

# Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión

Informes de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias  
SESCS Núm. 2007/04

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**



MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACIÓN



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL



Gobierno  
de Canarias

Perestelo Pérez, L.

Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión / L. Perestelo Pérez... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Ciencia e Innovación. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, D.L. 2010. – 111 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SECS ; 2007/04)

Bibliografía

D.L. TF 1316/2010

ISBN:

NIPO 477-09-058-0

1. Herramientas de ayuda 2. Toma de decisiones 3. Depresión  
I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de  
Ciencia e Innovación

Edita: Ministerio de Ciencia e Innovación

Imprime: Litografía Gráficas Sabater

Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud elaborado por el Ministerio de Sanidad y Política Social, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Ciencia e Innovación, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

Perestelo Pérez L, González Lorenzo M, Rivero Santana AJ, Pérez Ramos J. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2007/04.



MINISTERIO  
DE CIENCIA  
E INNOVACION



Agencia de Evaluación de  
Tecnologías Sanitarias  
Instituto de Salud  
Carlos III



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y POLÍTICA SOCIAL



Plan de Calidad  
para el Sistema Nacional  
de Salud



Gobierno  
de Canarias



## Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a D<sup>a</sup>. Beatriz Duque González su apoyo como documentalista en la revisión. Además a D<sup>a</sup>. Thaylí María León Plasencia por el apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión y a D<sup>a</sup>. Carmen Bujalance Jiménez por la ayuda en labores de formato del informe.

También quieren agradecer, especialmente, a Andreas Loh y Daniela Simon por la colaboración prestada, al contactar y facilitar información sobre sus estudios y trabajos que realizan en la actualidad.



# Índice

<b>Resumen</b>	<b>11</b>
<b>Summary</b>	<b>17</b>
<b>I. Introducción</b>	<b>23</b>
I.1. Toma de decisiones compartida (TDC)	23
I.2. Herramientas de Ayudas para la Toma de Decisiones (HATD)	24
I.3. Objetivos de las HATD	25
I.4. Utilidad de las HATD	26
I.5. HATD en el ámbito internacional y nacional	27
I.6. HATD en salud mental	27
I.7. HATD en depresión	28
<b>II. Objetivos de la revisión</b>	<b>31</b>
II.1. Objetivos primarios	31
II.2. Objetivos secundarios	31
<b>III. Metodología</b>	<b>33</b>
III.1. Diseño	33
III.2. Criterios de selección	33
III.2.1. Tipos de estudios	33
III.2.2. Tipos de participantes	34
III.2.3. Tipos de intervención	34
III.2.4. Tipos de medida de resultados	35
III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios	36
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	38
III.5. Extracción y análisis de datos	38
<b>IV. Resultados</b>	<b>41</b>
IV.1. Estudios incluidos	41

IV.2. Estudios excluidos	41
IV.3. Características de los estudios incluidos	44
IV.4. Calidad metodológica	48
IV.4.1. Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)	48
IV.4.2. Estudio Observacional (EO)	50
IV.5. Resultados evaluados	52
IV.6. Resultados obtenidos	54
IV.6.1. Sintomatología depresiva y nivel de severidad	54
IV.6.2. Proceso de TDC	55
IV.6.3. Adherencia al tratamiento	56
IV.6.4. Otras medidas de resultado	58
IV.7. Descripción de las intervenciones (HATD)	61
IV.8. Evaluación de la intervención (HATD)	62
<b>V. Discusión</b>	<b>65</b>
V.1. Revisiones anteriores sobre las HATD	65
V.2. Herramienta de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión	68
V.3. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión y otras patologías	71
V.4. Algunas consideraciones finales	71
<b>VI. Referencias</b>	<b>73</b>
<b>VII. Contribución de los autores y revisores externos</b>	<b>81</b>
<b>Anexos</b>	<b>83</b>
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	83
Anexo 2. Escala de Jadad	88
Anexo 3. Escala de Estabrooks (modificada)	89
Anexo 4. Niveles y Grados de evidencia	91
Anexo 5. Hoja de extracción de datos (ECA)	92
Anexo 6. Hoja de extracción de datos (EO)	93
Anexo 7. Tabla de evidencia de los estudios (ECA)	94



Anexo 8. Tabla de evidencia de los estudios (EO)	95
Anexo 9. Referencias: estudios incluidos	96
Anexo 10. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión	97
Anexo 11. Tabla de evidencia de los estudios (ECA)	107
Anexo 12. Tabla de evidencia de los estudios (EO)	107



# Resumen

## Introducción:

Las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD) surgen como una medida complementaria al asesoramiento proporcionado por los médicos y se definen como intervenciones diseñadas para asistir a las personas a la hora de tomar decisiones de manera específica y deliberada, entre varias opciones diagnósticas o terapéuticas, con el objeto de hacer posible la toma de decisiones compartida (TDC) mediante la incorporación de las preferencias de los pacientes.

En el ámbito de salud mental, en el caso específico de los pacientes con depresión, está disponible muy poca información sobre cuál es la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre sus cuidados en atención primaria y especializada.

## Objetivos:

1. Revisión sistemática (RS) de la literatura para identificar y crear un inventario de las HATD disponibles para los pacientes con depresión.
2. Revisión sistemática de la efectividad de las HATD y el proceso de TDC para pacientes con depresión, analizar los resultados obtenidos, evaluar su utilidad e impacto, así como sobre diferentes resultados de la salud.

## Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE (desde 1950 hasta julio de 2007), EMBASE (desde 1980 hasta julio de 2007), PreMedline (hasta 5 de agosto de 2007), CINAHL (desde 1982 hasta agosto de 2007), PsycINFO (desde 1887 hasta 2007), Cochrane Library (Versión 2007, nº2), CENTRAL (Versión 2007, nº2), CRD (desde 1973 hasta la actualidad), y SSCI (desde 1945 hasta 2007). El análisis bibliográfico se complementó con consultas manuales y vía Internet (sobre publicaciones y proyectos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias e Instituciones Internacionales centradas en esta área de investigación).

## Criterios de selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios. Se revisaron revisiones sistemáticas previas sobre el tema y se incluyeron estudios primarios publicados hasta julio-agosto de 2007 referentes a HATD para pacientes con depresión. La selección de los artículos se limitó a aquellos publicados en inglés y/o en español.

En cuanto al diseño de los estudios se incluyeron ensayos controlados aleatorizados o cuasi-aleatorizados, ensayos clínicos controlados, estudios observacionales, estudios de comparación intragrupo y estudios de evaluación económica. Revisiones sistemáticas e históricas, estudios de un solo caso y consenso de expertos fueron excluidos.

Los estudios tenían que cumplir con las siguientes características:

1. Los estudios con intervenciones debían utilizar una HATD, combinada o no con intervenciones personales de apoyo a la decisión, con información detallada sobre cada una de las opciones, así como de los beneficios y riesgos que implicaban; o los estudios debían evaluar el proceso de TDC para el tratamiento de la depresión.
2. Los estudios debían reclutar a pacientes o personas que podían tomar decisiones sobre su propia salud entre varias opciones de tratamiento, excluyendo a aquellos participantes que fuesen profesionales sanitarios y tomaban decisiones sobre la salud de otros individuos.

También se excluyeron del análisis las intervenciones centradas en decisiones acerca de cambios en el estilo de vida, ingreso en un ensayo clínico o en abordajes generales de tratamiento, personas incapaces de participar en la toma de decisiones en el futuro, programas de educación no ligados a una decisión específica e intervenciones diseñadas para promover la adherencia o atraer el consentimiento informado respecto a una opción recomendada.

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyeron en esta RS evaluaron los siguientes aspectos: las preferencias de los pacientes entre varios tratamientos, la decisión real que tomaron los pacientes, el nivel de conocimiento y el nivel de incertidumbre, así como algunos aspectos relacionados con el proceso y la toma de decisión en

sí misma (generación de expectativas más realistas de los resultados, concordancia con los valores personales y la elección tomada, incremento de la participación en la toma de decisiones -interacción médico-paciente-, incremento de la probabilidad de que la selección de la opción reflejara las preferencias personales de resultados particulares -implementación de la elección-, mejoría en la satisfacción con el proceso de toma de decisiones y con la decisión tomada, reducción del conflicto, disminución de demandas y reclamaciones, uso de recursos sanitarios, etc.). Asimismo, también se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud y la propia evaluación de la HATD.

## Recopilación y análisis de datos:

Una vez identificadas las HATD que cumplían con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los contenidos en unas hojas/fichas de extracción de datos diseñadas diferencialmente para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA) y para los Estudios Observacionales (EO). Posteriormente, la información se clasificó en tablas de evidencia, siguiendo un protocolo estandarizado.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Jadad para los ECA y la escala de Estabrooks para los EO. Asimismo, se evaluó la HATD identificada siguiendo los criterios de calidad IPDAS – Internacional Patient Decision Aid Standards. Esta lista de chequeo incluye criterios de calidad que están relacionados con tres dominios de las HATD: contenido clínico, desarrollo del proceso y efectividad.

## Resultados:

Al eliminar los duplicados se revisaron 3902 referencias, de las que se seleccionaron 115. Finalmente fueron seleccionados y revisados 7 de ellos: 2 ensayos clínicos aleatorizados reportados en seis artículos (el primero de ellos reportado en: Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003, Von Korff 2003, y el segundo de ellos en: Loh 2007) y un estudio observacional (Wills 2003) que aún cuando no evalúa una intervención como tal, evalúa el nivel de satisfacción con el proceso de toma de decisiones en pacientes con depresión.

La muestra de participantes de los diferentes estudios, tanto en los ensayos clínicos aleatorizados como en el estudio observacional, estaba compuesta mayoritariamente por mujeres (74,8%). El rango de edad oscilaba entre los 31 y 50 años. En los dos ECA, se evaluaron dos intervenciones que consistían en programas multifacéticos basados en

conceptos de toma de decisiones compartidas. En ambos estudios, los participantes del grupo control recibieron los cuidados habituales del centro.

En cuanto a la evaluación de la calidad, la puntuación de cada uno de los ECA incluidos, según la escala de Jadad, fue de 2 puntos. Es necesario mencionar que los ECA incluidos pierden dos puntos en el cegamiento, debido a que los pacientes y profesionales sanitarios no pueden estar cegados en este tipo de intervención. En el EO (Wills 2003), se obtuvo una puntuación total de 16 sobre 26 puntos en la escala de Estabrooks.

Los resultados evaluados se agruparon en las siguientes categorías: sintomatología depresiva y nivel de severidad; proceso de toma de decisión (satisfacción, participación y conflicto decisional); adherencia al tratamiento; y otras medidas de resultado.

Con respecto a la sintomatología depresiva uno de los ECA mostró que en el seguimiento, los pacientes del grupo de intervención (Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003 y Von Korff 2003) tenían puntuaciones inferiores comparados con los pacientes del grupo control, aunque estas diferencias fueron marginales tanto a nivel clínico como estadístico. En el segundo ECA (Loh 2007), no se encontraron diferencias en la severidad de la depresión entre los dos grupos.

En cuanto al proceso decisional, la evidencia muestra que la HATD mejoró la satisfacción y la participación del paciente en el proceso decisional en los participantes del grupo de intervención del estudio de Loh (2007). En el EO (Wills 2003) se encontró que una baja satisfacción con la decisión fue asociada con menor implicación del paciente en la toma de decisión del tratamiento. Además, se encontró que mayores conflictos decisionales estaban asociados a una baja satisfacción.

Por otra parte, en cuanto a la adherencia al tratamiento, únicamente se encontraron diferencias entre grupos después de realizar la intervención en el estudio de Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003 y Von Korff 2003. En el estudio de Wills (2003), la satisfacción estaba asociada al uso autoinformado de la medicación antidepresiva. Los resultados mostraron que los pacientes que rechazaron la medicación antidepresiva tenían una satisfacción significativamente menor con sus centros de atención primaria, un conflicto decisional mayor, e informaron preferencia por un mayor control en la toma de decisión sobre su medicación, comparados con pacientes que alguna vez habían empezado la medicación. Asimismo, los pacientes que discontinuaron la medicación informaron de niveles

significativamente mayores de conflicto decisional sobre la toma de decisión de su medicación antidepresiva.

## Conclusiones:

A partir de los resultados obtenidos en esta revisión se observa que, en comparación con otros campos de la asistencia sanitaria, la investigación sobre las HATD en depresión se encuentra en fases iniciales. Además, la mayoría de los estudios realizados sobre TDC y depresión, se han centrado en evaluar el papel del clínico en el proceso decisional y no los efectos de la herramienta en sí misma.

La evidencia muestra que las HATD en depresión mejoran la satisfacción y la participación del paciente en el proceso decisional. Sin embargo, no existe evidencia sobre la satisfacción con la decisión tomada o la opción terapéutica llevada a cabo. Asimismo, no disponemos de información suficiente para saber si han incrementado los conocimientos de los pacientes sobre la depresión.

En términos de futuras investigaciones es necesaria más investigación para identificar variables que tengan un papel importante en el proceso de TDC en salud mental así como la validación de instrumentos que midan las particularidades de los cuidados en salud mental, especialmente en depresión. Asimismo, es necesario realizar estudios primarios donde se lleven a cabo programas multifacéticos formados por un equipo multidisciplinar en el que se evalúen los efectos de las HATD y TDC en pacientes con depresión.





# Summary

## Introduction:

Decision Aids (DAs) are interventions that act as support to advice and guidance provided by health care professionals. They are defined as interventions that help individuals make deliberated choices when faced with several options – either diagnostic or therapeutic – and their aim is to make possible the share decision making (SDM) through the inclusion of patients' preferences.

In the mental health field, specifically in patients with depression, very little information is available about the patient's involvement in the SDM.

## Objectives:

1. To conduct a systematic review (SR) to identify all DAs available for patients suffering from depression and to create an inventory.
2. To complete a SR of DAs' effectiveness and SDM process for patients with depression, analysing outcomes, and assessing their effectiveness and impact, as well on different health outcomes.

## Search strategy:

The following electronic databases were searched: MEDLINE (from 1950 to July 2007), EMBASE (from 1980 to July 2007), CINAHL (from 1982 to August 2007), PreMedline (August 2007), PsycINFO (from 1887 to 2007), Cochrane Library (Version 2007, No. 2), CENTRAL (Version 2007, No. 2), CRD (from 1973 to nowadays), and SCI (from 1945 to 2007). This search strategy was complemented by an internet and manual bibliographic on publications of Health Technology Assessment Agencies in different countries, including such agencies in Spain.

## Selection Criteria:

Two reviewers considered studies for inclusion. All primary research studies until July-August 2007 concerning DAs for patients with depression were considered provided they were published in English or

Spanish. We included randomized or quasi randomized clinical trials, controlled clinical trials, observational studies, comparative studies, and economic evaluations. Narrative reviews, case studies and studies based on expert consensus were excluded.

To be included, studies had to have the following characteristics:

1. To use a DA in patients with depression, alone or in combination with other personal strategies to support the decision making by providing detailed information about each treatment options as well as harms and benefits of them, or to assess the topic of SDM to treat depression.
2. To recruit individuals with depression who were able to make their own decisions about their own health among different treatments options, excluding those participants who were health professionals and made decisions on behalf of others.

There were also excluded, studies including interventions centred in decisions about changes in lifestyles or the studies designed to inform patients prior to entry onto a clinical trial; individuals who were unable to participate in making decisions in the future; or interventions consisted of educational programmes not linked to a specific decision and interventions designed to promote adherence or attract an informed consent regarding a recommended option.

We were interested in the following outcomes measures: patient preferences for treatments, actual decisions made, level of knowledge and level of uncertainty as well as some aspects related to the process of decision making and the decision making itself (generation of more realistic expectations about results, agreement between personal values and choices made, growing participation levels in the decision making process (physician-patient interaction), increasing the probability of selecting the option reflect the personal preferences of specific results (implementation of the election), improvement in satisfaction with the decision making process and the decision made, decisional conflict reduction, decreased demands and claims, use of health resources, etc.). In addition, we assessed the health related quality of life and the DAs.

## Data collection and analysis:

Once the DAs were identified following the inclusion criteria, the data extraction was carried out on specific sheets, developed specifically and differentially for randomized clinical trials (RCT) and for observational studies (OS). Later, the information was classified in evidence tables, following a standardised protocol.

The Jadad scale was used to assess the quality of RCT and the Estabrooks scale used for OS. In addition, the DA was assessed using the International Patient Decision Aid Standards (IPDAS), which is a checklist of the quality criteria related to three domains of the DAs: clinical content, the development process, and effectiveness.

## Results:

A total of 3902 references were considered after the elimination of duplicates; 115 were assessed in full-text for possible inclusion. Seven articles were eventually included: 2 clinical trials reported in six articles (the first one reported in: Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludmer 2003, Von Korff 2003; and the second one in: Loh 2007) and an observational study (Wills 2003) that does not evaluate an intervention, but evaluates the level of satisfaction with the decision-making process in patients with depression.

Participants from studies included, RCT as well as the observational study, were mostly women (74.8%). The age range was between 31 to 50 years. In the two RCT, it was evaluated two multifaceted programs based on concepts of shared decision making. In both studies, participants in control group received care as usual intervention.

Regarding the quality assessment, the score of the two RCTs included was 2 according to the Jadad scale. The RCTs included in this revision lost two points because patients and practitioners could not be blinded to this type of intervention. The OS (Wills 2003), obtained a total score of 16 on 26 points (Estabrooks scale).

Results evaluated were grouped into the following categories: depressive symptoms and level of severity, decision-making process (satisfaction, participation and decisional conflict), treatment adherence and other outcomes.

As far as depressive symptoms one RCT (Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003, and von Korff 2003) reported lower scores for depressive symptoms in the control group, although these

differences were marginal at both the clinical and statistical level. In the second RCT study (Loh 2007) there was not found a statistically significant reduction in the severity of depression between groups.

Regarding to the decisional process, evidence shows (Loh, 2007) that the DA improves patients' satisfaction and participation in the decisional process in the intervention group participants. In the observational study (Wills 2003) it was found that a low satisfaction with the decision was associated with less patient involvement on the decision making process about the treatment. In addition, it was found that bigger decisional conflict was associated with low satisfaction.

On the other hand, regarding treatment adherence, differences were only obtained after carrying out the intervention in one of the RCT (Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003, and Von Korff 2003). In the OS (Wills 2003), the satisfaction was associated with the self-informed use of antidepressant medication. The results showed that patients who rejected the antidepressant drug had a significantly lower satisfaction with their primary care centre, a higher decisional conflict, and reported a preference for greater control in making decisions about their medication, compared with patients who had started the medication. Furthermore, patients who discontinued the medication reported significantly higher levels of decisional conflict on the decision making about antidepressant drug.

## Conclusions:

From the results obtained in this revision, we can observed that, in comparison with other health fields in healthcare, research into DAs on depression is at a very early stage. Furthermore, the majority of the literature on SDM process and depression have been focused on assessing the role of physicians in the decisional process and not the effect of DAs itself.

The evidence shows that DAs on depression improve satisfaction and patients' participation in the decisional process. However, there is no evidence on satisfaction with the decision made or the therapeutic option chosen. Furthermore, we do not have enough information to know whether patients have increased their knowledge about depression.

Future research is needed to identify decision-making variables which play a central role in mental health as well as the validation of measuring instruments for the particularities of mental health care, especially depression. Likewise, it is necessary to conduct primary

studies which evaluate the effects of DAs in patients with depression. These DAs might be multifaceted, with more than one session, and with a multidisciplinary team trained.



# I. Introducción

## I.1. Toma de decisiones compartida (TDC)

El paciente y los profesionales sanitarios se enfrentan frecuentemente a situaciones en las que deben tomar decisiones relacionadas con la selección de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Estas decisiones son tomadas con importantes niveles de incertidumbre, especialmente por parte del paciente; pero también, con una frecuencia variable, por parte de los profesionales sanitarios [1,2].

A menudo, no hay certeza sobre los resultados de salud potencialmente asociados a las diferentes opciones de diagnóstico y tratamiento, y sobre si los beneficios superarán globalmente a los potenciales efectos adversos. Precisamente porque en algunas ocasiones no existe una única o “mejor” decisión, se hace necesario informar al paciente al objeto de incorporar sus preferencias en la toma de decisiones; dado que el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la importancia personal que se le asigna a la relación entre los beneficios y los efectos nocivos de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas [3].

En determinadas ocasiones, la participación del paciente en la toma de decisiones, es especialmente importante. En aquellas situaciones en las que pudieran existir procedimientos de efectividad similar pero con diferentes riesgos; o cuando el éxito de una terapia pudiera depender de la comprensión y valoración que el paciente haga de las diferentes opciones; y, cuando además, las diferentes alternativas terapéuticas presenten incertidumbre científica en cuanto a su eficacia y su efectividad [4].

Desde mediados de los años noventa se han ofrecido varias definiciones del concepto “toma de decisiones compartida” (TDC) [4-8], sin que hasta la fecha se haya llegado a una definición consensuada e inclusiva. De hecho, en el último lustro se ha producido un replanteamiento teórico al respecto de qué se entiende por TDC [9], y en qué medida o en qué matices se diferencia conceptualmente de otras expresiones propuestas en la literatura para describir la actuación del paciente en el proceso de toma de decisiones médicas, como “toma de decisiones informada”, “atención centrada en el paciente”, “participación del paciente”, o “elección basada en la evidencia por parte del paciente”.

## I.2. Herramientas de Ayudas para la Toma de Decisiones (HATD)

En este contexto, se ha iniciado el desarrollo de intervenciones (Ayudas para la Toma de Decisiones - ATD) que contribuyen a informar a los pacientes, a partir de la mejor evidencia científica, al objeto de hacer posible la TDC mediante la incorporación de las preferencias de los pacientes. Las ATD surgen como una medida complementaria al asesoramiento proporcionado por los médicos y se definen como intervenciones diseñadas para asistir a las personas para tomar decisiones de manera específica y deliberada, entre varias opciones diagnósticas o terapéuticas (incluyendo las convencionales), al proporcionar (como mínimo) información acerca de las opciones y los resultados potencialmente esperados sobre el estado de salud de una persona [3].

Las ATD describen el espectro posible de beneficios y riesgos haciendo uso de probabilidades y están hechas a medida del perfil clínico de riesgo del paciente. Además, clarifican y consideran los valores implícitos y explícitos de los pacientes. Las ATD se diferencian de los materiales educativos y del consentimiento informado en su enfoque sobre decisiones específicas que afectan a la salud de pacientes concretos y en el énfasis de cuantificar los resultados de las opciones y preferencias, incluyendo los valores personales y fomentando la participación de los pacientes con sus médicos u otros profesionales de la salud en las decisiones. Los materiales educativos para la salud tienen una perspectiva más general, ayudan a las personas a entender su diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria, pero no necesariamente lo ayudan a elegir de forma específica y personal entre diversas opciones diagnósticas o terapéuticas [10].

Partiendo del concepto de ATD, se han desarrollado diferentes Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD). Las HATD son un campo en clara expansión en la literatura científica, encontrándose disponibles un gran número de ellas, especialmente en algunas áreas (en el cáncer prostático, de mama, colorrectal, procesos crónicos como la diabetes, asma, etc.). El número y calidad de HATD disponibles está incrementándose en diferentes sistemas sanitarios y su uso comienza a generalizarse, especialmente en instituciones de países como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Holanda, etc. Su desarrollo está motivado por varios factores, tales como: el aumento del consumismo de servicios sanitarios con un énfasis sobre las elecciones



informadas en lugar del simple consentimiento informado, el movimiento de la medicina basada en la evidencia que se ha expandido más allá de la comunidad médica para hacer frente al problema de las variaciones injustificadas en la práctica médica, el uso de técnicas de análisis de decisión para identificar las decisiones de tratamiento que son altamente sensibles a los valores de las personas, el interés por el uso apropiado de los recursos y reducción de costes innecesarios, y la expansión de los criterios de mejora de la calidad de la atención en salud, al incluir la satisfacción de las personas con el asesoramiento acerca de las opciones disponibles [10,11].

Desde finales de los años noventa se han realizado inventarios y actualizaciones sucesivas de las diferentes HATD desarrolladas para ayudar a los pacientes en diferentes condiciones médicas y de hecho, en los últimos años un grupo de más de cien investigadores, médicos y pacientes de 14 países, han desarrollado la Colaboración Internacional para las Ayudas a la Decisión del Paciente (International Patient Decision Aids Collaboration -IPDAS-), con el objetivo de establecer una serie de criterios que permitan evaluar la calidad de las HATD en tres dominios: contenido clínico, desarrollo del proceso, y efectividad [12]. En esta línea, una revisión sistemática de O'Connor [13] intenta analizar en qué medida las variables de resultados utilizadas en los estudios de efectividad de las HATD publicados hasta ese momento, cubrían el ámbito establecido en los criterios de efectividad del IPDAS.

Por otra parte, recientemente también se ha alertado sobre el hecho de que el proceso de desarrollo y evaluación de la mayoría de HATD publicadas hasta el momento generalmente no se sustenta en un marco teórico sobre la toma de decisiones [14]. Así, integrar la teoría en la construcción y evaluación de las HATD podría suponer una mejora en la calidad de las decisiones tomadas y sus resultados.

### I.3. Objetivos de las HATD

Las HATD se diseñan con los siguientes objetivos [15,16]:

- para que las personas entiendan los resultados probables de las opciones disponibles mediante información pertinente a la decisión,
- para que se considere la valoración personal de los beneficios en comparación con los efectos nocivos y ayuden a clarificar sus preferencias,

- para que las personas se sientan apoyadas en la toma de decisiones, superen las etapas de la toma de decisiones y participen en las decisiones sobre el cuidado de su salud,
- para reducir la pasividad en la toma de decisiones y el conflicto decisional generado por la incertidumbre.

## I.4. Utilidad de las HATD

Las HATD permiten informar de forma adecuada a los pacientes que se someten a cualquier intervención diagnóstica y de tratamiento, no sólo satisfaciendo el derecho a la información del paciente, sino también contribuyendo a mejorar su recuperación y su percepción del proceso.

Los ensayos aleatorizados que evalúan la utilidad de estos instrumentos frente a la práctica habitual muestran un aumento del conocimiento de los pacientes en relación con su enfermedad y mayor realismo en las expectativas de los pacientes sobre los resultados favorables o perjudiciales de los tratamientos [17].

Existe evidencia científica que constata que los pacientes, cuando son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los procedimientos menos invasivos, inician los tratamientos más precozmente y con mayor adherencia, y suelen exhibir mayores niveles de satisfacción y litigar menos. Por otro lado, los profesionales sanitarios suelen infravalorar los deseos y capacidades de los pacientes para gestionar la información [3,10,18,19].

Otras circunstancias que confieren utilidad a las HATD, están relacionadas con la limitación de los tiempos de consulta, que contribuyen a dificultar la posibilidad de llevar a cabo una exposición detallada de todas las opciones terapéuticas disponibles, sus posibles resultados y complicaciones. Además, en ocasiones, los propios profesionales pueden carecer del conocimiento profundo sobre las opciones terapéuticas y sus efectos. En todas estas situaciones, una posible solución a dichas limitaciones podría consistir en garantizar el acceso a los pacientes y sus familias a una información científicamente válida y adaptada, bien de forma escrita o audio-visual, para hacer posible la participación activa y responsable en la TDC con los profesionales sanitarios [11].

## I.5. HATD en el ámbito internacional y nacional

En la última década se ha multiplicado el número de HATD disponibles para ayudar a los pacientes a tomar decisiones al respecto del diagnóstico o el tratamiento de numerosas condiciones médicas, especialmente en los países anglosajones. Los ensayos clínicos que han evaluado la eficacia de estas intervenciones frente a la práctica habitual, han mostrado que estas herramientas producen un aumento del conocimiento de los pacientes en relación con su enfermedad y un mayor realismo en las expectativas de los pacientes sobre los posibles efectos de los tratamientos [3,18].

Las patologías hacia las que se están orientando la investigación en la ATD se pueden agrupar fundamentalmente en tres apartados [3]:

- Las relacionadas con el cáncer, especialmente colorrectal, de mama, prostático y de cervix uterino.
- Las relacionadas con procesos crónicos: hipertensión, diabetes, asma, terapia hormonal sustitutoria.
- Las relacionadas con el VIH, ETS, adicción a drogas, alcohol y tabaco.

En todos los casos las HATD deben contener información de la mayor calidad científica y presentarse de manera que sea aceptable, entendible y útil para los pacientes. Sin embargo, con frecuencia, los materiales informativos disponibles actualmente para los pacientes omiten información relevante, no consiguen ofrecer una visión equilibrada de la efectividad de los diferentes tratamientos e ignoran las áreas de incertidumbre [10].

En España, el grupo de investigación que presenta esta revisión tiene amplia experiencia en la revisión y diseño de HATD. Actualmente, se encuentra diseñando y evaluando HATD de algunas condiciones médicas crónicas, tales como Hiperplasia Benigna de Próstata y Osteoartrosis de Rodilla y Cadera, tras haber realizado una revisión sistemática de la literatura.

## I.6. HATD en salud mental

En los últimos años, el proceso de TDC ha comenzado a ser evaluado en el ámbito de la salud mental debido al incremento en la disponibilidad

de las opciones de tratamiento, el uso de nuevas tecnologías, la atención médica centrada en el paciente, así como el interés por favorecer el empoderamiento, la autonomía, y la calidad de vida del paciente. Sin embargo, en general, existen pocos estudios en este ámbito para valorar la implicación del paciente en la TDC entre el médico y el paciente [20,21]. Hamann et al. [20], realizó la primera revisión sobre este tema en salud mental, y concluyó que el proceso de TDC puede ser útil en este ámbito pues contribuye a mejorar la participación de los pacientes en las decisiones sobre su tratamiento.

Las personas con algún trastorno mental, al igual que otros grupos de pacientes con otras enfermedades crónicas (p.e., pacientes con hipertensión, epilepsia, SIDA), podrían experimentar conflicto decisional a la hora de decidir entre un tratamiento u otro por el propio estigma social que esto pueda suponer, además de poca adherencia al tratamiento. Asimismo, el conflicto decisional podría aumentar cuando se enfrentan a decisiones sobre más de una opción de tratamiento y que, además, supongan un riesgo alto para el individuo (p.e., graves efectos secundarios) [22]. Es precisamente en estas situaciones, en las que el proceso de TDC podría resultar apropiado y, posiblemente, necesario.

## I.7. HATD en depresión

Entre los problemas de salud mental la depresión es probablemente el trastorno mental más frecuente en la población general, aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado para evaluarla. En el estudio ESEMeD-España [23,24] se define al episodio depresivo mayor como el trastorno mental más frecuente, con una prevalencia-año de un 3,9% y una prevalencia-vida del 10,5%, siendo más prevalente en las mujeres que en los varones (5,62% vs. 2,15%).

A pesar de la alta prevalencia muchos pacientes sufren depresión sin ser diagnosticados o tratados, y sólo un pequeño porcentaje de pacientes reciben un adecuado tratamiento psicofarmacológico. Este inadecuado proceso puede estar asociado a factores relacionados con el paciente, los profesionales sanitarios y el sistema de cuidados sanitarios [25]. En el caso de los pacientes existe un alto porcentaje que rechazan el consumo de medicación antidepresiva. En el estudio de Cantrell et al. [26] se encontró una tasa de no-adherencia a los antidepresivos de un 57%. Por otro lado, en la revisión de Pampallona et

al. [27] los resultados encontrados a partir de los 14 estudios incluidos informaron de una tasa de adherencia entre el 35% y 97%.

Los pacientes con depresión sufren una gran afectación en su funcionamiento personal, social y laboral, con una importante disminución en sus habilidades de atención, concentración, comunicación y resolución de problemas, que se asocia a la depresión y que puede entorpecer las competencias del paciente en su participación sobre el tratamiento a seguir.

La importancia clínica, social y sanitaria de la depresión se hace evidente, dado que produce una importante discapacidad funcional en las personas que la presentan, genera una de las principales cargas sanitarias como consecuencia del impacto social que provoca, del elevado precio del tratamiento, del alto índice de suicidios, las altas tasas de cronicidad, y del incremento de la mortalidad debido a su asociación con enfermedades crónicas.

En el caso específico de las herramientas de ayuda para los pacientes con depresión, se dispone de muy poca información sobre cuál es la implicación del paciente en la toma de decisiones sobre sus cuidados en atención primaria y especializada [6]. No obstante, en estudios previos sobre la educación del paciente o la mejora de su actividad en los tratamientos de la depresión, y sobre su participación en el proceso de toma de decisiones sobre el tratamiento a seguir, tiene efectos positivos en la aceptación del tratamiento, adherencia y en otros resultados clínicos en general [28-34]. No obstante, no todos los estudios pueden demostrar esas ventajas [27,35].

En cuanto a las preferencias de los pacientes, el grupo de Dwight-Johnson et al. [33] observó que la incorporación de las preferencias de los pacientes en la elección del tratamiento aumentó la probabilidad de que los pacientes entraran en el estudio y recibieran su tratamiento preferido. Sin embargo, en una revisión sistemática sobre las preferencias de los pacientes con depresión [36], se encontró que tomar las decisiones de acuerdo con las preferencias de los pacientes no mejoraba el resultado clínico.

A pesar de la existencia de algunos estudios, es evidente la falta de conocimiento sobre la participación del paciente con depresión en el proceso de TDC. Es por este motivo, que en esta revisión sistemática se pretende identificar las HATD existentes para pacientes con depresión y evaluar la efectividad de las mismas. Esta revisión pretende aportar conocimiento científicamente válido y de gran valor para pacientes, profesionales y gestores de la sanidad; sobre la efectividad de las HATD para incrementar la participación y la elección informada de los

pacientes en las decisiones sobre su salud. En concreto, se trata de potenciar la participación más activa de los pacientes y obtener un primer abordaje sobre la efectividad potencial de estas herramientas para mejorar los resultados de salud de los pacientes y sobre el sistema sanitario.

## II. Objetivos de la revisión

Esta revisión pretende aportar conocimiento científicamente válido y de gran valor para pacientes, profesionales y gestores de la sanidad, sobre la efectividad de las HATD en pacientes con depresión, con la finalidad de incrementar la participación y la elección informada de los pacientes en las decisiones sobre su salud. En concreto, se trata de proporcionar un primer abordaje sobre la efectividad potencial de estas herramientas para mejorar los resultados de salud de los pacientes y sobre el sistema sanitario.

### II.1. Objetivos primarios

Identificar las HATD que existen para pacientes con depresión y evaluar el impacto de la utilización de las HATD y el proceso de TDC sobre los resultados autopercebidos de salud (calidad de vida relacionada con la salud, satisfacción, etc.) de los pacientes con depresión.

### II.2. Objetivos secundarios

- Realizar una revisión sistemática sobre HATD y el proceso de TDC en los pacientes con depresión que enfrentan decisiones de tratamiento, con el propósito de mejorar su toma de decisiones y los resultados de salud.
- Identificar las HATD que existen para pacientes con depresión que tienen que tomar decisiones relacionadas con su salud.
- Crear un inventario (registro) de las HATD para pacientes con depresión.





# III. Metodología

## III.1. Diseño

Revisión sistemática (RS) sobre HATD para los pacientes con depresión que enfrentan decisiones de tratamiento, con el propósito de mejorar su toma de decisiones y los resultados sobre su salud. Identificación de las HATD para comprobar cuáles ayudan a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia disponible y en qué medida mejoran esos procesos.

Se desarrolló un protocolo detallado, que describe las siguientes etapas del proceso: 1) definición de los criterios de selección (criterios de inclusión y de exclusión), 2) búsqueda de los artículos relevantes que han sido publicados, 3) selección de los títulos y resúmenes que cumplan los criterios de selección, 4) revisión de los artículos completos que representan los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y la extracción de los datos de interés, y 6) análisis y síntesis de los datos.

Esta revisión se llevó a cabo utilizando un método sistemático en el que se realiza una descripción narrativa de los resultados.

## III.2. Criterios de selección

Los estudios fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

### III.2.1. Tipos de estudios

Esta RS integra la información de estudios primarios publicados hasta junio de 2007, sobre HATD para pacientes con depresión. La selección de los estudios se limita a aquellos que estén publicados en los idiomas inglés y/o español.

#### III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios incluidos en la revisión siguen alguno de estos diseños de estudio:

- Ensayos controlados aleatorizados o cuasi-aleatorizados (ECA)
- Ensayos clínicos controlados (ECC)
- Estudios de cohortes, observacionales (EC, EO)
- Estudios de comparación intragrupo (ECI)
- Estudios de evaluación económica (EE)

#### III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyen de la revisión los artículos que siguen alguno de estos diseños de estudio:

- Revisiones sistemáticas e históricas
- Estudios de un solo caso
- Consenso de expertos

#### III.2.2. Tipos de participantes

Se incluyen los estudios en los que participan pacientes o personas que puedan tomar decisiones sobre su propia salud. Se excluyen aquellos estudios cuyos participantes son profesionales sanitarios que toman decisiones sobre la salud de otros individuos.

##### III.2.2.1. Criterios de inclusión

Se incluyen estudios con pacientes afectados de depresión que tengan que tomar decisiones entre varias opciones de tratamiento.

##### III.2.2.2. Criterios de exclusión

Se excluyen estudios cuyos participantes son profesionales sanitarios que toman decisiones sobre la salud de los pacientes.

#### III.2.3. Tipos de intervención

Se incluyen los estudios cuyas intervenciones han sido diseñadas para ayudar a tomar una decisión específica (HATD) entre varias opciones posibles de tratamiento.

### III. 2.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyen aquellos estudios que utilizan herramientas de ayuda para la toma de decisiones (HATD), combinadas o no con intervenciones personales de apoyo a la decisión, que contienen información detallada sobre cada una de las opciones, así como de los beneficios y riesgos que implican, o estudios que evalúan el proceso de TDC en el tratamiento de la depresión.

En algunos de los estudios incluidos, las HATD también incluyen: información sobre la enfermedad o la afección, costes asociados con las opciones, probabilidad de resultados asociados con los factores de riesgo de salud de cada persona, un ejercicio explícito para la clarificación de valores, información de las opiniones de otros, una recomendación personalizada basada en las características clínicas y las preferencias expresadas, y una guía o instrucciones sobre los pasos a seguir en la toma de decisiones y la comunicación con otros.

### III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyen del análisis las intervenciones centradas en decisiones acerca de:

- cambios en el estilo de vida,
- ingreso en un ensayo clínico, o en abordajes generales de tratamiento,
- personas incapaces de participar en la toma de decisiones en el futuro,
- programas de educación no ligados a una decisión específica, e
- intervenciones diseñadas para promover la adherencia o atraer el consentimiento informado respecto a una opción recomendada.

### III.2.4. Tipos de medida de resultados

Para evaluar si las HATD logran sus objetivos y son efectivas, se consideran una serie de efectos positivos o negativos sobre el proceso de toma de decisiones y sobre los resultados de las decisiones.

#### III.2.4.1. Criterios de inclusión

Las medidas de resultados de los estudios que se incluyen en esta RS evalúan algunos de los siguientes aspectos:

- las preferencias de los pacientes entre varios tratamientos,
- la decisión real que toman los pacientes,
- el nivel de conocimiento y el nivel de incertidumbre,
- algunos aspectos relacionados con el proceso y la toma de decisión en sí misma:
  - la generación de expectativas más realistas de los resultados,
  - la concordancia con los valores personales y la elección tomada,
  - el incremento de la participación en la toma de decisiones (interacción médico-paciente),
  - el incremento de la probabilidad de que la selección de la opción refleje las preferencias personales de resultados particulares (implementación de la elección),
  - la mejoría en la satisfacción con el proceso de toma de decisiones y con la decisión tomada,
  - la reducción del conflicto,
  - la disminución de la ansiedad y depresión,
  - la disminución de demandas y reclamaciones,
- el uso de recursos sanitarios, etc.
- la calidad de vida relacionada con la salud,
- la evaluación de la HATD.

### III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios

Para la búsqueda de estudios sobre las HATD, se consultaron las principales bases de datos electrónicas de medicina y de ciencias sociales (ver Tabla 1).

<b>Tabla 1. Bases de datos electrónicas consultadas</b>	
<b>Bases de datos</b>	<b>Período buscado</b>
MEDLINE	1950 a julio 2007 (semana 4)
EMBASE	1980 a julio (2007)
Pre-Medline	Hasta 5 de agosto de 2007
PsycINFO	1887 a julio (2007)
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	1973 a julio (2007)
Cochrane	Versión 2007, nº 2
CENTRAL	Versión 2007, nº 2
CINAHL	1982 a agosto 2007 (semana 1)
Social Science Citation Index (SSCI)	1945-2007

La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo 1.

El análisis bibliográfico se complementa con la consulta manual y vía Internet de los catálogos de las publicaciones y de proyectos de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias e instituciones internacionales que trabajan en esta área de investigación.

Antes de iniciar el proceso de revisión, se seleccionó una muestra de artículos sobre los que se llevó a cabo un estudio piloto con los criterios de selección previstos en el protocolo. Los resultados fueron discutidos por el equipo de revisores, con el objeto de refinar los criterios de selección y maximizar la concordancia entre revisores.

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdos entre ellos se acudió a un tercer revisor, que comprobó los criterios del protocolo e intentó llegar a un consenso con los otros dos revisores para la selección del estudio.

La selección inicial de los estudios se realizó a partir de los títulos y resúmenes recuperados en las bases de datos, según los criterios de inclusión/exclusión antes citados y previa valoración de la relevancia para esta RS.

A continuación, se recuperaron las publicaciones completas de los estudios seleccionados previamente, incluyendo todas aquellas publicaciones en las que no se pudo determinar su elegibilidad a partir

del título y/o el resumen, comprobando nuevamente la concordancia con los criterios de selección de la revisión.

### III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios

La valoración de la calidad de los estudios se realizó por dos revisores de forma independiente. En caso de duda y/o desacuerdos entre los dos revisores se procedió a resolverlas comprobando inicialmente los criterios del protocolo y, posteriormente, por consenso.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando las siguientes escalas:

- Escala de Jadad<sup>1</sup> [37]: para los Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECAs)
- Escala de Estabrooks<sup>2</sup> [38]: para los Estudios Observacionales (EOs)

Una vez seleccionados los artículos, se extrajeron posibles referencias de interés (nacionales e internacionales).

Además, se intentó contactar por escrito con los autores de las HATD con mayor actividad en el desarrollo y adaptación de las mismas, solicitándoles otras posibles referencias publicadas (o no) de sus trabajos o de otros autores.

### III.5. Extracción y análisis de datos

Tanto los artículos científicos como otros productos obtenidos en la búsqueda de la literatura científica han sido valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia<sup>3</sup> [39], con el objeto de seleccionar aquellos de valor científico que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión especificados previamente en el protocolo.

Una vez identificadas las HATD que cumplieran con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los datos (se dispuso de una hoja/ficha de extracción de datos para los ECA<sup>4</sup> y para los EO<sup>5</sup>).

---

<sup>1</sup> ANEXO 2. Escala de Jadad

<sup>2</sup> ANEXO 3. Escala de Estabrooks

<sup>3</sup> ANEXO 4. Niveles y grados de evidencia

<sup>4</sup> ANEXO 5. Hoja de extracción de datos (ECA)

Posteriormente, se clasificó la información en tablas de evidencia<sup>6</sup> siguiendo el protocolo estandarizado.

En el protocolo estándar se contempló tanto la información general sobre el estudio como la información específica sobre las características del estudio y las medidas utilizadas para valorar los resultados. Para cada HATD, se tuvieron en cuenta las siguientes características:

- la descripción de la HATD,
- el autor de la HATD,
- el país de origen de la HATD,
- el año de la última actualización conocida de la HATD,
- el formato disponible de la HATD (vídeo, panfletos, folletos),
- el estado de la evaluación de la HATD (si se ha hecho prueba piloto, validación, etc.),
- la disponibilidad de la HATD, y
- las publicaciones existentes sobre la HATD.

La evaluación de la calidad y efectividad de las HATD identificadas, se analizó siguiendo los criterios de calidad IPDAS – Internacional Patient Decision Aid Standards para el desarrollo y evaluación de estos procedimientos [12]. Esta lista de chequeo incluye criterios de calidad que están relacionados con tres dominios de las HATD: contenido clínico, desarrollo del proceso y efectividad.

---

<sup>5</sup> ANEXO 6. Hoja de extracción de datos (EO)

<sup>6</sup> ANEXO 7. Tabla de evidencia (ECA); ANEXO 8. Tabla de evidencia (EO)





## IV. Resultados

Se identificaron un total de 4657 referencias en las bases de datos electrónicas. Al eliminar los duplicados se revisaron 3902 referencias, de las que se seleccionaron 115. El proceso de selección de referencias identificadas en las bases de datos electrónicas se muestra en la Figura 1.

### IV.1. Estudios incluidos

De los 115 artículos que fueron seleccionados y revisados se incluyeron 7 de ellos (Anexo 9): 2 ensayos clínicos aleatorizados reportados en seis artículos (Ludman et al. [40], Katon et al. [41], Simon et al. [42], Ludman et al. [43], Von Korff et al. [44], y Loh et al. [45]) y un estudio observacional (Wills et al. [46]) que aún cuando no evalúa una intervención como tal, evalúa el nivel de satisfacción con el proceso de toma de decisiones en pacientes con depresión. Hay que destacar que los artículos de Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003, Von Korff 2003 pertenecen al mismo estudio.

Respecto al contexto de los 7 artículos originales, cinco de los ensayos clínicos aleatorizados y el estudio observacional se han realizado en los Estados Unidos, el otro ensayo aleatorizado se ha realizado en Alemania (Loh et al. [45]).

### IV.2. Estudios excluidos

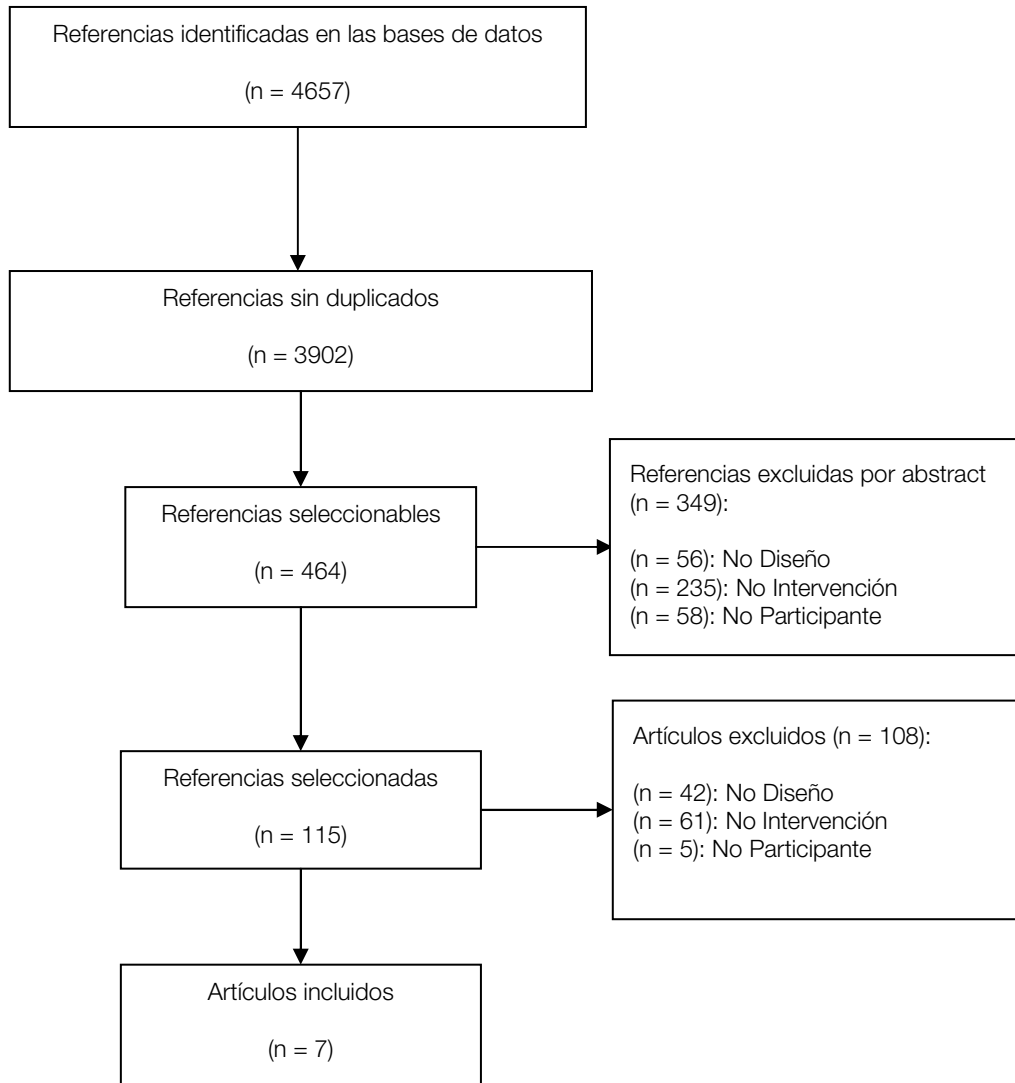
En el proceso de lectura de los resúmenes se excluyeron 349 referencias, y tras obtener los artículos originales se excluyeron 108 referencias por no cumplir con los criterios de inclusión. Los motivos de exclusión se detallan a continuación:

- Fase de lectura de resúmenes: 349 referencias excluidas:
  - 235 referencias no cumplieron con los criterios de inclusión sobre el tipo de intervención.
  - 58 referencias no cumplieron los criterios de inclusión estipulados para los participantes.
  - 56 referencias no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en cuanto a diseño.

- Fase de revisión de artículos originales: 108 referencias excluidas (Anexo 10):

- 42 artículos se excluyeron porque su diseño no cumplía con los criterios de inclusión establecidos.
- 61 artículos no tenían intervenciones diseñadas para ayudar a tomar una decisión específica (HATD) entre varias opciones posibles.
- 5 artículos se excluyeron porque sus participantes no eran pacientes con depresión o se trataban de profesionales sanitarios que tomaban decisiones sobre la salud de otros individuos.

**FIGURA 1. Proceso de Selección de las Referencias (Bases de Datos Electrónicas)**



### IV.3. Características de los estudios incluidos

En la Tabla 2 se detallan las características de los 7 artículos incluidos [40-46].

Se observa que la muestra de participantes de los diferentes estudios, tanto en los ensayos clínicos aleatorizados como en el estudio observacional, estaba compuesta mayoritariamente por mujeres (74,8%). En cuanto a la edad el rango oscilaba entre los 31 y 50 años.

Entre los ECA incluidos se evaluaron dos intervenciones que consistían en programas multifacéticos basadas en conceptos de TDC. La primera era un programa de prevención de recaídas (PPR) para pacientes de atención primaria [40,44]. A lo largo de la presente revisión nos referiremos a esta intervención como el estudio PPR. La segunda era una intervención basada en TDC para pacientes con depresión en atención primaria. En ambos estudios, los participantes del grupo control, recibieron los cuidados habituales del centro.

En los Anexos 11 y 12 se muestra una descripción más detallada de los estudios que han sido incluidos en esta revisión (tablas de evidencia).

**Tabla 2. Características de los estudios incluidos**

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)
LUDMAN 2000 (EEUU) ECA	Describir el concepto, los fundamentos y los grados de participación en un Programa de Prevención de Recaídas de la depresión (PPR) en pacientes de atención primaria.	Libro educativo + vídeo de 32 minutos sobre los tratamientos efectivos de la depresión crónica o recurrente + TDC* sobre la medicación.	N (pre) = 386 pacientes - N GI = 194 pacientes - N GC = 192 pacientes N (post) = 315 pacientes - N GI = 170 pacientes - N GC = 145 pacientes  Sexo (%): - GI: 75,4% mujeres; 24,6% hombres - GC: 71,9% mujeres; 28,1% hombres  Edad (años) media (d.t.): - GI: 46,4 (11,9) - GC: 45,6 (13,3)  Nivel de estudios (% más de un año de estudios universitarios) GI: 88,2% pacientes GC: 87% pacientes	GI: Programa multifacético (PPR): - Un libro educativo y un vídeo sobre los tratamientos efectivos de la depresión crónica o recurrente - Dos consultas con un especialista en prevención de la depresión incluyendo TDC sobre el mantenimiento del antidepressivo - Tres evaluaciones telefónicas de seguimiento (2, 5 y 9 meses después de la inscripción) - Cuatro correos personalizados (3, 6, 10, y 12 meses después de la inscripción) para controlar los síntomas de la depresión y la adherencia al tratamiento  GC: Tratamiento habitual del centro	- Participación en el PPR - Elementos del PPR relevantes para las necesidades percibidas por el paciente - Adherencia a la medicación
KATON 2001 (EEUU) ECA	Evaluar si el PPR mejora la adherencia a la medicación y mejora los resultados clínicos de depresión.				- Características de los pacientes - Participación en el PPR - Visitas a centros de salud (excluyendo las visitas a especialistas en depresión) - Adherencia a la medicación - Sintomatología depresiva: Escala: versión reducida de 20 ítems de la escala SCL-90 (20-ítems Hopkins Symptom Checklist Depression Scale) - Recaídas
SIMON 2002 (EEUU) ECA	Evaluar el coste-efectividad del PPR.				- Depresión - Días libres de depresión - Coste del tratamiento
LUDMAN 2003 (EEUU) ECA	Evaluar los efectos del PPR en los procesos conductuales e identificar procesos predictores de mejora de los síntomas depresivos.				- Severidad de la depresión - Efectos de la intervención en los factores conductuales - Predictores de las puntuaciones de depresión en el SCL - Adherencia a la medicación
VON KORFF 2003 (EEUU) ECA	Evaluar los efectos del PPR en resultados de discapacidad en los pacientes con depresión con alto riesgo de recaída.				- Adherencia a la medicación - Discapacidad social: (Escala SF-36 y Escala Sheehan Disability)

ECA: Ensayo controlado aleatorizado; EO: Estudio observacional; N: Número de participantes; GI: Grupo de intervención; GC: Grupo control  
 \*TDC: Toma de decisiones compartida; \*\*MAP: Médicos de atención primaria

**Tabla 2. Características de los estudios incluidos (continuación)**

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)
LOH 2007 (Alemania) <b>ECA</b>	Evaluar el efecto de una intervención basada en conceptos de TDC frente a los cuidados habituales.	Folleto basado en la Guía de Práctica Clínica de Depresión en Cuidados Primarios de la AHCP (Agency for Health Care and Policy Research).	MAP**: - N GI = 20 médicos - N GC = 10 médicos Pacientes (pre): - N GI = 263 pacientes - N GC = 142 pacientes Pacientes (post): - N GI = 191 pacientes - N GC = 96 pacientes Sexo (%): GC: 69,5% mujeres; 30,5% hombres GI: 77,8% mujeres; 22,2% hombres Edad (años) media (d.t.): GC: 40,8 (13,2) GI: 50,4 (16,3) Nivel educativo (%): GC: 66,1% bajo; 33,9% alto GI: 79,5% bajo; 20,5% alto	Programa multifacético basado en conceptos de TDC que incluye entrenamiento de los MAP, una tabla de decisión (se usaba durante las consultas y se les entregaba a los pacientes), e información en un folleto que combinaba conocimientos basados en la evidencia sobre los cuidados en depresión enfatizando en el papel activo del paciente en el proceso de TDC	- Participación del paciente: Patients Perceived Involvement in Care Scale (PICS) y con escala adaptada de Man-Son-Hing - Adherencia al tratamiento - Satisfacción del paciente - Duración de la consulta - Severidad de la depresión (Resultado clínico): Versión reducida del cuestionario de salud del paciente -the Brief PHD-D

ECA: Ensayo controlado aleatorizado; EO: Estudio observacional; N: Número de participantes; GI: Grupo de intervención; GC: Grupo control  
\*TDC: Toma de decisiones compartida; \*\*MAP: Médicos de atención primaria

**Tabla 2. Características de los estudios incluidos (continuación)**

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)
WILLS 2003 (EEUU) EO	Evaluar una escala que mide la satisfacción en la toma de decisión del paciente.	No hay intervención	N= 97participantes Sexo (%): - 79% mujeres - 21% hombres Edad (años) media (d.t.): - 31,9 (11,3) Nivel educativo: - 93% al menos algún estudio universitario	No hay intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sintomatología depresiva: Escala del Centre Epidemiological Studies Depresión (CESD)</li> <li>- Satisfacción con la decisión</li> <li>- Conflicto decisional: Decision Conflict (DSC)</li> <li>- Conocimiento sobre la depresión y su tratamiento: Escala de 20 ítems desarrollada por el investigador a partir de un cuadernillo de la Agencia de Política de Cuidados de Salud e investigación ('Patient Guide to Depression')</li> <li>- Participación en la decisión: se midió con un ítem de la escala Medical Outcomes Short Form Health Status y la escala Physician Participatory Decision-Making (PDM)</li> <li>- Dolor y estado de salud: escala Medical Outcomes Short Form Health Status</li> <li>- Eficacia de la medicación antidepressiva</li> <li>- Satisfacción con los servicios de salud: se midió con la escala SWD</li> </ul>

ECA: Ensayo controlado aleatorizado; EO: Estudio observacional; N: Número de participantes; GI: Grupo de intervención; GC: Grupo control  
\*TDC: Toma de decisiones compartida; \*\*MAP: Médicos de atención primaria

## IV.4. Calidad metodológica

### IV.4.1. Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA)

Para evaluar la calidad y validez de los ensayos clínicos aleatorizados, se utilizó la escala de Jadad [37] y el ocultamiento de la asignación (Anexo 2). Esta es una escala en la que se obtienen puntuaciones que oscilan entre 0 y 5 puntos. La escala utiliza tres criterios: i) la aleatorización, ii) el enmascaramiento o cegamiento y iii) el control de las pérdidas en el seguimiento.

El método de puntuación consiste en asignar un punto cuando se cumple el criterio y cero puntos cuando no se cumple, además se da un punto adicional (bonificación) cuando se describe el método de aleatorización y éste es adecuado, y un punto más cuando se describe el método de enmascaramiento (del paciente y del investigador) y también es adecuado. Se resta un punto si el método de aleatorización se describe pero es inadecuado, así como también se resta un punto si se describe el método de enmascaramiento pero es inadecuado. El ocultamiento de la asignación ofrece una evaluación de la buena ejecución del esquema de asignación.

En la Tabla 3 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad para cada ECA incluido en esta revisión. La evaluación de la calidad del estudio PPR (cinco artículos que pertenecen al mismo estudio) se hizo de forma conjunta.



**Tabla 3. Calidad y nivel de evidencia de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (Escala de Jadad)**

Estudio	Calidad Total (/5)	Aleatorización (/2)	Cegamiento (/2)	Seguimiento (/1)	Ocultamiento de la Asignación (OA)*	Nivel de evidencia
LUDMAN 2000	2	1	0	1	Desconocido	lb
KATON 2001						
SIMON 2002						
LUDMAN 2003						
VON KORFF 2003						
LOH 2007	2	1	0	1	Adecuado (Los MAP fueron asignados al grupo de intervención mediante un sorteo "ciego" bajo la supervisión de los investigadores)	lb

\*OA: A = adecuado; B = inadecuado; D = desconocido

Se observa que en el apartado de aleatorización en el estudio PPR, como en el estudio de Loh et al. [45], se obtuvo una puntuación de 1 sobre 2. En el apartado de cegamiento se obtuvo una puntuación baja (0 sobre 2) ya que por el tipo de intervención valorada (exposición a una herramienta de ayuda) no es posible enmascarar a los pacientes, y en el seguimiento la puntuación obtenida fue la misma para los dos estudios (con 1 punto sobre 1). Por tanto, la puntuación promedio de la calidad total de los dos estudios incluidos en esta revisión fue de 2.

Es importante destacar que si se eliminase el cegamiento de la puntuación total, la puntuación promedio de calidad sería de 2 puntos sobre un total de 3 (siendo ésta la puntuación máxima que se podría conseguir en un ECA que siga una intervención de esta naturaleza, en la que no es posible hacer el cegamiento de los participantes e investigadores).

#### IV.4.2. Estudio Observacional (EO)

Respecto a la calidad metodológica del estudio observacional se utilizó la escala de Estabrooks [38] en una versión reducida (Anexo 3).

La escala original varía entre 0 y 35 puntos y en ella se evalúan seis categorías: i) diseño y aleatorización (5 puntos), ii) reclutamiento (6 puntos), iii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iv) descripción de la intervención (4 puntos), v) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos) y vi) medidas de resultado (10 puntos).

Sin embargo, para evaluar la calidad metodológica del estudio observacional de esta revisión, se excluyó la categoría de diseño y aleatorización (ya que en los estudios observacionales no existe asignación aleatoria de la intervención) y además, la categoría descripción de la intervención (puesto que se trata de un estudio observacional en el que no se está evaluando una intervención).

Se evalúan, por tanto, cuatro categorías: i) reclutamiento (6 puntos), ii) criterios de inclusión y de exclusión (4 puntos), iii) análisis estadístico y conclusiones (6 puntos), iv) medidas de resultado (10 puntos). La puntuación máxima que podría obtenerse es de 26 puntos y el rango de puntuación podría variar entre 0 y 26 puntos.

El índice de validez a obtener para cada categoría varió con las puntuaciones obtenidas en cada categoría:

- I. reclutamiento (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- II. inclusión y exclusión (0-1 bajo; 2-3 medio; 4 alto)

- III. análisis estadístico y conclusiones (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto)
- IV. medidas de resultado (0-4 bajo; 5-7 medio; 8-10 alto)

El índice total de validez en la escala puede ser 'ALTO', 'MEDIO' o 'BAJO' y se calcula en función de las puntuaciones obtenidas en las diferentes categorías. Así, si la mayoría de las valoraciones en cada una de las categorías es 'baja', el índice total será BAJO, si de las cuatro categorías no hay más de una con puntuaciones de 'bajo' y no hay más de una con puntuaciones de 'alto', el índice total será MEDIO, y si de las cuatro categorías ninguna tiene puntuaciones de 'bajo' y la mayoría son de 'alto', entonces, el índice total será ALTO.

En la Tabla 4 se pueden encontrar las descripciones de las puntuaciones de calidad y validez para el estudio observacional incluido.

**Tabla 4. Nivel de calidad del estudio observacional (EO) (Escala de Estabrooks)**

Estudio	Validez Total	P (/26)	Niveles de Calidad*			Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)	Nivel de evidencia
WILLS 2003	MEDIA	16	1B	2M	1A	1 Bajo	2 Medio	6 Alto	7 Medio	IIIc

P: Puntuación total  
 \*Niveles de Calidad: A: Alto; M: Medio; B: Bajo

Como se puede apreciar en los resultados de la tabla, el único estudio observacional que ha sido incluido en esta revisión, Wills et al. [46], obtuvo una puntuación total de 16 sobre 26 puntos, con un índice 'MEDIO' de validez total en la escala. El apartado de análisis estadístico fue el que obtuvo la puntuación mayor (6 puntos sobre 6), seguido de los apartados de inclusión y exclusión (2 puntos sobre 4) y medidas de resultados (7 puntos sobre 10), en los que se obtuvo una puntuación media. Por el contrario, la categoría en la que se obtuvo una puntuación más baja fue la de reclutamiento, en la que este estudio obtuvo una puntuación de 1 punto sobre 6.

## IV.5. Resultados evaluados

Los resultados evaluados en los estudios incluidos: 2 ensayos clínicos [40-45] y un estudio observacional [46] se agruparon en las siguientes categorías:

- Sintomatología depresiva y nivel de severidad
- Proceso de toma de decisión
  - Satisfacción
  - Participación
  - Conflicto decisional
- Adherencia al tratamiento
- Otras medidas de resultado

En la Tabla 5 se resumen los resultados obtenidos en los diferentes estudios, donde se puede observar que no todos los estudios evaluaron estos aspectos. Los resultados de los cinco artículos que forman el estudio PPR [40-44] se describen conjuntamente.

**Tabla 5. Resultados de los estudios incluidos**

Estudio	Síntomatología depresiva y nivel de severidad	Proceso de toma de decisión			Adherencia al tratamiento
		Satisfacción	Participación	Conflicto decisional	
Ludman 2000, Katon 2001, Simon 2002, Ludman 2003, Von Korff 2003 (EE.UU) <b>ECA</b>	Episodios de TDM: GC > GI ( $\chi^2 = 5,1$ , $P = 0,02$ )  SCL: línea base > seguimiento en ambos grupos (media 0,82, dt = 0,36, v. media 0,92, dt = 0,38; $t = 2,15$ , $P = 0,03$ )				Fase de continuación (9 a 12 meses): GI > GC (50% vs. 60%).  Prescripciones de antidepresivos: GI > GC (OR: 1,91; 95% IC: 1,37-2,65; $P < 0,001$ )  Adecuación de la dosis de antidepresivos (seguimiento de 1 año): GI > GC (OR: 2,08; 95 % IC: 1,41-3,06; $P < 0,001$ )
Loh 2007 (Alemania) <b>ECA</b>	No hay diferencias significativas en el nivel de severidad de la depresión	GI > GC ( $P = 0,014$ ) en la escala CSQ-8	GI > GC en la escala PICS ( $P = 0,028$ )		No se encontraron diferencias en la evaluación realizada por el paciente ni en la realizada por los médicos
Wills 2003 (EE.UU) <b>EO</b>	Nivel de depresión: 28,3 puntos (dt = 13,7)  Relación no significativa entre satisfacción y nivel de depresión	Relaciones significativas con: - dolor corporal ( $r = -0,26$ ; $P < 0,01$ ) - salud global ( $r = 0,24$ ; $P < 0,05$ ) - menor eficacia percibida de la medicación antidepresiva ( $r = 0,32$ ; $P < 0,01$ ), - menor satisfacción con el centro de atención primaria ( $r = 0,33$ ; $P < 0,01$ ) y con el médico ( $r = 0,31$ ; $P < 0,01$ ).	Relación no significativa entre satisfacción y deseo de participar en la decisión  Relación significativa con la percepción de que el médico fomenta la participación en la toma de decisiones ( $r = -0,58$ ; $P < 0,001$ )	Relación significativa negativa entre satisfacción y conflicto decisional ( $r = -0,59$ ; $P < 0,001$ )	La SWD fue un predictor significativo del uso de medicación autoinformada, $r = -0,27$ , $P < 0,01$ Pacientes que rechazaron la medicación ( $n = 11$ ) vs. los que la comenzaron ( $n = 86$ ): - menor satisfacción con el centro de salud - mayor conflicto decisional - mayor deseo de participación en la decisión sobre su medicación Pacientes que interrumpieron la medicación ( $n = 11$ ) vs. los que no lo hicieron ( $n = 75$ ): - mayor conflicto decisional

TDM: Trastorno depresivo mayor; dt: Desviación típica; P: Nivel de significación;  $\chi^2$ : Prueba chi-cuadrado;  $t$ : Test t-Student; r: Correlación

## IV.6. Resultados obtenidos

### IV.6.1. Sintomatología depresiva y nivel de severidad

#### **Ensayos clínicos aleatorizados**

La sintomatología depresiva y la severidad de la depresión se evaluaron en los dos ECA incluidos en esta revisión. En el estudio PPR [40-44] se midió la severidad de la depresión con una versión reducida de 20 ítems de la escala SCL-90 (20-items Hopkins Symptom Checklist Depression Scale) [47]. Durante la recolección de datos en la línea base, la única diferencia encontrada entre el grupo de intervención y el grupo control fue el mayor porcentaje de pacientes en el grupo control que tuvieron un episodio depresivo mayor en los dos últimos años comparados con los pacientes del grupo de intervención ( $\chi^2 = 5,1$ ,  $P = 0,02$ ). Todos los participantes que completaron el SCL en el seguimiento tuvieron puntuaciones significativamente más bajas que en la línea base (media 0,82, dt = 0,36, vs. media 0,92, dt = 0,38;  $t = 2,15$ ,  $gl = 384$ ,  $P = 0,03$ ). El grupo control (GC) tenía un promedio más alto, sin ajustar, en las puntuaciones del SCL-20 en el seguimiento que el grupo de intervención (GI). Basado en los modelos de regresión, no se encontró ninguna evidencia de interacción grupo x tiempo. Sin embargo, hubo evidencia de cambio en el promedio de las puntuaciones del SCL-20 sobre el tiempo ( $P = 0,02$ ), con un modesto, pero sostenido efecto en el GI ( $P = 0,04$ ). A lo largo del seguimiento, los pacientes del GI tenían un promedio de puntuaciones en el SCL-20 que eran, por regla general, 0,08 puntos por debajo de los pacientes del GC.

En el estudio de Loh et al. [45] se midió la severidad de la depresión con una versión reducida del cuestionario de salud del paciente: The Brief PHD-D [48]. El resultado clínico se definió como el porcentaje de la reducción de depresión puntuada en la línea base. La media de depresión en los pacientes del grupo control fue  $11,5 \pm 6,0$  puntos (correspondientes a depresión moderada) antes de la intervención, y  $7,6 \pm 5,2$  puntos (correspondientes a depresión leve) después de la intervención (6-8 semanas de tratamiento). En el grupo de intervención la media de la severidad de los pacientes fue de  $8,7 \pm 6,0$  (correspondiente a depresión leve) antes de la intervención, y  $6,9 \pm 6,1$  puntos (correspondientes a depresión leve) después de la intervención.

No se encontró una reducción estadísticamente significativa en ninguno de los dos grupos.

#### **Estudio observacional**

En el estudio de Wills et al. [46] el nivel de depresión se midió con la escala del Centre for Epidemiological Studies Depression (CESD) [49]. Según la escala el nivel de depresión de los pacientes del estudio fue de 28,3 puntos (dt = 13,7).

El objetivo principal de este estudio ha sido evaluar y validar una escala que mide la satisfacción en la toma de decisión del paciente (SWD – Satisfaction With Decision). En la evaluación de la validez de constructo se encontró que la escala no estaba significativamente asociada con el nivel de depresión. A partir de los resultados obtenidos se puede inferir que bajos niveles de satisfacción se asocian con mayor depresión.

### **IV.6.2. Proceso de TDC**

#### **IV.6.2.1. Satisfacción**

##### **Ensayos clínicos aleatorizados**

En el estudio PPR [40-44] no se evaluó la satisfacción en el proceso de TDC.

En el estudio de Loh et al. [45] la satisfacción del paciente se midió solamente en la post-intervención encontrando que la satisfacción fue significativamente más alta en el grupo de intervención comparada con el grupo control,  $P = 0,014$ .

##### **Estudio observacional**

Wills et al. [46] encontraron que una baja satisfacción con la decisión estaba asociada con una menor implicación del paciente en el proceso de TDC con su tratamiento, más dolor severo, una salud global más pobre, mayores conflictos decisionales, menor conocimiento sobre la depresión y sus tratamientos, menor eficacia autopercebida de la medicación antidepresiva, menos satisfacción con el centro de atención primaria y cuidados de salud.

#### IV.6.2.2. Participación

##### **Ensayos clínicos aleatorizados**

La participación en el proceso de la toma de decisiones únicamente se evaluó en el estudio de Loh et al. [45]. Se midió con la escala Patients Perceived Involvement in Care Scale (PICS) [50]; y con una escala adaptada de Man-Son-Hing et al. [51]. Los resultados muestran que no se encontró un aumento de la participación del grupo control entre la pre y la post-intervención. Sin embargo, en el grupo de intervención se encontró una participación significativamente mayor entre la pre y la post-intervención (PICS,  $P = 0,001$ ; escala de participación de Man-Son-Hing,  $P = 0,010$ ). La interacción del efecto (grupo) x (punto de medida) para la escala PICS facilitada por el médico fue estadísticamente significativa,  $P = 0,028$ , y proporcionó evidencia sobre la efectividad de la intervención en mejorar la participación del paciente.

##### **Estudio observacional**

La participación en la decisión se midió en el estudio de Wills et al. [46] con un ítem de la escala Medical Outcomes Short Form Health Status [52].

Este estudio también tuvo en cuenta la percepción de los pacientes en la participación y se midió con la escala Physician Participatory Decision-Making (PDM) [53]. La validez de constructo de la escala mostró que no estaba significativamente asociada con las preferencias en la participación de la decisión. Además, como se explicó en el apartado anterior, una menor implicación del paciente en la toma de decisión fue asociada con una baja satisfacción con la decisión.

#### IV.6.2.3. Conflicto decisional

El conflicto decisional se midió únicamente en el estudio observacional de Wills et al. [46] con la Decision Scale Conflict (DSC) [54]. Los resultados mostraron que mayores conflictos decisionales estaban asociados a una baja satisfacción.

### IV.6.3. Adherencia al tratamiento

##### **Ensayos clínicos aleatorizados**

En el estudio PPR [40-44] se evaluó la adherencia a la medicación de fármacos antidepresivos en los dos grupos. La proporción de pacientes en el GC que continuaron la medicación antidepresiva en el periodo de 9



a 12 meses fue del 50% comparado con el 63% de los pacientes del GI. Por lo tanto, los pacientes del GI tuvieron significativamente mayor número de prescripciones de antidepresivos que los del GC durante el año de seguimiento (OR: 1,91; 95% IC: 1,37-2,65;  $P < 0,001$ ). Además, los pacientes del GI tenían mayor probabilidad de recibir la dosificación adecuada de tratamiento antidepresivo comparado con pacientes del GC durante el período de seguimiento de 1 año (OR: 2,08; 95% IC: 1,41-3,06;  $P < 0,001$ ).

En el estudio de Loh et al. [45] se observó que no hubo diferencias entre los grupos. La adherencia al tratamiento se midió con una escala desarrollada por el investigador y sus colaboradores, basada en una escala Likert de cinco puntos, que evaluaba la firmeza en el seguimiento del plan de tratamiento desde el punto de vista de los pacientes y de los médicos. No se encontraron diferencias en la evaluación realizada por el paciente ni en la interacción (grupo) x (punto de medida). En la evaluación de los médicos hubo una tendencia al aumento de la media entre las puntuaciones pre y post del grupo de intervención,  $P = 0,067$ . Sin embargo, la interacción (grupo) x (tiempo) no fue estadísticamente significativa.

### **Estudio observacional**

En el estudio de Wills et al. [46], la SWD estaba asociada al uso autoinformado de la medicación antidepresiva. La muestra se clasificó por las respuestas de los participantes en el cuestionario. De los 97 participantes, 11 participantes rechazaron inicialmente la medicación, 11 informaron empezar con la medicación pero más tarde la discontinuaron, y 75 participantes informaron empezar con la medicación y la siguieron tomando en el momento en el que se les administró el cuestionario. Los participantes que informaron que habían empezado y continuado la medicación fueron clasificados en un grupo y se compararon con participantes que informaron que inicialmente habían rechazado la medicación o que la habían discontinuado después de empezarla. La SWD fue un predictor significativo del uso de medicación autoinformada,  $r = -0,27$ ,  $P < 0,01$ . Los participantes que empezaron y continuaron la medicación fueron correctamente clasificados con un 97,3%, y los participantes que rechazaron o discontinuaron la medicación fueron clasificados correctamente con un 19,05%.

Los resultados muestran que los pacientes que rechazaron la medicación antidepresiva tenían una satisfacción significativamente menor con sus centros de atención primaria, un conflicto decisional

mayor, e informaron preferencia por un mayor control en la toma de decisión sobre su medicación, comparados con pacientes que alguna vez habían empezado la medicación. Además, los pacientes que discontinuaron la medicación informaron de niveles significativamente mayores de conflicto decisional sobre la toma de decisión de su medicación antidepresiva. El tamaño del efecto muestra que la media de las diferencias entre grupos es generalmente moderada.

#### IV.6.4. Otras medidas de resultado

##### **Ensayos clínicos aleatorizados**

En el estudio PPR [40-44] se evaluaron, además, las siguientes variables:

- Participación en el PPR: Los participantes del GI tuvieron una media de  $1,9 \pm 0,39$  visitas a un miembro de la intervención (a un especialista en prevención de la depresión o al psiquiatra de consulta del estudio) y una media de  $3,4 \pm 0,12$  llamadas de seguimiento con el especialista en depresión. Aunque el número de visitas en otras categorías no se diferenció significativamente entre los dos grupos, la media de visitas fue ligeramente más baja para el GI en la mayoría de las categorías.
- Elementos del Programa de Prevención de Recaídas Relevante para las necesidades percibidas por el paciente: Los pacientes elegían el tipo de automonitorización que querían utilizar (trece participantes - 8% - planearon usar más de un método y sólo tres participantes no eligieron ninguna forma de automonitorización) y las actividades que querían llevar a cabo para manejar el estrés. La mayoría fueron: actividades agradables o de relajación (realizar hobbies, escuchar música, tomar baños), actividades físicas (caminar, ir al gimnasio), actividades sociales (hablar con amigos por teléfono, dedicarle tiempo a los nietos), y organizar o priorizar actividades del hogar y del trabajo.
- Efectos de la intervención en los factores conductuales: Los pacientes del GI tuvieron significativamente una mayor auto-eficacia, tuvieron más probabilidades de realizar un seguimiento de los síntomas depresivos, vigilar los signos de alerta temprana, y un plan para afrontar las situaciones de alto riesgo que los pacientes del GC durante todo el año de seguimiento.

- Predictores de las puntuaciones de depresión en el SCL [47] (GI y GC fueron combinados): El análisis mostró que los cambios en cinco variables de proceso se asociaron con mejoras en las puntuaciones del SCL. La autoeficacia en el manejo de la depresión, hacer el seguimiento de los síntomas depresivos, comprometerse en actividades agradables y sociales predice mejoras en depresión. Controlar los signos de alerta temprana aumenta las puntuaciones del SCL. Sólo una de las variables de proceso afectadas por la intervención, la planificación de cómo hacer frente a situaciones de alto riesgo, no estaba relacionada con los resultados de la depresión.
- Discapacidad: Los participantes del GI mostraron resultados más favorables para la escala de Función Social SF-36 [55] que los pacientes del GC después de los 6 meses. Sin embargo, los pacientes del GI no mostraron mejores resultados que los pacientes del GC en el apartado de función emocional de esta escala (SF-36), según lo evaluado en la interacción tiempo por intervención ( $P = 0,78$ ). En la escala Sheehan Disability [56], tanto los participantes del GI y el GC tendían a mostrar mejoría en discapacidad a lo largo del tiempo. Por otro lado, el efecto de la interacción por tiempo no fue significativo ( $P = 0,14$ ), los pacientes del GI tienden a mostrar mayores mejorías en la medida de discapacidad que los pacientes del GC.
- Visitas a centros de salud: Durante el año posterior a la aleatorización, los pacientes del GC hicieron significativamente más visitas a los centros de atención primaria por motivos diferentes a la depresión (GC: 3,94 vs GI: 3,13; diferencia ajustada de medias, 0,90; 95% IC, 0,18 a 1,63;  $P = 0,02$ ), e hicieron menos visitas a los centros de atención primaria para la depresión (GC: 1,15 vs GI: 1,46; diferencia de media ajustada, -0,31; 95% IC, -0,61 a 0,00;  $P = 0,05$ ).
- Recaídas: Las tasas totales de recaída fueron similares en el GI (35%) y el GC (34,6%).
- Días libres de depresión: El número de días libres de depresión durante los 12 meses de seguimiento fue de 253,2 (95% IC, 241,7 a 264,7) en el GI y 239,4 (95% IC, 227,3 a 251,4) en el GC. Después del ajuste por edad del paciente, sexo, puntuación de depresión en el SCL en la línea base, y puntuación de enfermedad crónica, la

diferencia entre grupos (es decir, el incremento de los días libres de depresión atribuidos a la intervención) fue de 13,9 pero la diferencia no alcanzó el 5% de nivel de significación ( $F = 3,13$ ;  $df = 1$ ;  $P = 0,078$ ; 95% IC por diferencia = -1,5-29,3).

- Incremento de costes: el incremento de los costes de la intervención fue sólo de 273\$ (95% IC, \$102 a 418\$) para los costes del tratamiento de la depresión y 160\$ (95%IC, 173\$ a 512\$) para el coste total de los pacientes externos. El incremento de coste-efectividad fue de 24 dólares por día libre de depresión (95% IC, 59% a 496%) sólo por costes de tratamiento y 14 dólares por días libres de depresión (95% IC, 35\$ a 248\$) para el total de los costes de los pacientes externos.

En el estudio de Loh et al [45], los médicos de atención primaria evaluaron los tiempos de la consulta en minutos, y no se encontraron diferencias significativas entre el GI y el GC.

### **Estudio observacional**

En el estudio de Wills et al. [46] se evaluaron, además de las otras medidas comentadas, la satisfacción con los servicios de salud (SWD), el dolor y el estado de salud general (escala Medical Outcomes Short Form Health Status [52]). En los resultados se encontró que una baja satisfacción con la decisión fue asociada a un dolor severo, a una salud global más pobre y a una menor satisfacción con el centro de atención primaria y los cuidados de salud.

También se evaluó el conocimiento de la depresión con una escala de 20 ítems (desarrollada por las propias autoras del estudio, a partir de un cuadernillo 'Patient Guide to Depression' de la Agency for Health Care and Policy Research (AHCPR) [57]). La SWD fue asociada a algunos ítems de la escala de conocimiento sobre la depresión con la etiología y la farmacoterapia de la depresión, encontrándose que una baja satisfacción con la decisión se asociaba a un bajo nivel de conocimiento de la depresión.

## IV.7. Descripción de las intervenciones (HATD)

En los dos ECA incluidos en esta revisión [40-45] se evaluaron dos intervenciones que consistían en programas multifacéticos basados en el modelo conceptual de TDC.

El primero fue el Programa de Prevención de Recaídas (PPR) [40-44]. Este programa fue diseñado para proveer apoyo especializado, durante aproximadamente un año, a pacientes con alto riesgo de recaídas en depresión. La intervención estaba basada en una relación sostenida entre los pacientes y especialistas de prevención de la depresión (Depression Prevention Specialist - DPS) que trabajaban en colaboración con los médicos de atención primaria, bajo la supervisión y apoyo de un equipo de psiquiatras. El programa se basaba en materiales educativos de calidad.

Los principales objetivos del programa fueron:

- aumentar el uso de la medicación en la fase de mantenimiento y mejorar la adherencia de los antidepresivos a largo plazo;
- aumentar la conciencia de síntomas prodrómicos y el uso de estrategias de auto-monitorización (para aumentar la independencia en el área académica, conductual, de autoayuda y social) con el fin de identificar la recurrencia temprana del trastorno;
- aumentar las medidas proactivas en respuesta a las señales de alerta tempranas.

Los objetivos secundarios del programa fueron: aumentar el uso diario de técnicas de reducción del estrés (actividades placenteras, ejercicio, y socialización). Identificar actuales problemas interpersonales y potenciar situaciones de alto riesgo, con el fin de promover respuestas de afrontamiento y aumentar la autoeficacia en el manejo del trastorno depresivo, aumentar y fomentar la colaboración entre los médicos de atención primaria, los especialistas de prevención temprana, y el servicio de consultas de psiquiatría.

Una vez que los pacientes eran evaluados y asignados a la intervención, se les animaba a leer un libro educativo y a ver un vídeo de 32 minutos antes de que tuvieran la primera consulta con el DPS. A continuación, los pacientes tenían dos sesiones (60 a 90 minutos) con

un DPS, incluyendo un proceso de TDC sobre el mantenimiento del antidepresivo. Al finalizar la segunda sesión cada paciente completaba, por escrito, un plan de prevención de recaídas personalizado. Tres evaluaciones telefónicas de seguimiento (2, 5 y 9 meses después de la inscripción) y cuatro correos personalizados (3, 6, 10, y 12 meses después de la inscripción), con el fin de monitorizar los síntomas de la depresión y la adherencia al tratamiento.

El segundo programa de intervención se evaluó en el estudio de Loh et al. [45]. Este programa multifacético basado en algunos conceptos del modelo de TDC, incluía el entrenamiento de los médicos de atención primaria, una tabla de decisión, que se usaba durante las consultas y se les entregaba a los pacientes en forma de folleto, e información impresa, que combinaba conocimientos basados en la evidencia sobre los cuidados en depresión, enfatizando en el papel activo del paciente en el proceso de toma de decisión.

Todos los médicos del grupo de intervención recibían una HATD y folletos de información para su difusión entre los pacientes. La herramienta fue usada durante la consulta de toma de decisión. Ésta contenía detalles sobre los síntomas de la enfermedad para certificar el diagnóstico, información sobre las opciones de tratamiento, pros y contras de las opciones de tratamiento, y apoyo para la clarificación de valores de los pacientes. El folleto de información para los pacientes estaba basado en la Guía de Práctica Clínica, 'Patient Guide to Depression', sobre el manejo de la depresión en la atención primaria de la AHCP [57] y contenía información sobre el diagnóstico y terapia de los trastornos, creencias de salud, estrategias de afrontamiento, implicación de los familiares y sugerencias para fomentar la participación de los pacientes en el tratamiento de toma de decisiones.

## IV.8. Evaluación de la intervención (HATD)

Para la evaluación de la calidad de las herramientas de ayuda utilizadas en los diferentes estudios se intentó contactar con los diferentes autores, con el fin de obtener más información sobre las mismas. No obstante sólo se pudo obtener información detallada de la herramienta utilizada en el estudio de Loh et al. [45]. La evaluación de la calidad de las HATD fue realizada siguiendo los criterios del Internacional Patient Decision Aids Standard (IPDAS) [12].

La herramienta de ayuda utilizada en el estudio de Loh et al. [45], es una herramienta que, en cuanto a contenidos, proporciona la información con suficiente detalle sobre las opciones para tomar la

decisión (describe la condición de salud, lista las diferentes opciones de hacer o no hacer algo, describe el curso natural sin las opciones, describe los procedimientos, las características positivas o beneficios de las opciones, las características negativas o daños/efectos secundarios/desventajas). Sin embargo, no presenta las probabilidades de una manera objetiva y comprensible.

Es una herramienta que incluye métodos para clarificar y expresar los valores de los pacientes y como orientación estructurada en deliberación y comunicación utiliza una lista de preguntas para discutir opciones con otros.

En cuanto al desarrollo del proceso, esta herramienta ha seguido un proceso de desarrollo sistemático, presentando información de una forma equilibrada (comparando aspectos negativos y positivos de las opciones, mostrando con igual detalle los aspectos positivos y negativos), no revela conflictos de interés y utiliza un lenguaje llano que puede ser entendido con todos los pacientes.

Finalmente, en cuanto a la efectividad, la herramienta intenta ayudar al paciente a tomar una decisión informada, al proporcionar al paciente información válida y apropiada, facilitando los procesos de decisión que conducen a la calidad de la decisión como son: reconocer la necesidad del paciente de tomar una decisión, conocer las opciones y sus características, comprender qué valores afectan la decisión, siendo claros con las características de las opciones que más importan a los pacientes.





## V. Discusión

La mayor parte de las decisiones que se toman en la práctica médica, tanto para afrontar dilemas relacionados con el diagnóstico como con el tratamiento, presentan, en mayor o menor medida, márgenes de incertidumbre y de práctica no demostrada con evidencia científica de calidad.

Dado que las decisiones a tomar tendrán consecuencias positivas o negativas sobre el paciente, y dado que con frecuencia las opciones presentan aspectos favorables y desfavorables que la gente valora de manera diferenciada, es lógico que los sistemas sanitarios tiendan a involucrar al propio paciente en las decisiones que le atañen directamente.

De hecho, la participación del paciente en la toma de decisiones, aunque no está recogida explícitamente en la legislación, sí parece relacionarse con aspectos normativos existentes. Así, la propia Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, reconocen el derecho de los pacientes a recibir información sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, a dar consentimiento informado de los mismos, a pedir una segunda opinión médica y a rechazar un tratamiento prescrito.

Un primer aspecto a remarcar es que la legislación obliga a la participación del paciente para decidir sobre su salud. El uso de herramientas de ayuda para la toma de decisiones ha de buscar que esta participación se haga con las máximas garantías de calidad y corresponsabilidad por parte del paciente y del sistema sanitario, proporcionando la evidencia necesaria sobre la condición personal, las opciones y características.

### V.1. Revisiones anteriores sobre las HATD

Se han llevado a cabo diversos estudios sobre la utilidad de capacitar al paciente en la toma de decisiones que le atañen y sobre el uso de herramientas que ayuden en la toma de decisiones. En los últimos 20 años se han publicado trabajos de investigación empleando estas herramientas en tres grupos de patologías:

- Cáncer, tanto en tratamiento como en pruebas de screening.
- Patologías crónicas, como enfermedades y factores de riesgos cardiovasculares, asma, etc.

- Aspectos relacionados con conductas de riesgo (VIH, alcohol, drogas).

Los objetivos de estas HATD pueden variar, pero en general cumplen con los siguientes objetivos [3]:

- Hacer que los pacientes entiendan los probables resultados de las diferentes opciones que existen.
- Valoren personalmente los beneficios y riesgos adaptados a sus circunstancias personales.
- Se sientan apoyados a la hora de tomar una decisión que les afecta.
- Superen las etapas de la toma de decisiones.
- Participen en las decisiones que tienen que ver con su propia salud.

Estabrooks et al. [11] clasificó las HATD en tres tipos generales:

1. Herramientas puramente informativas, en forma de ayuda estructurada para la decisión.
2. Herramientas que facilitan la decisión, pretendiendo mejorar la calidad de la misma con intervenciones informativas, clarificación de valores personales, opciones y habilidades. Este tipo de intervención fomenta la participación.
3. Herramientas para informar sobre las decisiones, usándose principalmente para participar en ensayos clínicos, consentimiento informado, cambios en estilo de vida o ayuda a directivos.

Se han realizado otras revisiones sistemáticas de las diversas HATD disponibles, englobando los tipos de patologías mencionados más arriba.

En una revisión sistemática previa de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía [10] sobre las ayudas a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud, se recogen diferentes aspectos conceptuales de las HATD, entre los que se incluye el hecho de que, además de ser instrumentos informativos, las HATD han de poner énfasis en cuantificar los resultados de las opciones, considerar los valores personales y fomentar la participación, todo ello basándose en los conocimientos científicos de mayor calidad posible y

expuestos de forma objetiva. En los estudios evaluados en dicha revisión, se encontró que las HATD aumentaban los conocimientos en relación con las enfermedades, los pacientes eran más realistas en cuanto a los riesgos y beneficios de las intervenciones (diagnósticas o terapéuticas), y reducían la pasividad de los pacientes y sus conflictos a la hora de tomar decisiones. No se encontró una diferencia significativa sobre la influencia de las HATD, aunque apareció una tendencia a aumentar la elección de opciones más conservadoras, y tampoco se encontró evidencia de una mejora en la satisfacción de los usuarios.

En la revisión de O'Connor et al. [3] se evaluó globalmente y para varios tipos de patologías, diversas HATD que incluían folletos, asesoramiento, cintas de audio o vídeo y programas multimedia interactivos, frente a técnicas informativas simples o la práctica habitual. A pesar de la limitación que supuso la diversidad de los trabajos incluidos, los ensayos demostraron de forma consistente que las HATD mejoraban el conocimiento de las opciones disponibles, hacían que la percepción de los beneficios y los riesgos de cada decisión fuera más realista, reducían los conflictos asociados a la toma de decisiones, disminuían el número de indecisos y estimulaban la participación. No se encontró efecto de las HATD sobre la satisfacción (ni con el proceso de toma de decisión ni con la decisión tomada), la ansiedad, ni la calidad de vida en general o la relacionada con la patología estudiada. Pero además, no se encontraron suficientes estudios para poder evaluar aspectos como la mayor cumplimentación de tratamientos, costes o estrategias de diseminación.

La mayoría de estas intervenciones se encuentran disponibles en Internet [3]. Sin embargo, cabe la discusión de si estas herramientas mantienen su utilidad si se usan de forma aislada por los pacientes, o si tras su uso se realiza una discusión con el médico del paciente. Esta última opción parece la más ampliamente utilizada en los estudios y en la práctica médica de los países desarrollados, donde la relación médico-paciente forma parte del propio proceso diagnóstico y terapéutico y, como se ha demostrado en múltiples estudios, su calidad influye en la satisfacción del paciente. El mismo grupo de investigadores publicó otra revisión sistemática [13] donde intentó analizar en qué medida las variables de resultados utilizadas en los estudios de efectividad de las HATD publicados, cubrían el ámbito establecido en los criterios de efectividad del IPDAS.

En nuestra revisión nos hemos centrado en el tipo de herramientas más aceptado e impulsado internacionalmente, aquellas que facilitan la decisión, mejorando la calidad de la misma con intervenciones

informativas y fomentando la participación. Este grupo se diferencia claramente de las ayudas puramente informativas y de los consentimientos informados, haciéndolas más interactivas con las condiciones personales de los pacientes.

## V.2. Herramienta de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión

En la presente revisión se identificaron inicialmente un total de 3902 citas en las bases de datos, un número considerablemente mayor que las 130 referencias encontradas recientemente en la revisión realizada por una de las autoras de esta revisión [58] sobre HATD en Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP). No obstante, sólo 7 referencias (0,18% del total) resultaron finalmente relevantes para esta revisión, mientras que en la revisión de HBP resultaron relevantes un 9,9% del total (13 referencias). Esto podría estar reflejando la escasa información disponible sobre la participación de los pacientes con trastornos depresivos en el proceso de toma de decisiones compartida entre el médico y el paciente [6], así como la utilización del modelo conceptual de la toma de decisiones compartida en este ámbito de salud.

Cabe destacar, que de los 7 artículos incluidos (6 ECA y 1 EO), cinco pertenecían al estudio PPR [40-44]. De esta manera y sí se tiene en cuenta que en el EO de Wills 2003 no se llevó a cabo una intervención, sólo se evaluaron dos intervenciones (HATD) en esta revisión. La primera de ellas seguía un programa de prevención de recaídas de la depresión desarrollado en los EEUU, que fue diseñado para la práctica de la atención primaria, en el que se aplicaba el refuerzo motivacional con el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado, examinando las ventajas y desventajas potenciales de seguir tomando antidepresivos utilizando un proceso TDC, el apoyo regular y la ayuda a los pacientes con evidencia de recaída de los síntomas.

En la segunda intervención, se evaluaba un programa multifacético basado en conceptos de TDC [45] que incluía entrenamiento de los médicos de atención primaria, una tabla de decisión, e información impresa que combinaba conocimientos basados en la evidencia sobre los cuidados en depresión, enfatizando el papel activo del paciente en el proceso de toma de decisión.

Para evaluar la efectividad de ambas intervenciones se midió su impacto en la sintomatología depresiva y la severidad de la depresión. En el estudio PPR [40-44] los resultados obtenidos mostraron que los

participantes del GI tendían a disminuir las puntuaciones de depresión en el seguimiento más que los participantes del GC. Sin embargo, en el estudio de Loh et al. [46], se encontró que a pesar de disminuir la sintomatología depresiva en ambos grupos, no se encontraron diferencias significativas entre ellos. No obstante, cabe mencionar que los resultados del estudio PPR [40-44] no se pueden atribuir únicamente al proceso TDC llevado a cabo. Además, tampoco se pudo hacer una evaluación de la intervención con la escala IPDAS [12]. A pesar de ello, es importante destacar el hecho de que ambas intervenciones multifacéticas han sido efectivas en reducir la sintomatología de la depresión. Esta evidencia coincide con los resultados de revisiones previas que concluyen que los programas multifacéticos son efectivos en la reducción de los síntomas de la depresión [59], sobretodo cuando se trata de intervenciones integradas en programas de tratamiento que contienen más de una sesión [60]. De hecho, inherente a las decisiones de las condiciones crónicas está la necesidad de revisar periódicamente las decisiones y los obstáculos en la aplicación y el cumplimiento del tratamiento [61]. Este es un hecho importante para los pacientes con depresión, que suelen revisar sus decisiones con frecuencia, requiriendo apoyo durante este proceso, bien para la permanencia o la modificación del tratamiento [62].

En la misma línea de estudios previos que han evaluado la eficacia de las HATD y la TDC en pacientes que se enfrentan a decisiones sobre tratamientos [3,11,13,18,58], en esta revisión se tuvieron en cuenta las siguientes medidas de resultado: participación en la decisión, la satisfacción con el proceso y el conflicto decisional. Las dos primeras fueron medidas en los estudios de Loh et al. [45] y Wills et al. [46], mientras que el conflicto decisional se midió únicamente en el segundo de estos estudios.

La evidencia muestra que la HATD mejoró la satisfacción y la participación del paciente en el proceso decisional [45,46]. Además, se encontró que mayores conflictos decisionales estaban asociados a una baja satisfacción [46].

En cuanto a la adherencia al tratamiento se encontró en el estudio PPR que los pacientes que realizaron un proceso de TDC sobre el mantenimiento del tratamiento psicofarmacológico, continuaron la medicación antidepresiva durante el periodo de seguimiento [40-45].

Por otra parte, en el estudio de Wills et al. [46] la SWD estaba asociada al uso autoinformado de la medicación antidepresiva. Los resultados mostraron que los pacientes que rechazaron la medicación antidepresiva tenían una satisfacción significativamente menor con sus

centros de atención primaria, un conflicto decisional mayor, e informaron preferencia por un mayor control en la toma de decisión sobre su medicación, comparados con pacientes que alguna vez habían empezado la medicación. Asimismo, los pacientes que discontinuaron la medicación informaron de niveles significativamente mayores de conflicto decisional sobre la toma de decisión de su medicación antidepressiva.

Por último, además de las medidas de resultados comentadas previamente, se encontraron otras que no pudieron agruparse debido a que eran específicas de cada uno de los estudios. En el estudio PPR [40-44], se tuvieron en cuenta estas variables: participación en el PPR, evaluación de los elementos del PPR relevantes para las necesidades percibidas por el paciente, los efectos de la intervención en los factores conductuales, los predictores de las puntuaciones de depresión en el SCL, la discapacidad social, las visitas a centros de salud, los días libres de depresión, el incremento de costes, y las recaídas. Son destacables los resultados obtenidos en esta última medida puesto que los resultados del resto de las variables evaluadas favorecieron, mayoritariamente, al grupo de intervención, mientras que las tasas totales de recaídas fueron similares en ambos grupos.

En el estudio de Loh et al. [45] otra medida evaluada únicamente en este estudio fue el tiempo de consulta. Los resultados de esta medida fueron, posiblemente, una de las mayores aportaciones del estudio: la intervención no requiere un mayor tiempo de consulta que el de los cuidados habituales. Por tanto, la evidencia obtenida en este estudio muestra que una intervención con proceso de toma de decisiones en cuidados primarios no requiere, necesariamente, más tiempo que el utilizado en los cuidados habituales.

En el estudio de Wills et al. [46] se evaluó, además de las otras medidas comentadas, la satisfacción con los servicios de salud, el dolor y el estado de salud general, así como el nivel de conocimiento del trastorno depresivo, encontrándose que una baja satisfacción con la decisión podría estar asociada a un bajo nivel de conocimiento de la depresión.

### V.3. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con depresión y otras patologías

Es difícil hacer comparaciones con otras revisiones que valoran y evalúan las HATD en otras patologías [3,11,18,58] debido al reducido número de estudios incluidos en esta revisión. Así, en otras herramientas evaluadas se observa que el grado de conocimiento sobre las enfermedades, hacen más realistas las expectativas de los pacientes y disminuyen los conflictos que conlleva la toma de decisiones. Sin embargo, en nuestra revisión es comprometido llegar a esta conclusión pues sólo se obtuvo resultados de esta medida en el EO de Wills et al. [46], en el que se asocia una baja satisfacción con la decisión a un bajo nivel de conocimiento de la depresión, pero en el que no se utiliza ninguna herramienta de ayuda para facilitar este proceso.

También, cabe mencionar que en las revisiones previas, no se aprecia una diferencia significativa en el nivel de satisfacción de los pacientes con el proceso TDC o con las decisiones tomadas tras el uso de las HATD [3,18], mientras que en nuestra revisión, sí se encontró que el proceso de TDC mejoraba la satisfacción del paciente [45].

En cuanto al grado de participación en las decisiones y la disminución del número de indecisos nuestros resultados sí coinciden con los de otros estudios que utilizan las HATD con otras patologías.

### V.4. Algunas consideraciones finales

A partir de los resultados obtenidos en nuestra revisión se observa que, en comparación con otros campos de la asistencia sanitaria, la investigación sobre las HATD en depresión se encuentra en una fase muy temprana. Además, la mayoría de los estudios realizados sobre el proceso de toma de decisiones compartidas y depresión, se han centrado en evaluar el papel del clínico en el proceso decisional y no los efectos de la herramienta en sí misma [63-65].

La evidencia muestra que las HATD en depresión mejoran la satisfacción y la participación del paciente en el proceso decisional. Sin embargo, no existe evidencia sobre la satisfacción con la decisión tomada o la opción terapéutica llevada a cabo. Asimismo, no disponemos de información suficiente para saber si han incrementado los conocimientos de los pacientes sobre la depresión, aun cuando en

otros estudios sobre HATD se ha encontrado que este tipo de instrumentos son útiles para incrementarlos [18].

A pesar de ser la primera revisión sistemática realizada sobre HATD en pacientes con depresión, se han encontrado algunas limitaciones. En primer lugar, las conclusiones de la revisión se limitan al reducido número de estudios incluidos que evalúan una HATD. En segundo lugar, ha sido difícil comparar e integrar los resultados de los dos ECA debido a la heterogeneidad de las medidas de resultados evaluadas. Por último, puede que no se hayan incluido estudios que medían covariables que podrían estar influyendo en el proceso de TDC en la depresión. En esta línea, es necesaria más investigación para identificar variables que tengan un papel importante en el proceso de TDC en salud mental así como la validación de instrumentos que midan las particularidades de los cuidados en salud mental, especialmente en depresión [66].

En términos de futuras investigaciones existe la necesidad de realizar estudios primarios que evalúen los efectos de las HATD y TDC en pacientes con depresión. Sería conveniente evaluar intervenciones con más de una sesión y con un equipo multidisciplinar en el que los profesionales implicados hayan sido entrenados previamente en el desarrollo del proceso TDC para pacientes con depresión, teniendo en cuenta los diferentes momentos en los que el paciente tiene que reconsiderar la decisión sobre el tratamiento para la depresión. Asimismo, los profesionales deberían estar entrenados en las habilidades requeridas para manejar las particularidades de los pacientes con depresión debido a los síntomas característicos de un episodio depresivo, donde sucede anhedonia, enlentecimiento, indecisión, falta de atención y de concentración [67,68].



## VI. Referencias

- [1] Barry M. Health Decision Aids to Facilitate Shared Decision Making in Office Practice. *Ann Intern Med* 2002; 136:127-35.
- [2] Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' Preferences for Participation in Clinical Decision Making: A review of published surveys. *Behav Med* 1998; 24:81-8.
- [3] O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, Tait V, Tetroe J, Fiset V, Barry M, Jones J. Ayudas para personas que deben decidir sobre tratamientos o cribajes (screening) 2002. Revisión Cochrane. En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007, Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Número 1. Chichester; UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- [4] Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough?. *BMJ* 1999; 318:318-22.
- [5] Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997; 44:681-92.
- [6] Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49:651-61.
- [7] Prendergast TJ. Shared decision-making about withdrawing treatment. *JAMA* 2003; 289:981.
- [8] Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ* 2001; 165:438-39.
- [9] Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère MO. Shared Decision Making in the Medical Encounter: Are We All Talking about the Same Thing? *Meds Decis Making* 2007; 20:539-45.
- [10] Hermosilla-Gago T y Briones Pérez de la Blanca E. Ayuda a los usuarios en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Herramientas disponibles y síntesis de la evidencia científica. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía 2002.

- [11] Estabrooks C, Goel V, Thiel E, Pinfold P, Sawka C, Williams I. Decision aids: are they worth it? A systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001; 6:170-82.
- [12] Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, Thomson R, Barratt A, Barry M, Bernstein S, Butow P, Clarke A, Entwistle V, Feldman-Stewart D, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Mounjid N, Mulley A, Ruland C, Sepucha K, Sykes A, Whelan T; International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ* 2006; 333(7565): 417.
- [13] O'Connor AM, Bennett C, Stacey D, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Entwistle V, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Do Patient Decision Aids Meet Effectiveness Criteria of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration? A Systematic Review and Meta-analysis. *Meds Decis Making* 2007; 27:554-74.
- [14] Durand MA, Stiel M, Boivin J, Elwyn G. Where is the theory? Evaluating the theoretical frameworks described in decision support technologies. *Patient Educ Couns* 2008; 71:125-35.
- [15] Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomized controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *Br Med J* 2001; 323(7311):493-6.
- [16] O'Connor AM, Fiset V, DeGrasse C, Graham ID, Evans W, Stacey D, Laupacis A, Tugwell P. Decision aids for patients considering options affecting cancer outcomes: evidence of efficacy and policy implications. *Monogr Nat Cancer Institute* 1999; 25:67-80.
- [17] Auvinen A, Hakama M, Ala-Opas M, Vornanen T, Leppilahti M, Salminen P, and Tammela TLJ. A randomized trial of choice of treatment in prostate cancer: the effect of intervention on the treatment chosen. *BJU International* 2004; 93:52-6.
- [18] O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, Entwistle VA, Fiset V, Holmes-Rovner M, Khangura S, Llewellyn-Thomas H, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD001431. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.

- [19] Prats C. Información a los pacientes que se someten a prostatectomía: una revisión sistemática de la bibliografía desde 1990 hasta 2002. *Enferm Clin* 2004; 14:339-44.
- [20] Hamann J, Leucht S, Kissling W. Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiat Scand* 2003; 107:403-09.
- [21] Patel SR, Bakken S, Ruland C. Recent advances in shared decision making for mental health. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:606-12.
- [22] Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent and simple consent. *Ann Intern Med* 2004; 140:54-9.
- [23] Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Romera B, Codony M, Autonell J, Ferrer M, Ramos J, Kessler R, Alonso J. Epidemiology of mental disorders in Spain: methods and participation in the ESEMeD-Spain project. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31:182-91.
- [24] Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et. al; Grupo ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Med Clin (Barc)* 2006 1; 126:445-51.
- [25] Davidson J, Meltzer-Brody S. The underrecognition and undertreatment of depression: what is the breadth and depth of the problem? *J Clin Psychiatry* 1999; 60:4-9.
- [26] Cantrell CCR, Eaddy MT, Shah MB, Regan TS, Sokol MC. Methods for evaluating patient adherence to antidepressant therapy a real-world comparison of adherence and economic outcomes. *Med Care* 2006; 44:300-3.
- [27] Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. *Brit J Psychiat* 2002; 180: 104-09.
- [28] Mundt JC, Clarke GN, Burroughs D, Brenneman DO, Griest JH. Effectiveness of antidepressant pharmacotherapy: the impact of medication compliance and patient education. *Depress Anxiety* 2001; 13:1-10.
- [29] Llewellyn-Jones R, Baikie KA, Smithers H, Cohen J, Snowdon J, Tennant CC. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. *Br Med J* 1999; 319:676-82.

- [30] Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Med Care* 2004; 42:1211–221.
- [31] Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B, Weller D, Churchill R, Williams I, Bedi N, Duggan C, Lee A, Harrison G. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *Brit Med J* 2001; 322:772–75.
- [32] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Albert A, Mesters P, Dewe W, Debruyckere K, Sangeleer M. Development of an antidepressant compliance questionnaire. *Acta Psychiat Scand* 2004; 110:201–07.
- [33] Dwight-Johnson M, Unützer J, Sherbourne C, Tang L, Wells K. Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? *Med Care* 2001; 39: 934–44.
- [34] Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z. The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. *Psychol Aging* 1999; 14:155–69.
- [35] Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, Gretton V, Miller P, Harrison G, Lee A, Williams I. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiat* 2000; 177:312–18.
- [36] van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwijk HW, Beekman AT, de Haan M, van Dyck R. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26:184–9.
- [37] Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuaid HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Controlled Clin Trials* 1996; 17:1-12.
- [38] Estabrooks CA, Goel V, Thiel E, Pinfold SP, Sawka C, Williams J. Consumer Decision Aids: Where do we stand?. A systematic review of structured consumer decision aids. ICES 2000. Technical Report.

- [39] National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods- Chapter 7: Reviewing and grading the evidence [Internet]. London: NICE.
- [40] Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:241-7.
- [41] Ludman E, Von Korff M, Katon W, Lin E, Simon G, Walker E, et al. The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. *Int J Psychiatry Med* 2000; 30:229-45.
- [42] Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G, et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. *Psychol Med* 2003; 33:1061-70.
- [43] Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unutzer J, et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care* 2002; 40:941-50.
- [44] Von Korff M, Katon W, Rutter C, Ludman E, Simon G, Lin E, et al. Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. *Psychosom Med* 2003; 65:938-43.
- [45] Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Coun* 2007; 67:324-32.
- [46] Wills CE, Holmes-Rovner M. Preliminary validation of the Satisfaction With Decision scale with depressed primary care patients. *Health Expect* 2003; 6:149-59.
- [47] Derogatis LR. SCL-90-R: Manual-II. Towson, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
- [48] Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *J Am Med Assoc* 1999; 282:1737-44.
- [49] Radloff LS. The CES-D: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977; 1:385-401.

- [50] Lerman C, Brody D, Caputo C, Smith DG, Lazaro CG, Wolfson HG. Patients' perceived involvement in care scale: relationship to attitudes about illness and medical care. *J Gen Intern Med* 1990; 5:29–33.
- [51] Man-Son-Hing M, Laupacis A, O'Connor AM, Biggs J, Drake E, Yetisir E, Hart RG. A patient decision aid regarding antithrombotic therapy for stroke prevention in atrial fibrillation: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc* 1999; 282:737–43.
- [52] Stewart AL, Hays RD, Ware JE. The MOS shortform General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Med Care* 1988; 26:724–35.
- [53] Kaplan SH, Gandek B, Greenfield S, Rogers W, Ware JE. Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995; 33:1176–187.
- [54] O'Connor AM. Validation of a Decisional Conflict Scale. *Medic Decis Making* 1995; 15:25-30.
- [55] Gandek B, Ware JE Jr, Aaronson NK, et al. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment J Clin Epidemiol* 1998; 51:1149–158.
- [56] Leon AC, Shear MK, Portera L, et al. Assessing impairment in patients with panic disorder: the Sheehan Disability Scale. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992; 27:78–82.
- [57] Depression Guideline Panel. *Depression in Primary Care: Vol. 1. Detection and Diagnosis*. AHCPR Pub. No. 93-0550. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
- [58] Perestelo Pérez L, Álvarez León E. Herramientas de ayuda para la toma de decisiones de los pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2006/17.
- [59] Williams JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29:91-116.
- [60] Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CPF, de Jong CAJ. Systematic review of the effects of

shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77:219-26.

- [61] Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect* 2006; 9:25-36.
- [62] Stacey D, Menard P, Gaboury I, Jacobsen M, Sharif F, Ritchie L et al. Decision-making needs of patients with depression: a descriptive study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008; 15:287-95.
- [63] Loh A, Simon D, Hennig K, Hennig B, Härter M, Elwyn G. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Educ Coun* 2006; 63:314-18.
- [64] Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz RL. Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. *Arch Intern Med* 2008; 168(13):1368-70.
- [65] Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *Br J Psychiatry* 2008; 193:416-21.
- [66] Wills CE, Holmes-Rovner M. Integrating decision-making and mental health intervention research: research directions. *Clin Psychol* 2006; 13:9-25.
- [67] World Health Organization. ICD-10: International statistical classification of diseases and health related problems (2nd edition). Geneva; 2004.
- [68] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author; 2000.





## VII. Contribución de los autores y revisores externos

- *Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dña. Marién González Lorenzo.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación de los resultados y en la redacción de este informe.
- *Dr. Amado Rivero Santana.* Psicólogo. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.
- *Dña. Jeanette Pérez Ramos.* Psicóloga. Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud. Fundación Canaria de Investigación y Salud. Tenerife. Ha contribuido en la evaluación crítica de los estudios y en la redacción parcial de este informe.

### Revisor externo

- *Dra. Celia E. Wills.* Associate Professor. Grayce M. Sills Professor in Interdisciplinary Behavioral Health Nursing. The Ohio State University College of Nursing. Columbus. U.S.A.



# Anexos

## Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Plataforma de acceso	Página web	Periodo buscado	Nº*
MEDLINE	OVID	gateway.ovid.com	1950 a julio 2007- semana 4	1911
EMBASE	OVID	gateway.ovid.com	1980 a 2007 semana 31	825
PreMedline	OVID	gateway.ovid.com	Hasta 5 de agosto de 2007	32
PsycINFO	EBSCOHost	http://search.epnet.com/	1887 a julio de 2007	191
Centre for Reviews & Dissemination (CRD)	Universidad de York	http://www.york.ac.uk /inst/crd/	1973 a julio de 2007	66
Cochrane	Ministerio de Sanidad y Consumo	http://www.update- software.com/Clibplus/ ClibPlus.asp	Versión 2007, nº 2	3
CENTRAL	Ministerio de Sanidad y Consumo	http://www.update- software.com/Clibplus/ ClibPlus.asp	Versión 2007, nº 2	237
CINAHL	OVID	gateway.ovid.com	1982 a agosto 2007-semana 1	978
Science Citation Index (SCI)	FECYT. Ministerio de Educación y Ciencia	http://www.accesowok.fecyt.es/	1945 a 2007	414
*Fecha de acceso: 6 de agosto de 2007; *Nº: Número de resultados obtenidos Total: 4.657 referencias (con duplicados); 3.902 referencias sin duplicados				

### Medline

1. exp Depression/
2. exp Depressive Disorder/
3. 1 or 2
4. exp Decision Making/
5. exp Patient Education/
6. exp Patient Participation/
7. exp Pamphlets/
8. exp Audiovisual Aids/
9. Patient education handout\$.ti,ab.
10. Shared decision making\$.ti,ab.
11. (decision adj2 aid\$.ti,ab.
12. Evidence based patient choice\$.ti,ab.
13. PtDA\$.ti,ab.
14. (inform\$ adj3 patient\$ adj3 choice\$.ti,ab.
15. exp Decision Support Techniques/
16. 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14 or 15
17. 3 and 16

### Embase

1. \*depression/ or \*agitated depression/ or \*atypical depression/ or \*dysphoria/ or \*dysthymia/ or \*endogenous depression/ or \*involuntary depression/ or \*major depression/ or \*masked depression/ or \*melancholia/ or \*"mixed anxiety and depression"/ or \*mourning syndrome/ or \*organic depression/ or \*postoperative depression/ or \*premenstrual dysphoric disorder/ or \*pseudodementia/ or \*reactive depression/ or \*recurrent brief depression/ or \*seasonal affective disorder/
2. exp Patient Education/
3. exp Patient Participation/
4. exp Patient Information/
5. exp Medical Decision Making/
6. (audiovisual adj3 aid\$.ti,ab.
7. Pamphlet\$.ti,ab.
8. Patient education handout\$.ti,ab.
9. Shared decision making\$.ti,ab.
10. (decision adj2 aid\$.ti,ab.
11. Evidence based patient choice\$.ti,ab.
12. PtDA\$.ti,ab.
13. (inform\$ adj3 patient\$ adj3 choice\$.ti,ab.
14. exp Decision Support System/

15. 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 or 14
16. 1 and 15

**PreMedline**

1. depression.mp.
2. depressiv\$.mp.
3. dysphoria.mp.
4. dysthymia.mp.
5. melancholia.mp.
6. (dysphoric adj3 disorder).mp.
7. pseudodementia.mp
8. (seasonal adj3 affective adj3 disorder\$.mp.
9. Decision Making.mp.
10. Patient Education.mp.
11. Patient Participation.mp.
12. Audiovisual Aid\$.mp.
13. Pamphlet\$.mp.
14. Patient education handout\$.mp.
15. Shared decision making\$.mp.
16. (decision adj2 aid\$.mp
17. Evidence based patient choice\$.mp
18. PtDA\$.mp.
19. (inform\$ adj3 patient\$ adj3 choice\$.mp.
20. Decision Support\$.mp.
21. 1-8 or
22. 9-20 or
23. 21 and 22

**PsycINFO**

1. (((DE "Major Depression" OR DE "Anaclitic Depression" OR DE "Dysthymic Disorder" OR DE "Endogenous Depression" OR DE "Postpartum Depression" OR DE "Reactive Depression" OR DE "Recurrent Depression" OR DE "Treatment Resistant Depression") or (DE "Seasonal Affective Disorder")) or (DE "Premenstrual Dysphoric Disorder")) )
2. (decision support\* or leaflet\* )
3. PtDA\*
4. Evidence based patient choice\*
5. decision aid\*
6. (Pamphlet\* or Patient education handout\* or Shared decision making\* )
7. (((DE "Decision Making" or DE "Decision Support Systems") or (DE "Client Participation")) or (DE "Client Education")) or (DE "Educational Audiovisual Aids" ) )
8. 2-7 or
9. 1 and 8

**CINAHL**

1. exp Depression/
2. exp Decision Making/
3. exp Patient Education/
4. exp Consumer Participation/
5. exp PAMPHLETS/
6. exp Teaching Materials/
7. audiovisual aid\$.ti,ab.
8. leaflet\$.ti,ab.
9. Patient education handout\$.ti,ab.
10. Shared decision making\$.ti,ab.
11. (decision adj2 aid\$.ti,ab.
12. Evidence based patient choice\$.ti,ab.
13. PtDA\$.ti,ab.
14. (inform\$ adj3 patient\$ adj3 choice\$.ti,ab.
15. exp Decision Support Systems, Management/
16. 2-15 or
17. 1 and 16

### **Cochrane**

1. DEPRESSION expandir todos los árboles (MeSH)
2. DEPRESSIVE DISORDER expandir todos los árboles (MeSH)
3. DECISION MAKING expandir todos los árboles (MeSH)
4. PATIENT EDUCATION expandir todos los árboles (MeSH)
5. PATIENT PARTICIPATION expandir todos los árboles (MeSH)
6. PAMPHLETS expandir todos los árboles (MeSH)
7. AUDIOVISUAL AIDS expandir todos los árboles (MeSH)
8. (patient next education next handout\*)
9. (shared next decision next making\*)
10. (decision near aid\*)
11. (evidence next based next patient next choice\*)
12. (ptda\* or leaflet\*)
13. (inform\* near choice\*)
14. DECISION SUPPORT TECHNIQUES expandir todos los árboles (MeSH)
15. 1 or 2
16. 3-14 or
17. 15 and 16

### **SOCIAL SCIENCES CITATION INDEX (SSCI)**

1. TS=(seasonal affective disorder\*)
2. TS=(premenstrual dysphoric disorder\*)
3. TS=(depression or dysphoria or dysthymia or melancholia or mourning or pseudodementia)
4. TS=(patient\* SAME decision SAME making)
5. TS=(shared SAME decision SAME making)
6. TS=(inform\* SAME patient\* SAME choice\*)
7. TS=PtDA\*
8. TS=(Evidence SAME based SAME patient SAME choice\*)
9. TS=(decision SAME aid\*)
10. TS=(Audiovisual SAME Aid\*)
11. TS=(Pamphlet\* OR leaflet\*)
12. TS=(Patient SAME Participation)
13. 1-3 or
14. 4-12 or
15. 13 and 14

## Anexo 2. Escala de Jadad

<b>Revisor:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA: HATD para la depresión</b>	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:

	Sí	No	Bonificación
<b>1. ¿Se menciona si el estudio es aleatorizado?</b>			
<b>2. ¿Se menciona si el estudio es doble ciego? (enmascaramiento del tratamiento a pacientes y a investigadores/evaluadores)</b>			
<b>3. ¿Se describen las pérdidas de seguimiento?</b>			

<b>Puntuación final</b>	
-------------------------	--

**Puntuación final:** 0 - 5 puntos (a mayor puntuación mayor calidad del estudio)

### MÉTODO DE PuntuACIÓN:

Se da 1 punto para cada Sí y 0 puntos para cada NO.

Se da 1 punto adicional si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y éste es adecuado
- y/o
- en la pregunta 2 se describe el método de enmascaramiento del paciente y del investigador y éstos son adecuados

Se resta 1 punto si:

- en la pregunta 1 se describe el método de aleatorización y es inadecuado
- y/o
- en la pregunta 2 el método de enmascaramiento es inadecuado.

Escala adaptada de: Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds JM, Gavaghan DJ, McQuay HJ. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clin Trials 1996: 17:1-12



## Anexo 3. Escala de Estabrooks (modificada)

<b>Revisor:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>REVISIÓN SISTEMÁTICA: HATD para la depresión</b>			
<b>Nº Estudio:</b>		<b>Primer autor:</b>	
<b>Fecha de publicación:</b>		<b>Revista:</b>	
<b>RECLUTAMIENTO</b> ¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita? Sí.....1 No.....0  ¿El índice de participación está claramente descrito? Sí.....1 No.....0  ¿Cuál es el índice de pérdida? <20%.....2 21-50%.....1 >50%.....0  ¿Existe justificación para el tamaño de la muestra? Sí.....2 No.....0  <b>Sub-Total Reclutamiento: /6</b>		<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b> ¿Incluye tests? Sí.....1 No.....0 Significación estadística y/o C.I. Sí.....1 No.....0 ¿Es apropiado el análisis estadístico? Sí.....1 No.....0 ¿Se intenta controlar estadísticamente las variables extrañas? Sí/NA.....1 No.....0 ¿Las conclusiones expuestas son razonables y se sustentan en los datos? Sí.....2 Algo.....1 No.....0 <b>Sub-Total del Análisis Estadístico : /6</b>	
<b>INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN</b> ¿Los criterios de inclusión y exclusión estaban claramente definidos? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0  ¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc.)? Sí.....2 Parcialmente.....1 No.....0  <b>Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4</b>		<b>MEDIDAS DE RESULTADO</b> ¿Están claramente definidas las medidas de resultados (variables dependientes)? Sí.....2 Algo.....1 No.....0 ¿Se describe claramente el protocolo de recolección de datos? Sí.....2 Algo.....1 No.....0 ¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (pasada)? Sí.....2 Algo.....1 No.....0	



## Anexo 4. Niveles y Grados de evidencia

Nivel	Tipo de Evidencia
Ia	Evidencia obtenida de revisiones sistemáticas o meta-análisis
Ib	Evidencia obtenida de, al menos, un ensayo controlado y aleatorizado
IIa	Al menos un estudio controlado sin aleatorización, bien diseñado
IIb	Al menos un estudio cuasi-experimental bien diseñado de otro tipo
III	Estudios descriptivos no experimentales bien diseñados como estudios comparativos, de correlación y estudios de casos
IV	Comités de expertos, artículos de opinión y / o experiencia clínica de autoridades en la materia

Sistema de gradación para estudios individuales	
Grado I (RCT)	Ia - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados
	Ib - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados
	Ic - ninguna de las anteriores
Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión.	IIa - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados y ajuste de los efectos por las principales variables de confusión
	IIb – una o más de las anteriores
Grado III. Resto de estudios	IIIa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados
	IIIb – al menos 2 de las anteriores
	IIIc – ninguna de las anteriores

## Anexo 5. Hoja de extracción de datos (ECA)

PRIMER AUTOR:	AUTOR AÑO (PAÍS)			REV:
HATD DECISIÓN				
Participantes <i>(inicio, final)</i>				
Diseño				
Reclutamiento				
Inclusión y Exclusión	Criterios de inclusión:			
	Criterios de exclusión:			
Intervención (asignación a grupos y recolección de los datos)	Asignación a grupos:			
	Intervención:			
	Recolección de datos:			
Medidas de resultados				
Análisis Estadístico				
Resultados				
Calidad	Q (Suma de A + C + S) (máx 5):			
	A (máx 2):	C (máx 2):	S (máx 1):	
Ocultamiento de la asignación	OA			Nivel y Grado de evidencia (NICE)
NOTAS EN CALIDAD: A = aleatorización; C = cegamiento; S = seguimiento NOTAS EN ASIGNACIÓN: A = adecuado; B = inadecuado; D = desconocido				

## Anexo 6. Hoja de extracción de datos (EO)

<b>PRIMER AUTOR:</b>	<b>AUTOR AÑO (PAÍS)</b>		<b>REV:</b>
Objetivo			
Participantes			
Diseño			
Reclutamiento			
Inclusión y Exclusión			
Intervención			
Análisis Estadístico			
Recolección de datos y Medidas de resultados			
Resultados			
Validez total del estudio	BAJO:	MEDIO:	ALTO:
Calidad y nivel de evidencia	Reclutamiento ( ) /6	Inclusión y exclusión ( ) /4	
	Análisis estadístico ( ) /6	Medidas de Resultados ( ) /10	
	Validez total ( ) /26	Nivel Evidencia	

## Anexo 7. Tabla de evidencia de los estudios (ECA)

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
						A	C	S	Q	OA	NE

\* **GI:** GRUPO INTERVENCIÓN, **GC:** GRUPO CONTROL

\*\* **A:** ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C:** CEGAMIENTO (máx. 2), **S:** SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q:** CALIDAD (máx. 5), **OA:** OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

## Anexo 8. Tabla de evidencia de los estudios (EO)

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	1.HATD 2.OBJETIVO	TIPO DE ESTUDIO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA*					
						R	I/E	AE	R	V	NE

\* **R:** RECLUTAMIENTO (máx. 6), **I/E:** INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), **AE:** ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), **R:** RESULTADOS (máx. 10), **V:** VALIDEZ (máx. 26), **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

## Anexo 9. Referencias: estudios incluidos

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
KATON 2001	Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. Archives of General Psychiatry 2001; 58(3): 241-7.
LOH 2007	Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M et al. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. Patient Education & Counseling 2007; 67(3): 324-32.
LUDMAN 2000	Ludman E, Von Korff M, Katon W, Lin E, Simon G, Walker E et al. The design, implementation, and acceptance of a primary care-based intervention to prevent depression relapse. International Journal of Psychiatry in Medicine 2000; 30(3): 229-45.
LUDMAN 2003	Ludman E, Katon W, Bush T, Rutter C, Lin E, Simon G et al. Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. Psychological Medicine 2003; 33(6): 1061-70.
SIMON 2002	Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unutzer et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. Medical Care 2002; 40(10): 941-50.
VON KORFF 2003	Von Korff M, Katon W, Rutter C, Ludman E, Simon G, Lin E et al. Effect on disability outcomes of a depression relapse prevention program. Psychosomatic Medicine 2003; 65(6): 938-43.
WILLS 2003	Wills CE, Holmes-Rovner M. Preliminary validation of the Satisfaction With Decision scale with depressed primary care patients. Health Expectations 2003; 6(2): 149-59.



## Anexo 10. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
ANÓNIMO 2006	Patients who discuss antidepressants with primary care physician influence depression evaluation. <i>Mental Health Weekly</i> 2006; 16(48): 3-4.	NO TIPO DE DISEÑO
ANÓNIMO 2006	Summaries for patients. Decision support in primary care and depression outcomes. <i>Annals of Internal Medicine</i> 2006; 145(7): 1-10.	
ANÓNIMO 2005	Websites may help some depressives. <i>British Journal of Healthcare Computing &amp; Information Management</i> 2005; 22(2): 13.	
ANÓNIMO 1996	Patient notes. Major depression. <i>Postgraduate Medicine</i> 1996; 100(1): 99-100.	
ANÓNIMO 1997	Patient information. Depression - how medicine can help. <i>American Family Physician</i> 1997; 55(5): 1695-8.	
ANÓNIMO 2001	Consumer & family information: depression. <i>Psychiatric Services</i> 2001; 52(2): 145.	
BROWN 2004	Brown JS, Elliott SA, Boardman J, Ferns J, Morrison J. Meeting the unmet need for depression services with psycho-educational self-confidence workshops: preliminary report. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2004; 185: 511-5.	
COOPER 2003	Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ, Rost KM, Meredith LS, Rubenstein LV et al. The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and white primary care patients. <i>Medical Care</i> 2003; 41(4): 479-89.	
COVERDALE 2002	Coverdale JH, McCullough LB, Chervenak FA. Enhancing decision-making by depressed pregnant patients. <i>Journal of Perinatal Medicine</i> 2002; 30(4): 349-51.	
CULPEPPER 2002	Culpepper L. The active management of depression. <i>Journal of Family Practice</i> 2002; 51(9): 769-76.	
ELGIE 2006	Elgie R. A patient and primary care perspective: a patient's perspective on the treatment of depression. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> 2006; 67 Supl 6: 38-40.	
FREER 1993	Freer JP. Depression and decision making [comment]. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1993; 41(3): 345-6.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
GILBODY 1999	Gilbody SM, Petticrew M. Rational decision-making in mental health: the role of systematic reviews. <i>Journal of Mental Health Policy and Economics</i> 1999; 2: 99-106.	
GOLDWYN 1988	Goldwyn RM. Educating the patient and family about depression. <i>Medical Clinics of North America</i> 1988; 72(4): 887-96.	
GRAHAM 2006	Graham ID, O'Connor AM. Research in shared decision making is growing deeper roots and more branches. <i>Patient Education and Counseling</i> 2006; 63(3): 259-61.	
KATON 1999	Katon W. Collaborative care models for the treatment of depression. <i>American Journal of Managed Care</i> 1999; 5: 794-810.	
KRAMER 2005	Kramer TL, Beaudin CL, Thrush CR. Evaluation and treatment of depression (part I) benefits for patients, providers, and payors. <i>Disease Management &amp; Health Outcomes</i> 2005; 13(5): 295-306.	
LEWIS 2003	Lewis L, Hoofnagle L. Treatment-resistant depression: the patient perspective. <i>Biological Psychiatry</i> 2003; 53(8): 635-9.	
LEWIS 2005	Lewis L, Hoofnagle L. Patient perspectives on provider competence: a view from the Depression and Bipolar Support Alliance. <i>Administration &amp; Policy in Mental Health</i> 2005; 32(5-6): 497-503.	
LEWIS 2001	Lewis L. The role of mental health patient organizations in disease management: Focus on the US National Depressive and Manic-Depressive Association. <i>Disease Management &amp; Health Outcomes</i> 2001; 9(11): 607-17.	
LINDEN 1997	Linden M. The role of the patient in treatment decisions. <i>Modern Problems of Pharmacopsychiatry</i> 1997; 25: 192-202.	
LOH 2005	Loh A, Simon D, Haerter M. The impact of shared decision making on patients' treatment acceptance, compliance and clinical outcome in primary care of depression. <i>European Psychiatry</i> 2005; 20 Supl:123.	
MOLD 2006	Mold JW. Curbside consultation. Facilitating shared decision making with patients. <i>American Family Physician</i> 2006; 74(7): 1209-10.	
O'CONNOR 2001	O'Connor R. Active treatment of depression. <i>American Journal of Psychotherapy</i> 2001; 55(4): 507-30	
PACE 2000	Pace B. JAMA patient page. Depression. <i>JAMA: Journal of the American Medical Association</i> 2000; 284(12): 1606.	

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>REFERENCIA</b>	<b>MOTIVO DE EXCLUSIÓN</b>
PHILP 1998	Philp I. DepRelief: training programme for primary care. International Clinical Psychopharmacology 1998; 13 Supl 5: 55-7.	
ROSENBLATT 2001	Rosenblatt L, Block SD. Depression, decision making, and the cessation of life-sustaining treatment. Western Journal of Medicine 2001; 175(5): 320-5.	
RUDNICK 2002	Rudnick A. Depression and competence to refuse psychiatric treatment. Journal of Medical Ethics 2002; 28(3): 151-5.	
SAVARD 2004	Savard M. Bridging the communication gap between physicians and their patients with physical symptoms of depression. Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry 2004; 6 Supl 1: 17-24.	
SCHAFFER 2000	Schaffer SD. Patient's guide to medication used for depression. Lippincott's. Primary Care Practice 2000; 4(2): 237-9.	
SHAFFER 2002	Shaffer RS. ICD therapy: the patient's perspective. American Journal of Nursing 2002; 102(2): 46-9.	
SIMON 1998	Simon GE. Can depression be managed appropriately in primary care? Journal of Clinical Psychiatry 1998; 59 Supl 2: 3-8.	
SIMON 2006	Simon G. Collaborative care for depression. British Medical Journal 2006; 332(7536): 249-50.	
SMITH 1997	Smith GB. Critical pathway and patient and family teaching protocol for major depression. Nursing Case Management 1997; 2(1): 23-32.	
SWARTZ 2007	Swartz HA, Zuckoff A, Grote NK, Spielvogel HN, Bledsoe SE, Shear MK et al. Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation. Professional Psychology: Research and Practice 2007; 38(4): 430-9.	
TELLIDES 2007	Tellides C, Harrison AM, Neuhaus EC, Shapiro ER. Strategic choices in the psychotherapy of a "fragile" patient. Harvard Review of Psychiatry 2007; 15(1): 18-29.	
THORNETT 2001	Thornett A. Assessing the effect of patient and prescriber preference in trials of treatment of depression in general practice. Medical Science Monitor 2001; 7(5): 1086-91.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
TRIVEDI 1998	Trivedi MH, DeBattista C, Fawcett J, Nelson C, Osser DN, Stein D et al. Developing treatment algorithms for unipolar depression in cyberspace: International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP). <i>Psychopharmacology Bulletin</i> 1998; 34(3): 355-9.	
VINCENT 2002	Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? <i>Quality &amp; Safety in Health Care</i> 2002; 11(1): 76-80.	
VOELKER 2001	Voelker R. Communication gaps hinder full recovery from depression. <i>JAMA</i> 2001; 285(11): 1431-3.	
WHOOLEY 2000	Whooley MA, Simon GE. Managing depression in medical outpatients. <i>New England Journal of Medicine</i> 2000; 343(26): 1942-50.	
WOODS 2003	Woods A. Patient-education guide. <i>Depression. Nursing</i> 2003; 33(3): 54-5.	
ANDERSON 2005	Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J et al. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice?. <i>British Journal of General Practice</i> 2005; 55(514): 387-92.	NO TIPO INTERVENCIÓN
APPELBAUM 2006	Appelbaum PS, Redlich A. Impact of decisional capacity on the use of leverage to encourage treatment adherence. <i>Community Mental Health Journal</i> 2006; 42(2): 121-30.	
ARORA 2000	Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? <i>Medical Care</i> 2000; 38(3): 335-41.	
AZOCAR 2006	Azocar F, Branstrom RB. Use of depression education materials to improve treatment compliance of primary care patients. <i>Journal of Behavioral Health Services &amp; Research</i> 2006; 33(3): 347-53.	
BEDI 2000	Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, et al. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2000; 177: 312-8.	
BEER 2003	Beer RW. An evaluation of a handout on depression. <i>European Journal of General Practice</i> 2003; 9(3): 96-7.	
BHUGRA 1997	Bhugra D, Baldwin D, Desai M. A pilot study of the impact of fact sheets and guided discussion on knowledge and attitudes regarding depression in an ethnic minority sample. <i>Primary Care Psychiatry</i> 1997; 3(3): 135-40.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
BHUGRA 2004	Bhugra D, Hicks MH. Effect of an educational pamphlet on help-seeking attitudes for depression among British South Asian women. <i>Psychiatric Services</i> 2004; 55(7): 827-9.	
BLENKIRON 2001	Blenkiron P. Coping with depression: a pilot study to assess the efficacy of a self-help audio cassette. <i>British Journal of General Practice</i> 2001; 51(466): 366-70.	
BROWN 2007	Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Dunbar-Jacob J, Thase ME et al. How can you improve antidepressant adherence? <i>Journal of Family Practice</i> 2007; 56(5): 356-63.	
BULL 2002	Bull SA, Hu XH, Hunkeler EM, Lee JY, Ming EE, Markson LE, et al. The patient-physician relationship. Discontinuation of use and switching of antidepressants: influence of patient-physician communication. <i>JAMA: Journal of the American Medical Association</i> 2002; 288(11): 1403-9.	
CHOU 2004	Chou MH, Lin MF, Hsu MC, Wang YH, Hu HF. Exploring the self-learning experiences of patients with depression participating in a multimedia education program. <i>Journal of Nursing Research</i> 2004; 12(4): 297-306.	
CLARKE 2002	Clarke G, Reid E, Eubanks D, O'Connor E, DeBar LL, Kelleher C, et al. Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. <i>Journal of Medical Internet Research</i> 2002; 4(3): e14.	
CLEVER 2006	Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Sherbourne CD et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. <i>Medical Care</i> 2006; 44(5): 398-405.	
CUNNINGHAM 2007	Cunningham J, Sirey JA, Bruce ML. Matching services to patients' beliefs about depression in Dublin, Ireland. <i>Psychiatric Services</i> 2007; 58(5): 696-9.	
DOBSCHA 2006	Dobscha SK, Corson K, Hickam DH, Perrin NA, Kraemer DF, Gerrity MS et al. Depression decision support in primary care: A cluster randomized trial. <i>Annals of Internal Medicine</i> 2006; 145(7): 477-87.	
DWIGHT-JOHNSON 2001	Dwight-Johnson M, Unutzer J, Sherbourne C, Tang L, Wells KB. Can quality improvement programs for depression in primary care address patient preferences for treatment? <i>Medical Care</i> 2001; 39(9): 934-44.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
DWIGHT-JOHNSON 2000	Dwight-Johnson M, Sherbourne CD, Liao D, Wells KB. Treatment preferences among depressed primary care patients. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 2000; 15(8): 527-34.	
DWIGHT-JOHNSON 2004	Dwight-Johnson M, Lagomasino IT, Aisenberg E, Hay J. Using conjoint analysis to assess depression treatment preferences among low-income Latinos. <i>Psychiatric Services</i> 2004; 55(8): 934-6.	
FORTNEY 1998	Fortney J, Rost K, Zhang M. A joint choice model of the decision to seek depression treatment and choice of provider sector. <i>Medical Care</i> 1998; 36(3): 307-20.	
GANZINI 1994	Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD, Fenn DS. The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. <i>American Journal of Psychiatry</i> 1994; 151(11): 1631-6.	
GARDNER 2007	Gardner DM, MacKinnon N, Langille DB, Andreou P. A comparison of factors used by physicians and patients in the selection of antidepressant agents. <i>Psychiatric Services</i> 2007; 58(1): 34-40.	
GARFIELD 2004	Garfield S, Francis SA, Smith FJ. Building concordant relationships with patients starting antidepressant medication. <i>Patient Education &amp; Counseling</i> 2004; 55(2): 241-6.	
GLICK 1994	Glick ID, Burti L, Okonogi K, Sacks M. Effectiveness in psychiatric care. III: Psychoeducation and outcome for patients with major affective disorder and their families. <i>British Journal of Psychiatry</i> 1994; 164(1): 104-6.	
GRIME 2004	Grime J, Pollock K. Information versus experience: a comparison of an information leaflet on antidepressants with lay experience of treatment. <i>Patient Education and Counseling</i> 2004; 54(3): 361-8.	
HOEHN-SARIC 2006	Hoehn-Saric R, Schlund MW. Effect of escitalopram on decision making tasks in patients with major depression and generalized anxiety: An imaging study. <i>Neuropsychopharmacology</i> 2006; 31 Supl: 216.	
HOFFMAN 2003	Hoffman L, Enders J, Luo J, Segal R, Pippins J, Kimberlin C et al. Impact of an antidepressant management program on medication adherence. <i>American Journal of Managed Care</i> 2003; 9(1): 70-80.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
IACOVIELLO 2007	Iacoviello BM, McCarthy KS, Barrett MS, Rynn M, Gallop R, Barber JP. Treatment preferences affect the therapeutic alliance: implications for randomized controlled trials. <i>Journal of Consulting &amp; Clinical Psychology</i> 2007; 75(1): 194-8.	
JACOB 2002	Jacob KS, Bhugra D, Mann AH. A randomised controlled trial of an educational intervention for depression among asian women in primary care in the United Kingdom. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> 2002; 48(2): 139-48.	
JORM 2003	Jorm AF, Griffiths KM, Christensen H, Korten AE, Parslow RA, Rodgers B et al. Providing information about the effectiveness of treatment options to depressed people in the community: a randomized controlled trial of effects on mental health literacy, help-seeking and symptoms. <i>Psychological Medicine</i> 2003; 33(6): 1071-9.	
KOHUT 1997	Kohut N, Sam M, O'Rourke K, MacFadden DK, Salit I, Singer PA et al. Stability of treatment preferences: although most preferences do not change, most people change some of their preferences. <i>Journal of Clinical Ethics</i> 1997; 8(2): 124-35.	
LAPSHIN 2005	Lapshin OV, Sharma K, Finkelstein J. Depression education for primary care patients using a web-based program. <i>AMIA. Annual Symposium Proceedings</i> ; 2005: 1017.	
LEE 1992	Lee MA, Ganzini L. Depression in the elderly: effect on patient attitudes toward life-sustaining therapy. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 1992; 40(10): 983-8.	
LEINONEN 2007	Leinonen E, Niemi H. The influence of educational information on depressed outpatients treated with escitalopram: a semi-naturalistic study. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> 2007; 6(2): 109-114.	
LITTLE 2004	Little P, Dorward M, Warner G, Moore M, Stephens K, Senior J et al. Randomised controlled trial of effect of leaflets to empower patients in consultations in primary care. <i>BMJ</i> 2004; 328(7437): 441-4.	
LEWICKA 1997	Lewicka M. Rational or uncommitted? Depression and indecisiveness in interpersonal decision making. <i>Scandinavian Journal of Psychology</i> 1997; 38(3): 227-36.	
LOH 2006	Loh A, Simon D, Hennig K, Hennig B, Harter M, Elwyn G et al. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. <i>Patient Education &amp; Counseling</i> 2006; 63(3): 314-8.	

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
LOH 2007	Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. <i>Patient Education &amp; Counseling</i> 2007; 65(1): 69-78.	
MACDONALD 2007	Macdonald W, Mead N, Bower P, Richards D, Lovell K. A qualitative study of patients' perceptions of a 'minimal' psychological therapy. <i>International Journal of Social Psychiatry</i> 2007; 53(1): 23-35.	
MCKEOWN 2002	McKeown RE, Reininger BM, Martin M, Hoppmann RA. Shared decision making: Views of first-year residents and clinic patients. <i>Academic Medicine</i> 2002; 77(5): 438-45.	
MELLERGARD 1973	Mellergard M, Leroy A. Diagnostic uncertainty and therapeutic decision. <i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> 1973; 49(5): 570-9.	
NOLAN 2005	Nolan P, Badger F. Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care. <i>Journal of Psychiatric &amp; Mental Health Nursing</i> 2005; 12(2): 146-53.	
PAMPALLONA 2002	Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Patient adherence in the treatment of depression. <i>British Journal of Psychiatry</i> 2002; 180: 104-9.	
PATEL 2004	Patel VL, Branch T, Mottur-Pilson C, Pinard G. Public awareness about depression: the effectiveness of a patient guideline. <i>International Journal of Psychiatry in Medicine</i> 2004; 3(1): 1-20.	
PRIMM 2002	Primm AB, Cabot D, Pettis J, Vu HT, Cooper LA. The acceptability of a culturally-tailored depression education videotape to African Americans. <i>Journal of the National Medical Association</i> 2002; 94(11): 1007-16.	
REICH 1998	Reich DA, Weary G. Depressives' future-event schemas and the social inference process. <i>Journal of Personality &amp; Social Psychology</i> 1998; 74(5): 1133-45.	
ROKKE 1999	Rokke PD, Tomhave JA, Jovic Z. The role of client choice and target selection in self-management therapy for depression in older adults. <i>Psychology &amp; Aging</i> 1999; 14(1): 155-69.	
SALKOVSKIS 2006	Salkovskis P, Rimes K, Stephenson D, Sacks G, Scott J. A randomized controlled trial of the use of self-help materials in addition to standard general practice treatment of depression compared to standard treatment alone. <i>Psychological Medicine</i> 2006; 36(3): 325-33.	



AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
SAVER 2007	Saver BG, Van Nguyen V, Keppel G, Doescher MP. A qualitative study of depression in primary care: missed opportunities for diagnosis and education. <i>Journal of the American Board of Family Medicine</i> 2007; 20(1): 28-35.	
SCHRODER 2006	Schroder A, Ahlstrom G, Larsson BW. Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2006; 15(1): 93-102.	
SCHWENK 2004	Schwenk TL, Evans DL, Laden SK, Lewis L. Treatment outcome and physician-patient communication in primary care patients with chronic, recurrent depression. <i>American Journal of Psychiatry</i> 2004; 161(10): 1892-901.	
SIMON 1998	Simon GE, Katon W, Rutter C, VonKorff M, Lin E, Robinson P et al. Impact of improved depression treatment in primary care on daily functioning and disability. <i>Psychological Medicine</i> 1998; 28(3): 693-701.	
SIMON 2001	Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, et al. Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. <i>American Journal of Psychiatry</i> 2001; 158(10): 1638-44.	
SIMON 2007	Simon D, Loh A, Wills CE, Harter M. Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making. <i>Health Expectations</i> 2007; 10(1): 62-74.	
SIMON 2001	Simon G. Choosing a first-line antidepressant: equal on average does not mean equal for everyone. <i>JAMA</i> 2001; 286(23): 3003-4.	
SLEATH 2003	Sleath B, Wurst K, Lowery T. Drug Information Sources and Antidepressant Adherence. <i>Community Mental Health Journal</i> 2003; 39(4): 359-68.	
THACHER 2005	Thacher JA, Morey E, Craighead WE. Using patient characteristics and attitudinal data to identify depression treatment preference groups: a latent-class model. <i>Depression &amp; Anxiety</i> 2005; 21(2): 47-54.	
THIENHAUS 1995	Thienhaus OJ, Ford J, Hillard JR. Factors related to patients' decisions to visit the psychiatric emergency service. <i>Psychiatric Services</i> 1995; 46(12): 1227-8.	
VON KORFF 2001	Von Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression. <i>BMJ</i> 2001; 323(7319): 948-9.	

<b>AUTOR Y AÑO</b>	<b>REFERENCIA</b>	<b>MOTIVO DE EXCLUSIÓN</b>
WELLS 1999	Wells KB. The design of Partners in Care: Evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. <i>Social Psychiatry &amp; Psychiatric Epidemiology</i> 1999; 34(1): 20-9.	NO PARTICIPANTES
WESTREICH 1995	Westreich L, Levine S, Ginsburg P, Wilets I. Patient knowledge about electroconvulsive therapy: Effect of an informational video. <i>Convulsive Therapy</i> 1995; 11(1): 32-7.	
MEREDITH 2006	Meredith LS, Mendel P, Pearson M, Wu SY, Joyce G, Straus JB et al. Implementation and maintenance of quality improvement for treating depression in primary care. <i>Psychiatric Services</i> 2006; 57(1): 48-55.	
PEARLSTEIN 2006	Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, Stuart S, O'Hara MW, Price AB et al. Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. <i>Archives of Women's Mental Health</i> 2006; 9(6): 303-8.	
POCHARD 2000	Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Ferrand I, Dhainaut JF, Schlemmer B et al. Anxiety and depression in family members of ICU patients: Ethical considerations regarding decision-making capacity. <i>European Psychiatry</i> 2000; 15: 372 Supl.	
RICHARDSON 2006	Richardson R, Richards DA. Designing a search strategy for locating self-help books for people with depression. <i>Health Information &amp; Libraries Journal</i> 2006; 23(4): 294-5.	
STJERNSWARD 2007	Stjernswärd S, Ostman M. Depression, e-health and family support. What the Internet offers the relatives of depressed persons. <i>Nordic Journal of Psychiatry</i> 2007; 61(1): 12-8.	

## Anexo 11. Tabla de evidencia de los estudios (ECA)

Tabla de evidencia de los estudios (ECA)											
AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
						A	C	S	Q	OA	NE
LUDMAN 2000 (EE.UU.)	Describir el concepto, los fundamentos y los grados de participación en un Programa de Prevención de Recaídas de la depresión (PPR) en pacientes de atención primaria.	Libro educativo + vídeo de 32 minutos sobre los tratamientos efectivos de la depresión crónica o recurrente + TDC sobre el mantenimiento de la medicación.	Muestra inicial: 386 pacientes - N GI: 194 pacientes - N GC: 192 pacientes  Muestra final: 315 pacientes - N GI: 170 pacientes - N GC: 145 pacientes	GI: Programa multifacético (el PPR): - Un libro educativo y un vídeo sobre los tratamientos efectivos de la depresión crónica o recurrente. - Dos consultas con un especialista en prevención de la depresión incluyendo toma de decisiones compartida sobre el mantenimiento del antidepressivo. - Tres evaluaciones telefónicas de seguimiento (2, 5 y 9 meses después de la inscripción). - Cuatro correos personalizados (3, 6, 10, y 12 meses después de la inscripción) para controlar los síntomas de la depresión y la adherencia al tratamiento. GC: Tratamiento habitual del centro.	- Participación en el PPR - Elementos del PPR relevantes para las necesidades percibidas por el paciente - Adherencia a la medicación	1	0	1	2		1b

★ GI: GRUPO INTERVENCIÓN, GC: GRUPO CONTROL  
 ★★ A: ALEATORIZACIÓN (máx. 2), C: CEGAMIENTO (máx. 2), S: SEGUIMIENTO (máx. 1), Q: CALIDAD (máx. 5), OA: OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, NE: NIVEL DE EVIDENCIA  
 TDC: Toma de Decisiones Compartida, MAP: Médicos de Atención Primaria

Tabla de evidencia de los estudios (ECA) (continuación)

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
						A	C	S	Q	OA	NE
<b>KATON 2001 (EE.UU.)</b>	Evaluar si el PPR mejora la adherencia a la medicación y mejora los resultados clínicos de depresión.				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Características de los pacientes</li> <li>- Participación en el PPR</li> <li>- Visitas a centros de salud excluyendo las visitas a especialistas en depresión</li> <li>- Adherencia a la medicación</li> <li>- Sintomatología depresiva</li> <li>- Recaídas</li> </ul>						
<b>SIMON 2002 (EE.UU.)</b>	Evaluar el coste-efectividad del PPR.				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión</li> <li>- Días libres de depresión</li> <li>- Coste del tratamiento</li> </ul>						

\* **GI:** GRUPO INTERVENCIÓN, **GC:** GRUPO CONTROL

\*\* **A:** ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C:** CEGAMIENTO (máx. 2), **S:** SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q:** CALIDAD (máx. 5), **OA:** OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

**TDC:** Toma de Decisiones Compartida, **MAP:** Médicos de Atención Primaria

**Tabla de evidencia de los estudios (ECA) (continuación)**

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
						A	C	S	Q	OA	NE
LUDMAN 2003 (EE.UU.)	Evaluar los efectos del PPR en los procesos conductuales e identificar procesos predictores de mejora de los síntomas depresivos.				- Severidad de la depresión. - Efectos de la intervención en los factores conductuales - Predictores de las puntuaciones de depresión en el SCL - Adherencia a la medicación						
VON KORFF 2003 (EE.UU.)	Evaluar los efectos del PPR en resultados de discapacidad en los pacientes con depresión con alto riesgo de recaída.				- Adherencia a la medicación - Discapacidad						

\* **GI:** GRUPO INTERVENCIÓN, **GC:** GRUPO CONTROL

\*\* **A:** ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C:** CEGAMIENTO (máx. 2), **S:** SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q:** CALIDAD (máx. 5), **OA:** OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

**TDC:** Toma de Decisiones Compartida, **MAP:** Médicos de Atención Primaria

**Tabla de evidencia de los estudios (ECA) (continuación)**

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	HATD	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA**					
						A	C	S	Q	OA	NE
<b>LOH 2007 (Alemania)</b>	Evaluar el efecto de una intervención con toma de decisión compartida frente a los cuidados habituales.	1. Folleto basado en la Guía de Práctica Clínica de Depresión en Cuidados Primarios de la AHCPR (Agency for Health Care and Policy Research).	MAP: - N GI: 20 médicos - N GC: 10 médicos  Pacientes: - N GI: 263 pacientes - N GC: 142 pacientes	Programa multifacético basado en conceptos de TDC que incluye entrenamiento de los MAP, una tabla de decisión (se usaba durante las consultas y se les entregaba a los pacientes), e información en un folleto que combinaba conocimientos basados en la evidencia sobre los cuidados en depresión enfatizando en el papel activo del paciente en el proceso de toma de decisión.	- Participación del paciente - Adherencia al tratamiento - Satisfacción del paciente - Duración de la consulta - Severidad de la depresión (resultado clínico)	1	0	1	2	Los MAP fueron asignados al grupo de intervención mediante un sorteo ciego, bajo la supervisión de los investigadores	<b>Ib</b>

\* **GI:** GRUPO INTERVENCIÓN, **GC:** GRUPO CONTROL

\*\* **A:** ALEATORIZACIÓN (máx. 2), **C:** CEGAMIENTO (máx. 2), **S:** SEGUIMIENTO (máx. 1), **Q:** CALIDAD (máx. 5), **OA:** OCULTACIÓN EN LA ASIGNACIÓN, **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

**TDC:** Toma de Decisiones Compartida, **MAP:** Médicos de Atención Primaria

## Anexo 12. Tabla de evidencia de los estudios (EO)

Tabla de evidencia de los estudios (EO)											
AUTOR Y AÑO (PAÍS)	1. HATD 2. OBJETIVO	TIPO DE DISEÑO	PARTICIPANTES*	INTERVENCIONES	RESULTADOS (medidas)	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA*					
						R	I/E	AE	R	V	NE
<b>WILLS 2003 (EE.UU.)</b>	1. Folleto con información sobre depresión.  2. Evaluar una escala que mide la satisfacción en la toma de decisión del paciente.	Estudio observacional transversal	N inicial: 97	No hay intervención.	- Satisfacción con la decisión. - Conflicto decisional. - Conocimiento sobre la depresión y su tratamiento. - Participación en la decisión. - Dolor y estado de salud. - Eficacia de la medicación antidepresiva. - Satisfacción con los servicios de salud.	1	2	6	7	16	IIIc

\*R: RECLUTAMIENTO (máx. 6), I/E: INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), AE: ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), R: RESULTADOS (máx. 10), V: VALIDEZ (máx. 26), NE: NIVEL DE EVIDENCIA