

La ciencia de elegir sabiamente – Superar la ilusión terapéutica

David Casarett, M.D.

Casarett D. The Science of Choosing Wisely--Overcoming the Therapeutic Illusion. N Engl J Med. 2016 Mar 31;374(13):1203-5.

En los últimos años, Estados Unidos ha visto aumentar los esfuerzos para reducir el uso inapropiado de pruebas y tratamientos médicos. Quizás el más visible ha sido la campaña “Choosing Wisely (Elegir Sabiamente)”, en la que las sociedades médicas han identificado muchas pruebas, medicamentos y tratamientos que se usan de manera inapropiada. El resultado son recomendaciones que advierten contra el uso de estas intervenciones o sugieren que sean consideradas más cuidadosamente y discutidas con los pacientes.

Sin embargo, el éxito de tales esfuerzos puede verse limitado por la tendencia de los seres humanos a sobreestimar los efectos de sus acciones. Los psicólogos llaman a este fenómeno la “**ilusión del control**”, que se basa en nuestra tendencia a inferir la causalidad donde no existe (1). En medicina, puede llamarse la “**ilusión terapéutica**”, una denominación aplicada por primera vez en 1978 al “entusiasmo injustificado por el tratamiento por parte de los pacientes y de los médicos” (2). Cuando los médicos creen que sus acciones o herramientas son más eficaces de lo que realmente son, los resultados pueden traducirse en una asistencia innecesaria y costosa. Por ello, creo que los esfuerzos para promover una toma de decisiones más racional necesitarán abordar directamente esta ilusión.

La mejor ilustración de la **ilusión de control** proviene de estudios en los que se pidió a los voluntarios averiguar cómo presionar un botón para que se iluminara un panel (3). Los voluntarios buscaron con entusiasmo estrategias y generalmente confiaron en que lo habían conseguido. Sin embargo, no sabían que su éxito estaba determinado enteramente por el azar.

El fenómeno se ha descrito desde entonces en contextos ampliamente variados. Los jugadores, por ejemplo, sobreestiman constantemente el control que tienen sobre los resultados, tanto en el juego como en la vida cotidiana. Su creencia los lleva a participar en comportamientos aparentemente extraños o rituales, tales como tirar dados de una cierta manera o usar colores específicos. Pero la **ilusión de control** es generalizada, y sus efectos pueden ser potenciados cuando las personas son colocadas en posición de autoridad o sometidas a la presión del tiempo o competencia.

Las decisiones que los médicos toman al lado de la cama son a la vez más complicadas y más basadas en evidencias que las decisiones de voluntarios en un laboratorio. Sin embargo, los médicos también sobrestiman los beneficios de todo, desde las intervenciones para el dolor de espalda hasta la quimioterapia contra el cáncer (4,5). Y su **ilusión terapéutica** se traduce en el uso continuo de pruebas y tratamientos inapropiados.

El resultado de prácticamente todas las decisiones médicas está, al menos en parte, fuera del control del médico, y el azar puede alentar a los médicos a adoptar creencias equivocadas sobre la causalidad. Por ejemplo, el lavado articular se utiliza en exceso para aliviar el dolor de rodilla por osteoartritis, a pesar de una recomendación en contra de la Academia Americana de Cirugía Ortopédica. El dolor de rodilla tiende a aparecer y desaparecer, por lo que muchos pacientes informan mejoría en los síntomas después del lavado, creyendo que la intervención fue efectiva.

Por otra parte, la **ilusión terapéutica** se ve reforzada por una tendencia a buscar selectivamente evidencias del impacto - una manifestación del “sesgo de confirmación” que nos lleva a buscar sólo evidencias que apoyen nuestras creencias. Los médicos pueden ser particularmente susceptibles a ese sesgo cuando atienden a un paciente con una enfermedad compleja. Cuando un paciente tiene múltiples problemas médicos, a menudo es posible encontrar alguna evidencia de mejoría después de una intervención, particularmente si el paciente está siendo intensamente monitorizado. Por ejemplo, la Critical Care Collaborative desaconseja la administración de nutrición parenteral total durante los primeros 7 días para pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, si se utiliza, las pruebas disponibles probablemente proporcionen al menos algunas evidencias de mejoría en los electrolitos de un paciente, estado de volumen o nivel de prealbúmina.

La **ilusión de control** está profundamente arraigada en la psicología humana en forma de heurístico, en el que confiamos para interpretar eventos y tomar decisiones. Los heurísticos son “atajos mentales” que utilizamos subconscientemente para simplificar la solución de problemas cognitivos complejos, transformándolos en operaciones más sencillas, y son muy económicos y efectivos por lo general, pero conducen a errores sistemáticos y predecibles. Y en estos casos, podemos mejorar sus efectos mediante el razonamiento o Sistema 2, para no saltar rápida y equivocadamente a las conclusiones sin relacionar datos. Por ejemplo, tendemos a ignorar la probabilidad preanálisis (o prevalencia previa) de una enfermedad al hacer un diagnóstico, lo cual puede causar sobrediagnósticos de enfermedades raras e infradiagnósticos de las comunes. A los estudiantes de medicina se les enseña la regla “Cuando escuches cascos, busca caballos, no cebras”.

Esta estrategia puede ayudar a frenar la ilusión terapéutica. Por ejemplo, dado que la reducción de la ingesta oral puede ser un signo de demencia avanzada, y es a menudo un marcador de mal pronóstico, varias sociedades médicas han recomendado no usar rutinariamente de tubos de alimentación en pacientes con demencia. Aunque abstenerse de colocar un tubo de alimentación es una decisión emocional con implicaciones éticas y legales, dos razonamientos conscientes pueden ayudar a contrarrestar la ilusión terapéutica.

El primero podría ser formulado como: “Antes de concluir que un tratamiento es eficaz, busca otras explicaciones”. Por ejemplo, si, como consecuencia de una disminución de la ingesta y del peso corporal se coloca el tubo, la explicación de un posterior aumento del peso podría explicarse por la regresión a la media, la disminución de la actividad, la reducción de la infección y/o la reducción de la agitación, en lugar de por el tubo.

El segundo podría ser: “Si ves evidencia de éxito, busca evidencia de fracaso”. En otras palabras, prueba las suposiciones de efectividad buscando resultados negativos. Incluso si un paciente gana peso, otros resultados podrían incluir episodios continuos de neumonía por aspiración, o úlceras de decúbito nuevas o progresivas. Los médicos pueden iniciar una intervención expresando explícitamente cómo se medirá el éxito y el fracaso.

La ilusión terapéutica no es el único factor que conduce al sobretratamiento. Por ejemplo, las decisiones sobre los tubos de alimentación en demencia avanzada están influenciadas por presiones de reembolso, medidas de calidad, miedo a litigios y expectativas familiares. Pero creer que se puede eliminar o restringir un tratamiento ineficaz únicamente denunciando que se mantiene por la ilusión terapéutica, es caer también en otra ilusión. Por lo tanto, se necesita investigación sobre cómo manejar en la práctica la ilusión terapéutica para conseguir reducir el sobretratamiento. La investigación también podría centrarse en los roles que las nuevas

herramientas podrían desempeñar para contrarrestar la ilusión. Por ejemplo, un sistema electrónico de toma de datos, seguimiento y visualización de los resultados, permite evaluaciones más racionales de la causalidad y el impacto.

También se necesita investigación para definir cómo los esfuerzos para reducir la ilusión terapéutica pueden integrarse mejor en la formación médica. Así como todos estamos sujetos a la ilusión de control, los médicos son vulnerables a la ilusión terapéutica mucho antes de ver a su primer paciente. Por lo tanto, la estrategia para descubrir y minimizar este sesgo debe ser desarrollada y probada en la facultad de medicina, en la educación médica de posgrado, y en el aprendizaje a lo largo de toda la vida.

Por último, la investigación es necesaria para estudiar el papel positivo que la ilusión terapéutica podría jugar en la atención de la salud. Por ejemplo, tal vez contribuya al bienestar psicológico de los médicos y otros profesionales sanitarios al reforzar su confianza y mantener su creencia en el valor que ofrecen a los pacientes. También podría ser un ingrediente necesario en la toma de decisiones médicas. Un enfoque puramente racional en la toma de decisiones, en el cual los médicos cuestionan y dudan de su propia efectividad, podría llevar al infratratamiento, con los daños resultantes que son tan sustanciales como los del sobretatamiento.

Elegir sabiamente puede ser un intento ambicioso de abordar el problema del sobretatamiento, pero no es realista pensar que vaya a ser eficaz cualquier solución única. La confianza de la campaña en las sociedades médicas corre el riesgo de cierta defensa parroquiana, que ha producido recomendaciones enfocadas de manera desproporcionada hacia los procedimientos de las otras especialidades. Un enfoque más amplio podría comenzar con la formación de los alumnos sobre habilidades para reconocer y manejar la ilusión terapéutica. Además, será esencial contar con el apoyo de los grupos de pacientes y de los gestores sanitarios.

Tales esfuerzos requerirán tiempo, empeño y organización. Mientras tanto, los médicos pueden comenzar a reconocer y aprender a enfrentarse a su ilusión terapéutica, porque es uno de los factores que inadvertidamente más contribuyen al sobretatamiento. Mediante la evaluación de su propia práctica, el examen de sus propias creencias y expectativas, y la aplicación de sencillos recordatorios de prudencia, todos los médicos pueden contribuir a una atención más racional, basada en la evidencia.

Referencias:

1. Langer EJ. The illusion of control. *J Pers Soc Psychol* 1975; 32: 311-28.
2. Thomas KB. The consultation and the therapeutic illusion. *Br Med J* 1978; 1: 1327-8.
3. Jenkins HM, Ward WC. Judgement of contingency between responses and outcomes. *Psychol Monogr* 1965; 79: 1-17.
4. Cherkin DC, Deyo RA, Wheeler K, Ciol MA. Physician views about treating low back pain: the results of a national survey. *Spine (Phila Pa 1976)* 1995; 20: 1-10.
5. Schroen AT, Detterbeck FC, Crawford R, Rivera MP, Socinski MA. Beliefs among pulmonologists and thoracic surgeons in the therapeutic approach to non-small cell lung cancer. *Chest* 2000; 118: 129-37.