initiating adjuvant treatment and its association with sociodemographic and clinical variables. *Clin Transl Oncol*. 2018; doi: 10.1007/s12094-018-1870-z. (Epub ahead of print).
14. Charles CA, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farrell S. Shared Treatment Decision Making: What Does It Mean to Physicians? *J Clin Oncol*. 2003; 21: 932-936.
15. King VJ, Davis MM, Gorman PN, Rugge JB, Fagnan LJ. Perceptions of Shared Decision Making and Decision Aids Among Rural Primary Care Clinicians. *Med Decis Making*. 2012; 32:636-644.
16. Shared-decision-making.org. Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (SDM-Q-Doc). 2015. Disponible en: http://www.patient-als-partner.de/media/sdm-q-doc_spanish_version_final.pdf
17. De Las Cuevas C, Perestelo-Pérez L, Rivero-Santana A, Cebolla-Martí A, Scholl I, Härter M. Validation of the Spanish version of the 9-item shared decision-making questionnaire. *Health Expect*. 2015; 18: 2143-2153.
18. Pollard S, Bansback N, Bryan S. Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2015; 98: 1046–1057.
19. Brace C, Schmocker S, Huang H, Victor JC, McLeod RS, Kennedy ED. Physicians' Awareness and Attitudes Toward Decision Aids for Patients With Cancer. 2010. *J Clin Oncol*. 2010;28:2286-2292.
20. Pieterse AH, Baas-Thijssen MC, Marijnen CA, Stiggelbout AM. Clinician and cancer patient views on patient participation in treatment decision-making: a quantitative and qualitative exploration. *Br J Cancer*. 2008;99:875-882.
21. Tariman JD, Berry DL, Cochrane B, Doorenbos A, Schepp KG. Physician, patient, and contextual factors affecting treatment decisions in older adults with cancer and models of decision making: a literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2012;39:E70-83.
22. Shepherd HL, Butow PN, Tattersall MH. Factors which motivate cancer doctors to involve their patients in reaching treatment decisions. *Patient Educ Couns*. 2011;84:229-235.
23. Santema TB, Stubenrouch FE, Koelemay MJW, Vahl AC, Vermeulen CFW, Visser MJT et al. Shared Decision Making in Vascular Surgery: An Exploratory Study. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2016;51:587-593.
24. Stubenrouch FE, Mus EMK, Lut JW, Hesselink EM, Ubbink DT. The current level of shared decision making in anesthesiology: an exploratory study. *BMC Anesthesiology*. 2017;17:95-103.
25. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008; 73: 526–535.
26. Perestelo-Pérez L. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación; 2010.