

LOS MODELOS DE RELACIÓN TERAPÉUTICA Y LA TOMA DE DECISIONES EN ONCOLOGÍA

M^a del Mar Aires González¹ y Juan Antonio Virizuela Echaburu²

¹ Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

² Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

De todas las relaciones humanas, una de las más complejas y especiales es la que se constituye entre el médico y el paciente. Esta relación es tan auténtica y característica, que ha dado lugar a un concepto con sentido propio: “La relación Médico-Paciente”¹.

A lo largo de la historia la relación establecida entre el médico y el paciente ha ido evolucionando, cambiando y moldeándose hasta llegar a lo que conocemos hoy. El paso de los años ha dejado una huella profunda en la relación terapéutica, que ha pasado de ser una relación desigual entre médico y paciente, donde el médico era el protagonista y el paciente un ente pasivo, a otra en la que el interés se centra no ya en el paciente sino en la relación de intercambio que se produce entre ambos participantes.

Por tanto, cada vez con más fuerza asistimos al abandono de los modelos autoritarios o paternalistas por otros más flexibles, honestos y comunicativos (basados en la deliberación) que pregonan la igualdad en la relación médico-paciente².

En este sentido, la asistencia a una persona debe efectuarse según unos principios básicos que resulten aceptables de forma universal, es decir, independientemente de cuál sea la cultura, moral o ética del individuo. Para garantizar los valores y derechos de los pacientes y profesionales sanitarios, la Bioética considera fundamentales los principios éticos de justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía^{3,4}.

Concretamente *“los principios de no maleficencia y de justicia tienen carácter público, y por tanto determinan nuestros deberes para con todos y cada uno de los seres humanos (...). Los principios de autonomía y beneficencia marcan, por el contrario, el espacio privado de cada persona, que ésta*

puede y debe gestionar de acuerdo con sus propias creencias e ideales de vida. Los dos primeros principios vienen a corresponderse con la llamada «ética de mínimos» (exigibles y no negociables) y los otros dos con la «ética de máximos»» (p.21) ⁴.

A lo largo de este capítulo comprobaremos como las distintas consideraciones del principio de autonomía del paciente explica en parte los cambios que la relación médico-paciente ha sufrido a lo largo de los años, así como la estrecha relación que guarda con el concepto “toma de decisiones compartidas” (TDC), el cual surge en aquellos contextos donde pacientes y profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre pruebas diagnósticas o tratamientos en los que no se dispone de una única o "mejor" opción ⁵ y donde se pretende tomar decisiones para elaborar un plan de tratamiento eficaz, que respete las preferencias, creencias y valores del paciente.

EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Hasta hace pocas décadas, el punto de vista del paciente y sus preferencias o valores no eran considerados por el médico a la hora de tomar una decisión acerca del plan terapéutico a seguir. Hoy en día el paciente asume un papel activo en estas decisiones en relación a su salud y a los tratamientos necesarios para su enfermedad.

Dicho cambio surge a partir de la década de los sesenta cuando comienzan a confluír una serie de factores ⁶:

- Progresivo descontento del paciente con la relación de dependencia que se establecía con el médico. El paciente se consideraba una persona adulta, autónoma y capaz de recibir información sobre su salud y actuar en consecuencia.
- Creciente deterioro de la imagen del médico, que pasa a ser un “técnico” con poca disponibilidad temporal para el enfermo. El paciente se considera un “usuario” que paga por unos servicios y puede exigir unas prestaciones en consecuencia.
- Las particularidades del trabajo en equipo de la medicina hospitalaria moderna y la inserción del médico en el organigrama del sistema de asistencia público o privado, que conllevan en parte la deshumanización de la relación médico-paciente y la falta de continuidad en la asistencia por el mismo profesional que no llega a conocer bien al paciente.

Un buen ejemplo de la evolución que ha sufrido la relación médico-paciente ha sido descrita con sumo detalle por Ezequiel y Linda Emanuel ⁷, los cuales proponen cuatro modelos que explican la relación que se establece entre ambos y que determina sin lugar a dudas el papel del paciente en la toma de decisiones médicas.

Para evaluar estos modelos los autores contemplan cuatro aspectos en base a los cuales se pueden identificar las diferencias entre cada uno de ellos. Estos aspectos son:

1. Objetivos de la interacción médico-paciente (rol del médico)
2. Obligaciones del médico
3. Papel de los valores del paciente
4. Concepción de la autonomía de los pacientes.

Su pretensión no es otra que poder contestar a la pregunta: ¿Cuál debería ser la relación ideal médico-paciente? Se distinguen los siguientes modelos de relación terapéutica⁷:

A. MODELO PATERNALISTA

Conocido también como modelo sacerdotal, en donde los médicos adquieren un protagonismo destacado en la relación terapéutica quedando el paciente rezagado a un segundo lugar. En este modelo el médico lleva el peso de la relación y las interacciones nacen y mueren en él, excluyendo al paciente de este proceso. Es una relación vertical entre una persona sin conocimientos médicos, desvalida y que sufre, y otra que posee el conocimiento necesario para solucionar y/o aliviar su sufrimiento. Son obligaciones del médico asegurarse que el paciente recibe los tratamientos necesarios para que mejore su salud y bienestar, por lo que le hará propuestas firmes y cerradas para que recupere su salud, sin mediar más explicaciones acerca de la enfermedad, sus implicaciones o los efectos secundarios de los tratamientos. En este modelo el médico actúa como el “guardián del paciente” y decide lo que es mejor para éste. Por tanto en este modelo la beneficencia parte del médico ya que se considera que el paciente no está capacitado para valorar las alternativas terapéuticas y decidir correctamente. Tanto es así que puede llegar a sobrepasar los intereses personales del paciente, quedando la autonomía del paciente pospuesta a otro momento que el médico considere mejor. El médico paternalista asume la responsabilidad de las decisiones terapéuticas a la vez que tranquiliza al paciente. Este modelo que nació con Hipócrates nos ha acompañado hasta la mitad del siglo XX.

B. EL MODELO INFORMATIVO

También se le conoce por modelo científico, técnico o del consumidor-usuario. En este modelo el médico facilita al paciente la información diagnóstica y terapéutica suficiente para que éste pueda decidir la estrategia terapéutica más conveniente para la mejora de su estado de salud y bienestar. Para ello, el médico comparte su experiencia y conocimientos con el fin de facilitar la toma de decisiones por parte del paciente, tratando de minimizar la incertidumbre que se genera normalmente en este tipo de procesos. Este modelo sólo es aceptable en una relación puntual ya que supone que el paciente debe tener sus valores bien definidos y conocidos, y construir su elección a partir de la información y de los hechos técnicos brindados por el médico. En consecuencia, la autonomía del paciente es equivalente al control total del paciente sobre la toma de decisiones médicas, una vez tenga la información correspondiente, esté libre de coacciones externas e internas y sea competente. Aquí el médico no ejerce la beneficencia. Por tanto, el médico

que adopta el modelo “consumista” informa al paciente y se limita a ofrecer los pros y contras de las opciones terapéuticas existentes, sin realizar ningún tipo de recomendación que pueda influir en la decisión del paciente.

C. EL MODELO INTERPRETATIVO

En este modelo, los autores exponen que “la interacción médico-paciente se centra en discernir los valores del paciente y lo que quiere en realidad (sus preferencias) y ayudar al paciente a seleccionar las opciones médicas disponibles en función de sus valores. Para cumplir dicho objetivo, el médico se convierte en un mero asesor, ofreciéndole al paciente explicaciones acerca de la naturaleza de la enfermedad, los riesgos y los beneficios de las posibles estrategias terapéuticas que se puedan llevar a cabo, razón por la cual se deben aclarar y hacer coherentes los valores, debido a que algunas veces no son fijos, ni conocidos por los propios pacientes. En este modelo, no es responsabilidad del médico juzgar los valores del paciente, sino ayudar a comprender para que pueda el paciente determinar la elección que más sea de su interés en función de los valores interpretados. Es un modelo estático.

D. EL MODELO DELIBERATIVO

En este caso se genera una interacción donde el médico influye en la clarificación y determinación de los mejores valores para el paciente que se encuentra en una determinada situación clínica. Para tal fin, el médico se convierte en un consejero que estructura la deliberación, informa de las alternativas técnicas disponibles, sin coaccionar ni manipular, analiza la información de la situación clínica del paciente, dialogando sobre los beneficios y riesgos de las alternativas terapéuticas, mientras el paciente expone sus valores y comunica sus preferencias y réplicas hacia esas opciones. Es un modelo dinámico. De esta forma se delibera antes de tomar la decisión final sobre la estrategia terapéutica a seguir. Así en este modelo los autores consideran el concepto de autonomía del paciente contemplando no solo la información, la competencia y la libertad del paciente, sino la capacidad de éste para deliberar con sus propios criterios y preferencias y con los que propone el médico. Este aspecto cobra especial relevancia en el tratamiento del cáncer, donde el éxito de las terapias puede depender en gran medida de la comprensión y valoración que el paciente haga de las diferentes opciones terapéuticas⁸.

Como se ha podido comprobar todos estos modelos consideran la autonomía del paciente como el aspecto fundamental que define el tipo de relación médico-paciente, la diferencia estriba en el valor que le dan a dicha autonomía. Desde este planteamiento parece ser que es precisamente el principio de autonomía del paciente el único responsable de la crisis de la beneficencia paternalista tradicional, no obstante es un error reducir a ello la fundamentación ética del nuevo modelo deliberativo^{4,9}.

En palabras de Pablo Simón (p.34)⁹ este argumento “*produce en los profesionales sanitarios la impresión de que, ahora, el que “toma el mando” en el nuevo modelo es, unilateralmente, el paciente. El médico queda relegado a mero ejecutor de los deseos del enfermo, que se fundamentan en sus*

derechos como usuario, y que son ilimitados. Pero eso no es así, ni siquiera desde la perspectiva del propio paciente que sigue esperando que sus médicos le ayuden a tomar decisiones, le recomienden, le sugieran, le acompañen, le expliquen, aunque respetando su autonomía última para aceptar o rechazar una intervención. (...) De este modo, el profesional benéfico aportará a la relación clínica sus conocimientos científico-técnicos y su experiencia para establecer la indicación adecuada y el paciente autónomo aportará sus valores, sus preferencias y sus creencias. Lo que “debe hacerse”, por tanto, será el resultado de la ponderación prudente de las obligaciones derivadas del respeto a la autonomía y a la beneficencia, en un marco preestablecido por la no-maleficencia y la justicia”.

Por último destacar que Ezequiel y Linda Emanuel⁷ afirman que “*diferentes modelos pueden ser apropiados cuando varían las circunstancias clínicas. De hecho, los cuatro modelos pueden servir de guía a médicos y pacientes en diferentes momentos del proceso terapéutico. Sin embargo, es importante determinar un modelo que pueda ser asumido por todas las partes, una base de referencia; los otros modelos podrán ser usados excepcionalmente, pero requerirán una justificación basada en las circunstancias concretas de la situación médica*”.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS 4 MODELOS

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del paciente	Objetivos y compartidos por el médico y el paciente	Definidos, fijos y conocidos por el paciente	Vagos y controvertidos que requieren aclaración	Abiertos al cambio y revisión a través de la discusión moral
Obligaciones del médico	Promocionar el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente	Proporcionar información de los hechos relevantes y llevar a cabo la intervención seleccionada del paciente	Dilucidar e interpretar los valores relevantes del paciente, así como informar y realizar la intervención seleccionada del paciente	Articular y persuadir al paciente de los valores más admirables así como informar y realizar la intervención seleccionada del paciente
Concepción de la autonomía de los pacientes	Acorde con valores objetivos	Elegida y controlada por el paciente conforme a la información médica	Autocomprensiva acorde a la asistencia médica	Autodesarrollo moral acorde a la asistencia médica
Concepción del rol del médico	Protector o guardian	Experto competente técnico	Consejero	Amigo o maestro

* Tomado de Emanuel y Emanuel (1992)

TOMA DE DECISIONES EN ONCOLOGÍA

Los cambios observados en la relación médico-paciente que acabamos de comentar se han desencadenado por la intervención de numerosos factores entre los que podemos destacar: vivir en una sociedad donde existe una mayor toma de conciencia acerca de los derechos del ciudadano y donde la necesidad de estar “bien informados” se hace patente, el fácil acceso a la información médica especializada a través de Internet y los cambios en los sistemas de salud que perciben la relación médico-paciente como de prestador de servicios-cliente.

Junto a estas circunstancias, los avances tecnológicos y científicos de las últimas décadas permiten obtener diagnósticos más precisos y alternativas terapéuticas más complejas que requieren de la participación del paciente que aporta sus preferencias, creencias y valores a la toma de decisiones. Así en algunas ocasiones la toma de decisiones es bien sencilla ya que existe una clara evidencia científica que avala la decisión, mientras en otras ocasiones es obligado un debate en profundidad acerca de cuál será la opción más acertada⁵.

El término “**toma de decisiones compartidas**” (TDC) se pone en circulación por primera vez en los años ochenta¹⁰ y aún hoy no existe un acuerdo unánime sobre su definición. No obstante, está aceptado por la comunidad científica que la TDC implica un proceso de decisión conjunta entre el paciente y su médico, cuyo principal objetivo es que los pacientes estén informados y que adopten un papel activo en las decisiones sobre su salud⁵. Este concepto marca una diferencia clara respecto al consentimiento informado, ya que con el consentimiento informado al paciente se le proporciona información sobre las pruebas diagnósticas o terapéuticas que se le van a realizar solicitándole su aceptación, es decir la decisión clínica ya está tomada y el paciente muestra su conformidad, mientras que en la TDC se exponen diferentes alternativas clínicas para que el paciente tome una decisión conjuntamente con el equipo médico.

Dentro de la Medicina, la Oncología es una de las especialidades donde es más delicado el proceso de toma de decisiones compartida (TDC). Tanto es así que hay trabajos que muestran que los problemas en la comunicación de la información diagnóstica y del tratamiento son la causa más frecuente de insatisfacción del paciente^{11,12}.

El proceso de comunicación en la TDC es complejo¹³ y hay que tener en cuenta que el paciente tiene derecho a participar de la forma más autónoma posible durante todo el proceso, incluyendo este derecho poder elegir entre tener un papel activo en la toma de decisiones como poder delegar, total o parcialmente, en su médico o familiares, ya que hay pacientes que no desean participar en la toma de decisiones¹⁴⁻¹⁵ y éste es un derecho que el profesional debe respetar¹⁶⁻¹⁹. Incluso puede darse el caso de un mismo paciente que a lo largo de su proceso terapéutico modifique el tipo de información deseada según cambien sus circunstancias personales o de salud²⁰.

En estos momentos la investigación necesita profundizar en la influencia de la cantidad y calidad de la información proporcionada, del modo en que es utilizada, de la manera en que influye dicha información en la TDC, etc. También es necesario investigar sobre el tipo de pacientes, de problemas y la influencia de variables (culturales, sociales,) que determinen el deseo de los pacientes a implicarse en mayor o menor medida en la TDC, ya que éste es un acto individual que debe tener en cuenta las

preferencias, valores y creencias de los pacientes²¹⁻²², y, a pesar de ello, hay pacientes que refieren sentirse inseguros durante este proceso y piden apoyo para solventarlo²³.

Para realizar una TDC coherente es necesario tener en cuenta una serie de requisitos, en este sentido estamos de acuerdo con Cruzado²⁴ cuando comenta que para tomar una decisión compartida es necesario elaborar una definición exacta del problema, un diseño de equiponderación, plantear los elementos que inducen incertidumbre sobre el mejor curso de acción, proporcionar toda la información disponible acerca de las mejores acciones y apoyar el curso óptimo de deliberación para decidir. Todos estos pasos no están exentos de obstáculos. Entre los más importantes cabe destacar la falta de tiempo disponible, que el nivel educativo del participante sea escaso y no reúna las características suficientes para una TDC, la predilección del paciente por una actitud pasiva en la relación y el deseo de que el médico tome un papel más directivo, o la ausencia de medios y recursos para llevar a cabo esta ayuda.

Otro problema que consideramos tiene la TDC es el exceso de información que a veces trae consigo el paciente antes de comentar el acto médico. Dicha información que a menudo viene de Internet, es a veces confusa, ambigua e inespecífica de cada caso y en casos extremos engañosa, falsa y que crea unas expectativas totalmente alejadas de la realidad²⁵⁻²⁶. Ante esta situación el oncólogo deberá mostrar a estos pacientes "informados" la validez de dicha información.

La TDC va tomando auge en nuestro entorno y muestra de ello es que en los últimos años los sistemas públicos de salud están promoviendo una serie de iniciativas basadas en la consideración del ciudadano como centro del sistema, donde la satisfacción de sus necesidades y expectativas es su principal objetivo. Esto se traduce en desarrollar herramientas específicas para tal fin.

Estas herramientas son cada vez más necesarias, ya que muchas veces los pacientes tienen que decidir entre diferentes y complejas pruebas de cribado, distintos tipos de tratamientos, hacerse o no un test genético, etc., y cualquiera de estos procesos cuenta con ventajas y desventajas con las que no está familiarizado el paciente, unido a que dicha decisión ha de tomarse en poco tiempo y sin que el médico conozca las preferencias y actitudes del paciente frente a éstas²².

Por tanto, cada vez más se están diseñando para los pacientes **instrumentos de ayuda para la toma de decisiones** (IATD) acordes con la patología presente y adaptados al nivel de comprensión del mismo²⁷. Los IATD tienen como objetivo ayudar a las personas a deliberar sobre sus opciones de tratamiento, ya sea de forma independiente o en colaboración con otros, considerando todos los atributos relevantes que puedan ayudar a prever cómo se sentirá la persona a corto, medio y largo plazo⁵.

Los IATD pueden adoptar formatos muy diversos, tales como: texto escrito, cinta de audio, video, DVD, página Web, programa informático, programas interactivos, etc²⁸⁻²⁹. Pueden incluir métodos para clarificar y expresar los valores y preferencias del paciente, proporcionar una guía estructurada paso a paso sobre las instrucciones para tomar una decisión, virtualizar los resultados posibles de cada una de las opciones de la decisión, etc³⁰. A veces también pueden incluir historias de pacientes, en las que se describen experiencias en situaciones semejantes y las razones de sus decisiones. Asimismo, las ayudas a la toma de decisiones pueden usarse durante o después del encuentro con el médico, con o sin su presencia²⁹.

Más concretamente en el territorio español cabe citar algunas iniciativas interesantes como el IATD del abordaje terapéutico del cáncer de mama en estadio inicial diseñado para el Sistema Sanitario Público de Andalucía: “Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama: ¿qué opción prefiero?”⁸.

Este IATD ofrece a la paciente un *Test de conocimiento* con el fin de ayudarla a reconocer el nivel de conocimiento que ha adquirido sobre la enfermedad y su tratamiento, así como un *Cuestionario-balanza* para valorar la importancia otorgada a las ventajas e inconvenientes que se derivan de cada opción. Presenta los contenidos con un diseño atractivo, una extensión y lenguaje adecuado e información clínica de calidad. Los resultados refieren que el instrumento resuelve las dudas de las pacientes en un 95% y tiene capacidad para resumir la información esencial para tomar la decisión en un 90%. Asimismo este IATD ofrece información relevante que prepara a la paciente para la toma de decisiones, con una ausencia de conflicto decisional del 85,31 (en una escala 1-100).

Respecto a la evaluación de este IACD, como aspectos positivos del instrumento las pacientes destacan la posibilidad de recibir información sobre el cáncer de mama con una perspectiva integral (bio-psico-social) y la mejora de la relación médico-paciente, por su parte los profesionales sanitarios inciden en el derecho de la paciente a participar en el proceso de su enfermedad y la necesidad de romper con el modelo paternalista y dirigido.

Como aspectos negativos los profesionales ven el tiempo necesario para aplicarlo como un obstáculo importante no obstante los profesionales que participaron en la validación del IATD consideran totalmente factible el uso de este Instrumento y recomiendan firmemente la extensión de esta iniciativa a otros procesos asistenciales. Las pacientes consideran el potencial déficit de los profesionales en habilidades de comunicación para tratar valores y aspectos emocionales de la paciente.

La investigación general acerca de la utilidad de estos instrumentos arroja resultados muy positivos tanto en la pasividad, incertidumbre e indecisión de los pacientes que disminuyen, como a la hora de elegir procedimientos terapéuticos (escogen los menos invasivos), iniciar los tratamientos (los inician antes) y en general alcanzar decisiones de mejor calidad³¹⁻³². No obstante, el IATD nunca debe sustituir el contacto directo con el médico sino que lo complementará.

Cabe destacar que a pesar de que los resultados son optimistas, en el ámbito de la oncología no existe un uso extendido de estas herramientas³³.

PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES EN LA TOMA DE DECISIONES EN LA ONCOLOGÍA ESPAÑOLA

En España, la Universidad de los Pacientes ha elaborado recientemente un nuevo trabajo² con el objetivo de conocer los criterios que los pacientes utilizan en el proceso de TDC en relación al propio tratamiento; incluyendo además, las opiniones y percepciones de los profesionales de la oncología, sobre la visión expresada por los pacientes. En este estudio cualitativo se empleó la técnica de grupos focales, entre los resultados obtenidos cabe destacar (Pp.7-9):

1. Pacientes y familiares enfatizaron la importancia y el valor terapéutico de la *información*, considerando que desearían recibir una información más comprensible y ajustada a las propias necesidades y preferencias.
2. Describen un nuevo rol de paciente con un perfil más activo. No obstante, la percepción de los pacientes es que todavía no encuentran de qué manera ejercer efectivamente esta *participación* y que el cáncer es una enfermedad donde la capacidad de decisión autónoma queda determinada por la complejidad y la urgencia del proceso.
3. Existe una tendencia de cambio en el modelo de *relación médico – paciente*. Si bien aún no se ha abandonado el modelo paternalista, los cambios en la sociedad y una mayor implicación de pacientes y ciudadanos en relación a la propia salud, hacen que se comience a evolucionar hacia un modelo médico - paciente más participativo y deliberativo.
4. Afectados y familiares expresan la importancia de que el profesional sea quien acompañe en el proceso de TDC e identifican algunas de las *barreras* que pueden interferir durante este proceso:
 - La brevedad de la consulta médica y la sensación de falta de tiempo
 - Las complejidad que presentan la organización y la estructura de los centros hospitalarios
5. Los profesionales de la oncología consideran que un paciente puede asumir una *decisión terapéutica consensuada* con su médico, sólo si dispone de la información suficiente acerca de las alternativas diagnósticas y terapéuticas disponibles para su caso y se siente acompañado por el profesional que delibera junto a él estas opciones, en base al conocimiento y a la propia experiencia, en el proceso de toma de decisiones.
6. El *valor terapéutico* en los pacientes oncológicos reside en:
 - Recibir información sensible y adaptada a las propias preferencias y necesidades
 - Comprender la información que reciben y poder integrarla en la toma de decisiones
 - Confiar en el médico y establecer una relación basada en el diálogo y en el respeto mutuo
 - Disponer de un oncólogo de referencia
 - Recibir una atención integral y continuada

Estos resultados no son más que el reflejo de nuestra realidad y sirven para recordarnos que la práctica de la TDC en la Oncología española se encuentra en sus comienzos, pero que ante todo debemos luchar por mantener la dimensión humana de ésta, la relación médico-paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. I Curso de cuestiones éticas y deontológicas: relación médico-paciente. Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. 2008
2. Fundació Josep Laporte El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. Barcelona: Publicaciones Universidad de los Pacientes. 2009.
3. GRACIA D, Ética Médica. En: FARRERAS P, ROZMAN C, editores. Medicina Interna. Vol I. 3ª ed. Barcelona: Doyma 1995: 33-39.
4. Gracia, D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin Barcelona 2001; 117:18-23.
5. Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., Rivero-Santana, A. y González-Lorenzo, M. *Toma de decisiones compartidas en oncología Psicooncología*. Vol. 7, Núm. 2-3, 2010, pp. 233-241.
6. González Barón, M., Díaz Martínez, F. y Ordoñez Gallego, A. La relación médico-paciente en oncología. Barcelona, Ars Medica. 2002.
7. Emanuel E, Emanuel L, "Four models of physicianpatient relationship". JAMA; 267:2221-6, 1992.
8. Pérez, C., Acebal, M., Alonso, E., Carmona, G., Álvarez, M. et al. Diseño del instrumento de ayuda para la toma de decisiones: "Alternativas de tratamiento para el cáncer de mama: ¿qué opción prefiero?" Psicooncología 2010, 7 (2-3): 375-388.
9. Simon, P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.
10. Braddock C. The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. Med Decis Making 2010, 30:5S-7S.
11. Coulter, A. y Cleary, PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. Health Affairs 2001, 20:244-52.
12. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, HP., Ferreira, P., Hearnshaw, H et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. British Journal of General Practice 2000, 50:882-7.
13. O'Connor, A., Stacey, D., Entwistle, V. et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev: CD001431, 2003. Doi: 10.1200/JCO.2010.29.9768.
14. Solomon, MJ., Pager, CK., Findlay, M., Butow, P. y Salkeld G. What Do Patients Want? Patient Preferences and Surrogate Decision Making in the Treatment of Colorectal Cancer. Dis Colon Rectum 2003; 46(10):1351-7.

15. Guadagnoli, E y, Ward, P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998, 47:329-39.
16. Hubbard, G., Kidd, L. y Donaghy, E. Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: A review of the literature. *European Journal of Oncology Nursing*. 2008,12, (4): 299-318.
17. Say, R. y Thomson, R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327:542-545.
18. *II Plan Integral de Oncología de Andalucía. Código de buenas prácticas en comunicación: para la mejora de la comunicación entre servicios asistenciales y pacientes con cáncer y sus familias.* Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2007.
19. Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32.
20. Ordoñez Gallego, A. y Lacasta Reverte, M.A. Cómo dar malas noticias. Diálogo terapéutico y preguntas difíciles. En SEOM, *Manual SEOM de Cuidados Continuos*. 2004.
21. Beaver, K., Jones, D., Susnerwala, S., Craven, O., Tomlinson, M., Witham, G., et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expect* 2005, 8(2):103-13.
22. Beaver, K. y Booth, K. Information needs and decision-making preferences: comparing findings for gynaecological, breast and colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2007, 11(5):409-16.
23. Stacey, D, Samant, R, y Bennett C. Decision making in oncology: a review of patient decision aids to support patient participation. *CA Cancer J Clin* 2008, 58:293-304.
24. *Cruzado, J.A.* La toma de decisión de los participantes en Consejo Genético Oncológico. *Psicooncología*. 7(2-3), 2010, pp. 341-362.
25. Markman, M, Petersen, J, Montgomery R. An examination of characteristics of lung and colon cancer patients participating in a web-based decision support program. *Internet-based decision support programs*. *Oncology* 2005, 69(4):311-6.
26. Aires, M.M., Virizuela, E., Cano, F.J. y García, J. “Búsqueda de información médico-científica en Internet y afrontamiento de la enfermedad en el paciente oncológico” I Congreso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde. *Faro*, febrero de 2009 (CD Actas del Congreso p. 1409).
27. *Soriano, M.,Blasco,J.A.,Izquierdo, F. y Guerra, M.* Herramientas de ayuda a la toma de decisiones en cáncer colorrectal: una revisión. *Psicooncología*. 7(2-3), 2010: 329-339.
28. Kim J, Whitney A, Hayter S, Lewis C, Campbell, M, Sutherland L, Fowler B, Googe S, McCoy R, Pignone M. Development and initial testing of a computer-based patient decision aid to promote colorectal cancer screening for primary care practice. *BMC Med Inform Decis Mak* 2005; 5:36.

29. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Decis Making* 2010; 30:701-11.
30. O'Connor A.M., Stacey D, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Entwistle V et al. Do patient decision aids meet effectiveness Criteria of the International Patient Decision Aid standards collaboration? A Systematic review and meta-analysis *Med Decis Making* 2007 27: 554-74.
31. Stacey D, Samant R, Bennett C. Decision making in oncology: a review of patient decision aids to support patient participation. *CA Cancer J Clin* 2008; 58:293-304.
32. O'Connor, A., Bennett, C., Stacey, D., Barry, M., Col, N., Eden, K., et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3):CD001431.
33. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review of health professional's perceptions. *Implement Sci* 2006; 1:16.