

Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2009/02

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



A. E. Agencia de Evaluación
y Selección de Tecnologías Sanitarias



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Plan de Calidad
del Sistema Nacional
de Salud



Gobierno
de Canarias

Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
SESCS Núm. 2009/02

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



A. F. Agencia de Evaluación
y S. de Tecnología Sanitaria



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Gobierno
de Cataluña

Perestelo Pérez, L.

Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática/ autores, L. Perestelo Pérez... [et al.]. – Madrid : Ministerio de Economía y Competitividad. Santa Cruz de Tenerife : Servicio Canario de la Salud, – 90 p. ; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Economía y Competitividad) (Serie: Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS ; 2009/02)

1. Toma de decisiones compartidas 2. Barreras 3. Facilitadores
I. Canarias. Servicio Canario de la Salud II. España. Ministerio de Economía y Competitividad

Edita: Ministerio de Economía y Competitividad

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, Política Social e Igualdad, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Fundación Canaria de Investigación y Salud “FUNCIS”

Para citar este informe:

Perestelo Pérez L, Pérez Ramos J, González Lorenzo M, Rivero Santana A, Pérez Wehbe A, Serrano Aguilar P. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2009/02.

Agradecimientos

Los autores de este informe quieren agradecer a Leticia Cuéllar su apoyo como documentalista en la revisión y a Carmen Bujalance y Esperanza Ciruela, su apoyo en la búsqueda y obtención de los artículos de la revisión.

Índice

Resumen	9
Summary	13
I. Introducción	17
I.1. Toma de Decisiones Compartidas	17
I.2. Implantación de la TDC	19
II. Objetivos	21
II.1. Objetivos primarios	21
II.2. Objetivos secundarios	21
III. Metodología	23
III.1. Diseño	23
III.2. Criterios de selección	23
III.2.1. Tipos de estudios	23
III.2.2. Tipos de participantes	24
III.2.3. Tipos de intervención	24
III.2.4. Tipos de medidas de resultados	25
III.3. Estrategia de búsqueda, selección y revisión de los estudios	26
III.4. Evaluación crítica de la calidad de los estudios	27
III.5. Extracción y análisis de datos	27
IV. Resultados	29
IV.1. Estudios incluidos	29
IV.2. Estudios excluidos	30
IV.3. Calidad metodológica	30
IV.3.1. Estudios cuantitativos	30

IV.3.2. Estudios cualitativos	32
IV.4. Características de los estudios incluidos	35
IV. 5. Barreras y facilitadores	39
IV. 5. 1. Barreras	39
IV. 5. 2. Facilitadores	44
V. Discusión	57
Contribución de los autores y revisores externos	61
Referencias	63
Anexos	69
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	69
Anexo 2. Escala de Estabrooks (modificada)	76
Anexo 3. Escala Dixon-Woods et al.	78
Anexo 4. Niveles y Grados de evidencia	79
Anexo 5. Hoja de extracción de datos	80
Anexo 6. Referencias: estudios incluidos	81
Anexo 7. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión	82
Anexo 8. Barreras y facilitadores no identificados	88

Resumen

Introducción:

En las últimas décadas, y como medida complementaria al asesoramiento proporcionado por los médicos, se desarrollan las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones compartidas (HATD). Las HATD o ayudas a la decisión (AD) son productos informativos basados en la mejor evidencia científica disponible, que ayudan al paciente a sentirse más informado, capaz de tomar decisiones relacionadas con su salud y consecuentes con sus valores, preferencias y objetivos de vida.

Debido al creciente interés que las AD están generando en los pacientes, profesionales sanitarios y expertos en políticas sanitarias, el uso de este modelo de decisión compartida entre paciente y profesional sanitario está cobrando mayor importancia dentro del sistema sanitario. Buena parte de su acogida se debe a que los responsables políticos perciben que las AD están dotadas de potencial para reducir el uso excesivo de las opciones que no se relacionan claramente con beneficios para todos los usuarios, mejorar el uso de las opciones que están claramente asociadas con los beneficios para la gran mayoría de los pacientes, reducir la variación injustificada de la práctica sanitaria y fomentar la sostenibilidad del sistema sanitario.

A pesar de la valoración positiva que se le otorga a las AD, este tipo de intervenciones aún no han sido implantadas de forma sistemática en todos los países, como es el caso de España. Es por ello que se han desarrollado diferentes estudios primarios para identificar cuáles podrían ser las barreras y facilitadores que influyen en la implementación de este modelo de asistencia sanitaria, y así intentar definir conductas específicas que pudiesen aportar una guía de procedimiento para mejorar su implementación.

Objetivos:

Realizar una revisión sistemática que aporte conocimiento científicamente válido y de gran valor para pacientes, profesionales y gestores sanitarios sobre las barreras y facilitadores que influyen en la implementación de toma de decisiones compartidas en la práctica clínica habitual, ya sea mediante el uso o no de una herramienta de ayuda a la decisión.

Estrategia de búsqueda:

Se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cinahl y PsycInfo. El período de búsqueda establecido fue de diciembre 2006 a junio 2010. El análisis bibliográfico se complementó con la consulta de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Criterios de selección:

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios primarios de interés, limitados a los siguientes idiomas: inglés, español, alemán, francés, italiano u holandés.

Se tuvieron en cuenta tanto métodos cuantitativos como cualitativos, considerando como diseños de inclusión los ensayos controlados aleatorizados o cuasi-aleatorizados, los ensayos clínicos controlados, los estudios de comparación intragrupo (antes-después) sin grupo control y los estudios transversales. Los estudios de evaluación económica, las revisiones históricas, los estudios de un solo caso y los consensos de expertos fueron excluidos.

Los estudios incluidos debían mostrar una intervención basada en el modelo de TDC, con o sin HATD, quedando excluidos aquellos estudios que sólo tenían como objetivo analizar conceptos teóricos o percepciones de los profesionales y pacientes sobre el modelo de TDC.

En relación con los participantes, se incluyeron a pacientes y/o profesionales sanitarios, abarcando en este último grupo a las personas implicadas en los programas de formación de pregrado y postgrado que también son responsables del cuidado de pacientes (residentes y personal sanitario pre-licenciado). El requisito era que los participantes estuvieran implicados en un proceso de TDC.

En cuanto a las medidas de resultado, se incluyeron aquellos estudios en los que se midieran posibles barreras y/o facilitadores en el uso de una intervención basada en el modelo de TDC, con o sin HATD. Con el objetivo de clasificar las barreras y facilitadores se tuvo en cuenta la taxonomía previamente utilizada en la revisión de Légaré et al. 2008.

Recopilación y análisis de datos:

Una vez identificados los estudios que cumplían con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los datos en hojas de Excel.

La calidad de los estudios se evaluó utilizando la escala de Estabrooks para los estudios con un método cuantitativo y los criterios de Dixon-Woods para los estudios con un método cualitativo. Para cada artículo, se tuvieron en cuenta las siguientes características: el autor de la publicación, el país de origen del estudio, el objetivo del estudio, características de la muestra, diseño y método del estudio, programa de TDC y/o HATD evaluados, barreras y/o facilitadores.

Resultados:

Se identificaron un total de 11454 referencias en las bases de datos electrónicas. Al eliminar los duplicados se revisaron 8553 referencias, de las que 69 fueron elegibles para su lectura a texto completo (artículo). Finalmente se incluyeron nueve estudios: cuatro estudios con método cuantitativo (Chambers, 2007; Graham, 2007; Politi, 2009; Brackett, 2010), cuatro con método cualitativo (Thistlethwaite, 2007; Silvia, 2008; Watson, 2008; Rees, 2009) y uno con método mixto (Harrison, 2009).

Todos los estudios estaban publicados en inglés siendo los países de origen Canadá, EE.UU, Reino unido y Australia. En cuanto a los participantes de los estudios, todos han sido profesionales sanitarios (médicos de atención primaria, médicos especialistas, enfermeras, visitantes de salud, directivos y gestores), sólo en uno de los estudios la muestra estaba formada por profesionales sanitarios y pacientes.

En cuanto a las barreras encontradas destacaron por su frecuencia la “falta de aplicabilidad de la TDC en base a las características de los pacientes”, la “presión de tiempo” que acontece en la práctica clínica habitual, y los factores asociados a la TDC como una innovación, en concreto, a la “complejidad” que podría suponer dicha TDC a la hora de comprenderla y ponerla en práctica. Así mismo, se encontraron barreras asociadas a los Factores del Sistema Sanitario y/o Servicios, en concreto, asociadas a la “falta de recursos”, “falta de familiaridad”, “falta de aplicabilidad en base a la situación clínica”, “falta de expectativas en base al proceso de atención sanitaria” y “preferencias de los pacientes”.

En relación a los facilitadores, el que fue identificado con más frecuencia pertenece al área cognitiva, en concreto, a las expectativas relacionadas con el “proceso de atención sanitaria”. Los siguientes facilitadores más citados pertenecen al bloque conductual y se ubican dentro del grupo de facilitadores externos: facilitadores relacionados con la “compatibilidad” que se sitúan dentro de los “factores asociados a la TDC como una innovación”, y los facilitadores vinculados al “ahorro

de tiempo” que se agrupan dentro de la subcategoría “factores asociados al Sistema Sanitario/Servicios”.

Conclusiones:

Los resultados obtenidos en la presente revisión van en línea del trabajo realizado por Légaré et al. (2008), especialmente los que se refieren a las características del paciente y la falta de tiempo como principales barreras/facilitadores para la implementación de la TDC. Los profesionales sanitarios muestran reticencias hacia una implementación generalizada de la TDC que no tenga en cuenta las características del paciente. Por otra parte, en cuanto a las restricciones del tiempo disponible por parte de los profesionales, se trata de un problema generalizado en la atención sanitaria, especialmente en los servicios públicos.

En este sentido, es necesario investigar en qué medida la implementación de la TDC o de HATD incrementan el tiempo de atención al paciente frente a la atención tradicional, pues la evidencia científica al respecto no es robusta. Así mismo, en investigaciones futuras se debería ofrecer respuestas sobre qué pacientes pueden beneficiarse más de un proceso de TDC, y de cómo los profesionales sanitarios realizan atribuciones erróneas sobre sus pacientes y en qué medida estas puedan corregirse mediante intervenciones adecuadas.

Summary

Introduction:

In recent decades, as a follow up on advice of doctors, aids for shared decision making (DA) has been developed. The DAs are information products based on the best scientific evidence available, that help patients feel more informed, capable of making decisions about their health status and be consistent with their values, preferences and life goals.

Due to the increasing interest that DAs has generated in patients, health professionals and health policy experts, the use of this model of shared decision making between patient and health professional is gaining importance within the health system. Much of its host because policy makers perceive that DAs come has potential to reduce the overuse of options that are not clearly related to benefits for all users, improve the use of the options that are clearly associated with benefits for the vast majority of patients, reduce unwarranted variation in medical practice and promote the sustainability of the health system.

Despite the positive assessment that is given to DAs, such interventions have not been implemented consistently in all countries, as is the case in Spain. That is why we have developed different primary studies to identify what might be the barriers and facilitators influencing the implementation of this model of health care, and thus try to define specific behaviors that may provide a guide procedure to improve its implementation.

Objectives:

This review aims to provide knowledge scientifically valid and of great value to patients and healthcare professionals on the barriers and facilitators influencing the implementation of shared decision making in routine clinical practice, existing or not a DA.

Search strategy:

The following electronic databases were searched: Medline, Embase, Cinahl y PsycInfo, covering the period from December 2006 to June 2010. Bibliographic searches were also conducted with references from the included studies.

Selection Criteria:

Two reviewers considered primary studies for inclusion published in English, Spanish, German, French, Italian and Dutch.

It was considered studies with a quantitative and a qualitative method. We included randomized or quasi-randomized clinical trials, controlled clinical trials, comparative studies, and cross sectional studies. Economic evaluations, narrative reviews, case studies and studies based on expert consensus were excluded.

Were included studies with an intervention based on a SDM (with or without DA) program. Studies that just analyzed conceptual framework or perceptions of health professional and patients about SDM model were excluded.

We included studies with patients or health professionals, including those in training programs who are responsible in patient care (residents, fellows, and other prelicensure healthcare professional). The participants must be involved in a SDM process.

Regarding outcome measures, studies that assessed perceived barriers and/or facilitators to SDM (with or without DA) were included. In order to classify barriers and facilitators it was considered the taxonomy used by Légaré et al. 2008.

Data collection and analysis:

After studies were included, data extraction were performed in Excel sheets. The Estabrooks scale was used to assess the quality of quantitative studies and the Dixon-Woods criteria for qualitative studies.

Study characteristics were abstracted and included: the authors, country of origin, main objective of the study, characteristics of participants, design and methodological approach, the SDM program or DA assessed, barriers and facilitators.

Results:

A total of 11454 references were considered, and 8553 after the elimination of duplicates; 69 were selected for detailed assessment. Nine articles were eventually included: four with quantitative methods (Chambers, 2007; Graham, 2007; Politi, 2009; Brackett, 2010), four with

qualitative method (Thistlethwaite, 2007; Silvia, 2008; Watson, 2008; Rees, 2009) and one used a mixed method (Harrison, 2009).

Studies were published in English, and the origin countries were Canada, United States, United Kingdom and Australia. Participants from studies included were composed mostly of health professional (primary care and specialists physicians, nurses, elath visitors, and health managers). The sample of one study was composed of patients and health professionals.

Regarding to barriers, the most often barriers identified were "lack of applicability of the SDM based on patient characteristics", the "time pressure" that occurs in clinical practice, and factors related to the SDM as innovation, in particular to the "complexity" which could mean the SDM to understand and implement. Similarly, barriers were factors associated with the Health System and/or Services, in particular, associated with the "lack of resources", "lack of familiarity", "lack of applicability based on the clinical situation", "lack of expectations based on the health care process", and "patient preferences".

In relation to the facilitators, which was identified more often belongs to the cognitive area, in particular, to the expectations regarding the "process of health care." The next most commonly cited facilitators pertain to the behavioral area, within the group of external facilitators: facilitators related to the "compatibility" within the "factors related to the SDM as an innovation", and facilitators related to "saving of time" that are grouped under the subcategory "factors associated with health system/services".

Conclusions:

The results obtained in this review are in line with the Lègarè et al. (2008) work, especially those related to patient characteristics and the lack of time as major barriers to the SDM implementation. Health professionals show reluctance towards widespread SDM implementation not take into account the characteristics of the patient. Moreover, as to the constraints of time available for some professionals, this is a widespread problem in health care, especially in public services.

In this sense, it is necessary to investigate to what extent the implementation SDM or DA increases the time of patient care versus traditional care, because the evidence is not robust. In addition, future research should be made to answer what type of patient would benefit

from SDM, and erroneous attributions that health professional make about patients and what interventions could be modified.

I. Introducción

Tras el movimiento producido hacia los derechos del consumidor, en los años ochenta fue acuñado por primera vez el término “Toma de Decisiones Compartidas” (TDC) [1]. Las definiciones otorgadas para describir y definir la TDC han sido diversas y, aunque en la actualidad no se dispone de una definición consensuada [2-6], la TDC se define como un proceso de decisión conjunta entre los pacientes y los profesionales sanitarios, siendo su principal objetivo ayudar a que los pacientes adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud [7, 8].

Por tanto, es a partir de la aparición del concepto de TDC cuando el papel de los pacientes en la toma de decisiones médicas adquiere un mayor protagonismo, y la consecuente participación de éstos en las decisiones sobre su salud les aporta un rol más activo, lo que genera un avance añadido al consentimiento informado en cuanto a autonomía, control y reto de los pacientes en relación con la autoridad del clínico [2].

Algunos de los factores que han apoyado este hecho son la mejora de los accesos a la información sobre la salud, el deseo de los pacientes de participar activamente en sus cuidados de salud, la necesidad de tener en cuenta las expectativas de los usuarios y la creciente preocupación por la seguridad del paciente [9]. Por este motivo, ha sido necesario desarrollar diferentes intervenciones para favorecer la implicación del paciente en las decisiones de salud realizadas en contextos clínicos.

I.1. Toma de Decisiones Compartidas

En las últimas décadas comienza a emerger la investigación empírica que examina la relación entre el paciente y el profesional sanitario, y es en este contexto donde empieza a aumentar el interés por el estudio de la TDC, desde su base más ética hasta su práctica actual. Muchos de estos esfuerzos se han proyectado en el movimiento constante hacia la creación y desarrollo de ayudas para la TDC, productos basados en la mejor evidencia científica disponible que ayudan al paciente a sentirse más informado y capaz de tomar decisiones consecuentes con sus valores, preferencias y objetivos de vida [1].

Por tanto, estas intervenciones, que reciben el nombre de 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 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 [10]. Las HATD tienen como objetivo ayudar a las personas a deliberar, de forma independiente o en colaboración con otros, sobre sus opciones de tratamiento, considerando todos los atributos relevantes que puedan ayudar a prever cómo se sentirá la persona a corto, medio y largo plazo. De este modo, se tiene en cuenta la situación particular de cada individuo con el fin de elicitar sus preferencias en relación con las diferentes opciones disponibles y facilitar el proceso de toma de decisiones [11].

La aceptación mutua de la decisión puede no acontecer en otros modelos de decisión, tales como el paternalista o el informado, pero esta condición se vuelve un prerrequisito para la TDC, aunque la aceptación mutua en sí misma no indica siempre que estemos ante un proceso de TDC [2].

En la última revisión realizada por O'Connor et al. [12], que incluyó 55 ensayos clínicos aleatorizados, los resultados obtenidos mostraron que las HATD son mejores que los cuidados habituales en términos de: a) aumentar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad; b) disminuir el conflicto decisional relacionado con no sentirse informado; c) disminuir el conflicto decisional relacionado con el sentimiento de no tener claros los valores personales; d) reducir la proporción de personas que fueron pasivas en la toma de decisión; e) reducir el número de personas que permanecieron indecisas después de la intervención.

Aunque se han desarrollado y usado muchas estrategias de apoyo a la TDC, como los vídeos interactivos o las páginas Web, las tablas y las ayudas a la decisión (HATD) han sido las más extensamente desarrolladas y evaluadas. Las HATD pueden ser administradas, durante o después de la consulta, por varios medios: entrevistas personales, programas de ordenador interactivos, programas de audio y libros de trabajo. Pero, a pesar de los aparentes efectos positivos de las HATD y de que los estudios que evalúan la efectividad de estas HATD favorezcan su uso, no se ha alcanzado la generalización de su uso en la asistencia sanitaria, reflejo de que en la actualidad no exista un uso

extendido de estas intervenciones en Europa ni en el resto del mundo [13].

I.2. Implantación de la TDC

A pesar de los esfuerzos realizados para desarrollar las HATD, aún existen vacíos de conocimiento sobre el grado en que la TDC es llevada a cabo en la práctica clínica habitual. Sin embargo, continúan desarrollándose trabajos que conducen hacia la mejora de la comprensión del estado en el que se encuentra la TDC, y que darán continuidad a los resultados ya observados. Entre estos resultados ha podido observarse que aunque los pacientes se definan a sí mismos como participantes informados para la TDC, carecen de un buen recuerdo de la información básica requerida para intervenir en el proceso de toma de decisiones. Además, lo que los pacientes a veces definen como “participar”, a menudo representa asumir las recomendaciones de sus médicos sin demasiado cuestionamiento de los riesgos y beneficios de las opciones [1]; de hecho, existen estudios donde ha podido comprobarse que los pacientes desean ser informados sobre sus condiciones médicas y las opciones de tratamiento disponibles, aunque sin sentirse necesariamente responsables de la toma de decisión final [14]. Así mismo, existe evidencia de que los clínicos pueden ejercer una escasa influencia o motivación en el paciente para la participación en la TDC, no haciendo uso de los materiales disponibles en todos los casos [1].

Debido al creciente interés que la TDC está generando en los pacientes, profesionales sanitarios y expertos en políticas sanitarias, la capacidad para medir y retroalimentar (en sentido positivo o negativo) el uso de este modelo en la práctica clínica está cobrando mayor importancia dentro del sistema sanitario [1]. Buena parte de la acogida que la TDC está experimentando se debe a que los responsables políticos perciben que las HATD están dotadas de potencial para reducir el uso excesivo de las opciones que no se relacionan claramente con beneficios para todos los usuarios, mejorar el uso de las opciones que están claramente asociadas con los beneficios para la gran mayoría de los pacientes, reducir la variación injustificada de la práctica sanitaria y fomentar la sostenibilidad del sistema sanitario [15].

Pero, a pesar de la valoración positiva que se le otorga a la TDC, este tipo de intervención aún no ha sido implantada de forma sistemática en todos los países, como es el caso de España. Y, en los

países donde su uso está más generalizado, como es EE.UU., la implantación de la TDC cuenta con algunas limitaciones [2]. Es por ello que se han desarrollado diferentes estudios primarios para identificar cuáles podrían ser las barreras y facilitadores que influyen en la implementación de este modelo de asistencia sanitaria [13, 16, 17], y así intentar definir conductas específicas que pudiesen aportar una guía de procedimiento para mejorar su uso. En este sentido, recientemente, un grupo de expertos interdisciplinar e internacional, ha desarrollado un protocolo de evaluación con el fin de identificar los posibles factores que puedan estar interfiriendo en la implementación de estas intervenciones [18].

En la misma línea de lo descrito anteriormente, el objetivo del presente estudio es contribuir a identificar en la literatura científica todos aquellos factores que están interviniendo como barreras o facilitadores a la hora de implantar e implementar con éxito la TDC (ya sea mediante herramientas de ayuda o sin ellas) a pesar de tener en cuenta que la relación paciente-profesional sanitario está determinada por el contexto y las características personales de sus miembros, y que el desarrollo de un listado concreto e invariante sobre los pasos que requiere el buen desarrollo de la TDC no podría ajustarse a todas las características y preferencias de las personas implicadas en el proceso, quienes pueden variar o cambiar a lo largo del tiempo.

II. Objetivos

Esta revisión pretende aportar conocimiento científicamente válido y de gran valor para pacientes, profesionales y gestores sanitarios, sobre las **barreras** y **facilitadores** que influyen en la implementación de la TDC en la práctica clínica habitual.

II.1. Objetivos primarios

Identificar barreras y facilitadores que, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios y pacientes, puedan estar influyendo en la implementación del modelo de TDC (con o sin HATD).

II.2. Objetivos secundarios

Ampliar la taxonomía elaborada por Légaré et al. [16] a partir de las barreras y facilitadores detectadas tras la elaboración de una revisión sistemática (RS).

III. Metodología

III.1. Diseño

Con el propósito de identificar las barreras y facilitadores que intervienen en el proceso de TDC en la práctica clínica, teniendo en cuenta el punto de vista de los profesionales sanitarios y pacientes, se desarrolló un protocolo de trabajo 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 cumplen los criterios de selección, 4) revisión de los artículos (texto completo) que representan los estudios potencialmente seleccionados, 5) evaluación crítica de la calidad de los estudios seleccionados y extracción de los datos de interés y 6) análisis y síntesis de los datos.

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 desde diciembre 2006 hasta junio 2010, que actualicen las revisiones previas identificadas sobre barreras y facilitadores en la implementación de la TDC paciente-profesional sanitario.

La selección de los estudios se limitó a aquellos publicados en inglés, español, alemán, francés, italiano y holandés.

III.2.1.1. Criterios de inclusión

Los estudios incluidos en la revisión presentan métodos cuantitativos y cualitativos. Los siguientes diseños fueron incluidos:

- Ensayos controlados aleatorizados o cuasi-aleatorizados (ECA)
- Ensayos clínicos controlados (ECC)

- Estudios de comparación intragrupo (antes-después) sin grupo control
- Estudios transversales

III.2.1.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron de la revisión los estudios que siguen los siguientes diseños de estudio:

- Estudios de evaluación económica
- Revisiones históricas
- Estudios de un solo caso
- Consenso de expertos

III.2.2. Tipos de participantes

Se incluyeron aquellos estudios en los que participaban pacientes y/o profesionales sanitarios, abarcando en este último grupo a las personas implicadas en los programas de formación de pregrado y postgrado que también son responsables del cuidado de pacientes (residentes y personal sanitario pre-licenciado) implicados en un proceso de TDC como, por ejemplo, un programa de TDC o un programa de entrenamiento específico.

III.2.3. Tipos de intervención

III. 2.3.1. Criterios de inclusión

Se incluyeron estudios en los que se presentó a pacientes y/o profesionales sanitarios un programa de TDC, que utilizaba una HATD o no. Además, se incluyeron estudios en los que se llevó a cabo un entrenamiento en programas específicos de TDC.

III.2.3.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron estudios que tenían como objetivo analizar los conceptos teóricos relacionados y/o las percepciones de los profesionales y pacientes con el modelo de TDC, en lugar de estudiar la aplicación de una intervención sobre TDC.

III.2.4. Tipos de medidas de resultados

Se incluyeron aquellos estudios en los que se medían posibles barreras y/o facilitadores en el uso de una intervención basada en un modelo de TDC, con o sin HATD.

Con el objetivo de clasificar las barreras y facilitadores se tuvo en cuenta la taxonomía previamente utilizada en la revisión de Légaré et al. [16], que se detalla a continuación en la Tabla 1:

Tabla 1. Taxonomía	
Conocimiento	
* Desconocimiento de la TDC * Falta de familiaridad * Olvido	
Actitudes	
* Falta de acuerdo con los componentes específicos de la TDC:	<ul style="list-style-type: none"> - Interpretación de la evidencia. - Falta de aplicabilidad: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Características del paciente ▪ Situación clínica - Preguntar al paciente su papel preferido en la TDC. - Preguntar al paciente sobre el apoyo o presión indebida. - Preguntar sobre los valores / clarificación de valores o preferencias. - No coste-beneficio. - Falta de confianza en los implementadores.
* Falta de acuerdo en general:	<ul style="list-style-type: none"> - "Demasiado guiado", demasiado rígido para ser aplicable. - Reto a la autonomía. - Síntesis sesgada. - No es práctico. - La ausencia total de acuerdo con el uso del modelo (sin especificar por qué).
* Falta de expectativas:	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados del paciente. - Proceso de atención sanitaria. - Expectativas en relación con las emociones. - Falta de auto-eficacia. - Falta de motivación.
Comportamiento	
* Barreras externas:	<ul style="list-style-type: none"> - Factores asociados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferencias de los pacientes. - Factores asociados a la TDC como una innovación:

Tabla 1. Taxonomía

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de viabilidad ▪ Falta de compatibilidad ▪ Complejidad ▪ Falta de observabilidad ▪ No transmisibles ▪ Aumento de la incertidumbre ▪ No modificable / forma de hacerlo - Factores asociados a factores ambientales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Presión de tiempo ▪ Falta de recursos ▪ Limitaciones organizativas ▪ Falta de acceso a los servicios ▪ Falta de recursos económicos ▪ Aumento percibido de responsabilidad de negligencia ▪ Compartir la responsabilidad con el paciente
--	--

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

Para la búsqueda de estudios que aportaran conocimiento sobre las barreras y facilitadores que intervienen en el proceso de TDC en la práctica clínica, se consultaron las bases de datos electrónicas Medline, Embase, Cinahl y PsycInfo. El período de búsqueda establecido fue de diciembre 2006 a junio 2010 (ver Tabla 2). La estrategia de búsqueda se hace explícita en el Anexo 1.

Tabla 2. Bases de datos electrónicas consultadas

Base de datos	Periodo buscado
MEDLINE	Del 1 de diciembre de 2006 a 2 de junio de 2010
EMBASE	2006 a 15 de junio de 2010
CINAHL	Del 1 de diciembre de 2006 a 9 de junio de 2010
PsycInfo	Del 1 de diciembre de 2006 a 14 de junio de 2010

El análisis bibliográfico se complementó con la consulta de las referencias citadas en los estudios seleccionados.

Dos revisores llevaron a cabo todo el proceso de selección de los estudios y en caso de duda y/o desacuerdo entre ellos se acudió a un tercer revisor para llegar a un consenso. Además, el tercer revisor supervisó y revisó todos los estudios incluidos finalmente en la revisión.

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 previamente seleccionados, 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 fue realizada por dos revisores de forma independiente. En caso de duda y/o desacuerdo entre ellos, se consultó a un tercer revisor, con quien se llegó a un consenso en base a los criterios de selección inicialmente establecidos.

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

- Escala de Estabrooks [19] para los estudios con un método cuantitativo (Anexo 2)
- Criterios de Dixon-Woods et al. [20] para los estudios con un método cualitativo (Anexo 3)

III.5. Extracción y análisis de datos

Los artículos seleccionados han sido valorados críticamente en función de los grados de calidad y evidencia (Anexo 4), con el objeto de seleccionar aquellos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión especificados previamente en el protocolo. Una vez identificadas las referencias que cumplían con los criterios de inclusión, se realizó la extracción de los datos. Para ello se dispuso de una hoja/ficha de extracción de datos de Excel (Anexo 5).

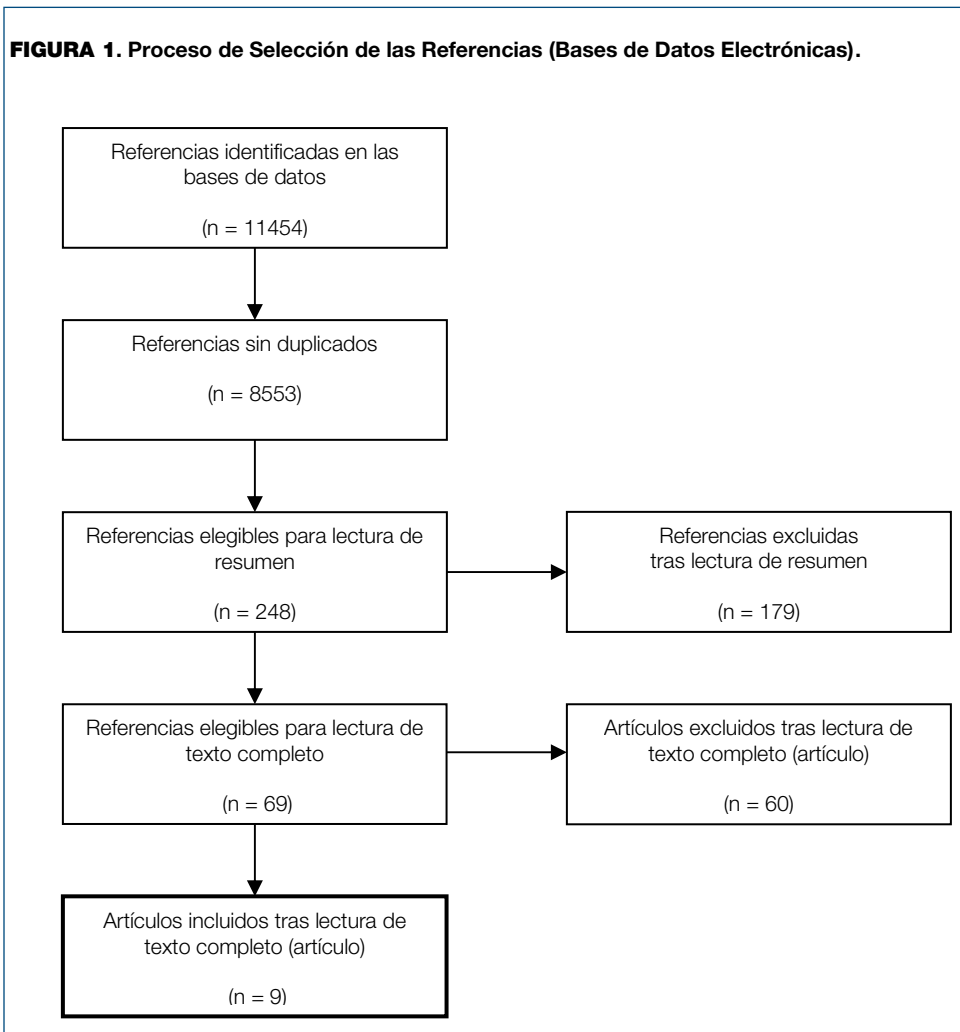
En el protocolo estándar se contempló tanto la información general sobre el estudio, como la información específica sobre las características del estudio, y las medidas utilizadas para valorar los resultados. Para cada artículo, se tuvieron en cuenta las siguientes características:

- el autor de la publicación,
- el país de origen del estudio,
- el objetivo del estudio,
- características de la muestra,
- diseño y método del estudio,
- programa de TDC y/o HATD evaluados,
- barreras y/o facilitadores.

IV. Resultados

Se identificaron un total de 11454 referencias en las bases de datos electrónicas. Al eliminar los duplicados se revisaron 8553, de las que se seleccionaron 69 referencias para la lectura de texto completo. Finalmente se incluyeron 9 estudios.

El proceso de selección de referencias identificadas en las bases de datos electrónicas se muestra en la Figura 1.



IV.1. Estudios incluidos

De las 248 referencias que fueron seleccionadas y revisadas se incluyeron nueve artículos (Anexo 6). De ellos, cuatro estudios tenían un método cuantitativo (Chambers, 2007; Graham, 2007; Politi, 2009; Brackett, 2010) [21-24], cuatro un método cualitativo (Thistlethwaite, 2007; Silvia, 2008; Watson, 2008; Rees, 2009) [25-28] y uno fue mixto (Harrison, 2009) [29].

IV.2. Estudios excluidos

Se excluyeron 60 estudios tras la lectura de los 69 artículos originales elegibles (ver Anexo 7). Los estudios fueron excluidos porque: 1) analizaban conceptos teóricos de la TDC, o las percepciones de los profesionales y pacientes con este modelo, en lugar de estudiar la aplicación de una intervención basada en TDC (n = 36); 2) no recogían las medidas de resultado de interés para la presente RS (n = 16); 3) los diseños de estudio no eran los establecidos en los criterios de selección (n = 7) y 4) la muestra o los participantes no se ajustaban a nuestros objetivos (n = 1).

IV.3. Calidad metodológica

IV.3.1. Estudios cuantitativos

Respecto a la calidad metodológica de los estudios cuantitativos se utilizó la escala de Estabrooks [19] (Anexo 2).

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 de los estudios incluidos en esta revisión, se excluyó la categoría de diseño y aleatorización (ya que por el diseño de los estudios no existe asignación aleatoria de la intervención). Además, en el apartado “descripción de la intervención”, se aplicó sólo la primera pregunta (“¿se describe la

intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada?”), ya que por el diseño de los estudios incluidos no hay grupo control. De este modo, el índice de validez de dicha categoría osciló entre 0 y 2 (y no entre 0 y 4, como en la valoración original).

Se evalúan, por tanto, cinco categorías: i) reclutamiento (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto), ii) criterios de inclusión y de exclusión (0-1 bajo; 2-3 medio; 4 alto), iii) descripción de la intervención (0 bajo; 1 medio; 2 alto), iv) análisis estadístico y conclusiones (0-2 bajo; 3-4 medio; 5-6 alto), v) medidas de resultado (0-4 bajo; 5-7 medio; 8-10 alto). La puntuación máxima que podría obtenerse es de 28 puntos y el rango de puntuación podría variar entre 0 y 28 puntos.

En la escala original, el índice total de validez 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” (2 o más categorías), el índice total será “bajo”, si de las cinco categorías no hay más de dos con puntuaciones de índice “bajo” y no hay más de tres con puntuaciones de índice “alto”, el índice total será “medio”, y si de las cinco categorías ninguna tiene puntuaciones de índice “bajo” y más de tres categorías son de índice “alto”, entonces, el índice total será “alto”.

Al eliminarse la categoría de diseño y asignación, y la pregunta sobre la intervención del grupo control, ha sido necesario adaptar los criterios utilizados para otorgar un índice total de validez a los estudios evaluados. De este modo, los criterios quedan de la forma siguiente:

Índice total de validez:

ALTO: 2 o más categorías con índices Alto y 0 con Bajo

MEDIO: menos de 2 categorías con índices Alto y 1 con Bajo

BAJO: 1 o más categorías con índices Bajo

En la Tabla 3 se muestran las puntuaciones obtenidas para cada uno de los estudios cuantitativos incluidos.

Tabla 3. Escala de Estabrooks et al., 2000 [19]

Estudio	Validez Total	Puntuación (/28)	Niveles de Calidad*			Reclutamiento (/6)	Inclusión y Exclusión (/4)	Descripción de la Intervención (/2)	Análisis Estadístico (/6)	Medidas de Resultado (/10)
			A	M	B					
CHAMBERS 2007	BAJA	8	0	1	3	0 (B)	1 (B)	NA	3 (M)	4 (B)
GRAHAM 2007	MEDIA	18	2	1	1	4 (M)	4 (A)	NA	6 (A)	4 (B)
HARRISON 2009	MEDIA	13	0	4	0	3 (M)	2 (M)	NA	3 (M)	5 (M)
POLITI 2009	ALTA	25	3	1	0	6 (A)	4 (A)	2	6 (A)	7 (M)
BRACKET 2010	BAJA	11	0	2	2	2 (B)	2 (M)	NA	3 (M)	4 (B)

Niveles de Calidad: **A:** Alto; **M:** Medio; **B:** Bajo
NA: No Aplicable

Como se puede apreciar en los resultados de la tabla 3, la puntuación total ha oscilado entre 8 y 25, sobre un total de 28 puntos, con un valor medio de 15 y una desviación estándar (DE) de 6,67. Se observa que el estudio que obtuvo una validez total mayor fue Politi et al. (2009) [23], con puntuaciones mayores, respecto al resto, en cada una de las categorías consideradas. Además, cabe mencionar, que en cuanto al apartado “descripción de la intervención”, sólo el estudio de Politi et al. pudo ser valorado. Esto se debe a que en el resto de los estudios, a pesar de describirse una intervención basada en el concepto de TDC o una DA, el objetivo de estos estudios, dado su diseño, no consistía en aplicar una intervención a un grupo de tratamiento.

IV.3.2. Estudios cualitativos

Para valorar la calidad de los estudios cualitativos se utilizaron los indicadores de calidad de Dixon-Woods et al. [20], quienes consideran que existen ciertos criterios básicos que han de tenerse en cuenta a la hora de establecer si una investigación llevada a cabo con metodología cualitativa reúne las condiciones mínimas de calidad.

Los primeros criterios a tener en cuenta tienen que ver con la claridad del planteamiento de la pregunta de investigación y con la adecuación de la metodología cualitativa para responder a esta pregunta específica. Si esto sucede, se pasa a considerar si se han descrito claramente y son adecuados la muestra utilizada, la recogida de

la información y el análisis de la misma. Finalmente, se comprueba la contribución y utilidad de los resultados del estudio, partiendo de la integración de la evidencia encontrada y de la interpretación de los datos basada en una teoría o sistema de análisis riguroso.

La Tabla 4 muestra la valoración de cada uno de estos criterios para los artículos finalmente seleccionados. Como puede observarse, todos los estudios formulan preguntas de investigación claras y desarrollan una adecuada metodología para responderla. Además, la mayoría de los estudios realizan una descripción clara de la muestra, la recogida de los datos y el análisis realizado. Así mismo, presentan una adecuada integración e interpretación de los datos obtenidos. Sólo en el caso del estudio de Thistlethwaite, 2007 [25] se emplea una metodología cualitativa con una calidad dudosa. Esto se debe a que en este estudio se pone en evidencia el fundamento teórico de sus resultados al no explicar la teoría de base utilizada, ni el procedimiento específico para sintetizar la información resultante, así como no hace una descripción clara de las posibles diferencias en la recogida de los datos al principio y final de la investigación, ni del análisis de los mismos. Sin embargo, a pesar de las limitaciones metodológicas de este estudio, aporta conocimiento válido en cuanto a los objetivos de este estudio: identificar las posibles barreras y facilitadores que median en la adecuada implementación de la TDC.

Tabla 4. Calidad Metodológica de los estudios cualitativos (Dixon-Woods et al. [20])

PRIMER AUTOR, AÑO (PAÍS)	PREGUNTAS INVESTIGACIÓN CLARAS	INVESTIGACIÓN ADECUADA	DESCRIPCIÓN CLARA**			RESPUESTA***			AFIRMACIÓN BASADA EN EVIDENCIA	INTEGRACIÓN	CONTRIBUCIÓN	VALORACIÓN
			M	R	A	M	R	A				
THISTLETHWAITE, 2007 (AUSTRALIA)	S	S	S	N	N	S	D	D	D	R	D	D
SILVIA, 2008 (EE.UU.)	S	S	S	S	S+	S	S	S	S	S	S	MB
WATSON, 2008 (REINO UNIDO)	S	S	S	R	S	S	R	S	S	S	S	B
HARRISON, 2009 (AUSTRALIA)	S	S*	S	S	S+	S	S	S	S	S	S	MB
REES, 2009 (REINO UNIDO)	S	S	S	S	S+	S	S	S	S	S	S	MB

S: Sí; **N:** No; **D:** Dudoso; **S+:** Sí con métodos estadísticos; **R:** Regular; **B:** Bueno; **MB:** Muy Bueno

* Diseño Mixto: Utilización de metodología cuantitativa y cualitativa

** DESCRIPCIÓN CLARA: M = Muestra; R = Recogida; A = Análisis

*** RESPUESTA: M = Muestra; R = Recogida; A = Análisis

IV.4. Características de los estudios incluidos

En la Tabla 5 se detallan las características de los estudios incluidos [21-29]. Todos los estudios estaban publicados en inglés siendo los países de origen Canadá (n = 3), EE.UU (n = 2), Reino unido (n = 2) y Australia (n = 2).

Todos los participantes han sido profesionales sanitarios (médicos de atención primaria, médicos especialistas, enfermeras, visitantes de salud, directivos y gestores), sólo en el estudio de Brackett, 2010 [29] la muestra estaba formada por profesionales sanitarios y pacientes.

Tabla 5. Características de los estudios incluidos

PRIMER AUTOR, AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	MÉTODO / DISEÑO / RECOLECCIÓN DE DATOS	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN TDC Y/O HATD
CHAMBERS, 2007 (CANADÁ)	Evaluar una HATD y su viabilidad de implementación entre trabajadores de la salud	Transversal Cuantitativo Cuestionario	N= 57 trabajadores sanitarios, representantes de los trabajadores, directivos y gestores	Ottawa Influenza Decision Aid (OIDA), desarrollada según IPDAS*
GRAHAM, 2007 (CANADÁ)	Describir las percepciones de los médicos sobre 3 HATD, la intención de usarlas y el uso realizado	Transversal Cuantitativo Cuestionario (Encuesta)	N= 270 profesionales sanitarios: - n= 114 neumólogos, - n= 85 médicos de familia y - n= 71 geriatras	Tres HATD: 1) Terapia de reemplazo hormonal (médicos de familia) 2) Tomar una decisión sobre la colocación a largo plazo de una sonda de alimentación en una persona mayor con deterioro cognitivo (geriatras) 3) Considerar la ventilación mecánica, al final de la vida, de individuos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (neumólogos)
THISTLETHWAITE, 2007 (AUSTRALIA)	Explorar la viabilidad de utilizar HATD en formato web para mejorar las habilidades de los residentes de medicina general sobre la TDC con sus pacientes	Longitudinal Cualitativo Entrevistas Grupo focal	N= 11 médicos de familia (atención primaria)	Intervención Educativa de 1 hora y una sesión breve de enseñanza con información dada por escrito
SILVIA, 2008 (EE.UU.)	Evaluar la viabilidad de poner en práctica 4 HATD para la toma de decisiones en el tratamiento del cáncer de mama en fase temprana	Transversal Cualitativo Entrevistas	N= 35 centros sanitarios: - n= 23 centros usaron las HATD y - n= 12 participaron en las entrevistas	4 videos o DVDs sobre un programa de TDC en el cáncer de mama: 1) Early Stage Breast Cancer: Choosing Your Surgery 2) Early Breast Cancer: Hormone Therapy and Chemotherapy – Are They Right For You? 3) Breast Reconstruction: Is It Right For You? 4) Ductal Carcinoma In Situ: Choosing Your Treatment (Foundation for Informed Medical Decision Making and Health Dialog- FIMDM)

Tabla 5. Características de los estudios incluidos

PRIMER AUTOR, AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	MÉTODO / DISEÑO / RECOLECCIÓN DE DATOS	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN TDC Y/O HATD
WATSON, 2008 (REINO UNIDO)	Explorar las percepciones de los médicos de atención primaria y el empleo de HATD en la práctica clínica rutinaria.	Transversal Cualitativo Grupos Focales	N= 27 profesionales (5 centros de salud de atención primaria): - n=19 médicos de familia, - n= 5 enfermeras y - n= 3 visitantes de salud (Elath visitors)**	Ejemplos de diferentes herramientas, no especificadas
HARRISON, 2009 (AUSTRALIA)	Explorar 3 formatos diferentes de HATD sobre cáncer colorrectal para evaluar su posible implementación en la práctica clínica	Transversal Mixto Grupo Focal, Entrevistas y cuestionarios	N= 20 cirujanos (colorrectal); n= 12 participaron en el grupo focal y n= 8 fueron entrevistados en sus consultas	Tres HATD para cáncer colorrectal con diferente formato: 1) Una HATD informatizada; 2) Un panel de decisión; 3) Annalisa (HATD interactiva con paquete de comunicación basado en análisis de decisión)
POLITI, 2009 (CANADÁ)	Identificar variables asociadas con la ansiedad de los médicos ante la incertidumbre y rechazo de mostrar incertidumbre a los pacientes	Longitudinal, Cuantitativo Cuestionario	N= 120; n= 67 profesores y n= 53 residentes	The Ottawa Decision Support Framework (ODSF) del estudio de Légaré (2006)
REES, 2009 (REINO UNIDO)	Explorar los puntos de vista de los profesionales sanitarios sobre las HATD desarrolladas por el grupo de estudio DIAMOND, dirigido a mujeres que escogen una modalidad de parto después de una cesárea previa	Transversal Cualitativo Grupos Focales	N=28 profesionales sanitarios (obstetras, matronas y médicos de familia –atención primaria)	HATD sobre modalidad de parto con cesárea previa que aparecen en los estudios de Montgomery et al. y Emmett et al. [30, 31]

Tabla 5. Características de los estudios incluidos

PRIMER AUTOR, AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	MÉTODO / DISEÑO / RECOLECCIÓN DE DATOS	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN TDC Y/O HATD
BRACKETT, 2010 (EE.UU.)	Comparar el impacto de distintos modelos de distribución de HATD sobre el cribado del cáncer en la tasa de recepción de los pacientes y en la satisfacción de los clínicos y los pacientes.	Transversal Cuantitativo Cuestionarios	Pacientes y médicos de dos centros médicos de entorno rural: Centro Médico Dartmouth-Hitchcock y White River Junction Veterans Administration Hospital. N= 128 participantes; n= 94 pacientes y n= 34 clínicos: 18 médicos de Dartmouth y 16 médicos del Hospital Río Blanco	HATD (vídeo) para cáncer de próstata (sobre PSA) o para cribado del cáncer de colon, desarrolladas por la FIMDM, que proporcionan información sobre las opciones del cribado del cáncer, la importancia de tener en cuenta los valores personales, y testimonios equilibrados de pacientes que han tomado distintas decisiones en relación con el cribado del cáncer

N: Número de participantes; TDC: Toma de decisiones compartida; HATD: Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones compartida

*IPDAS: International Patient Decision Aid Standards

** Elath visitors: persona en Inglaterra con conocimientos específicos de salud que va a los domicilios ayudando a las personas en cuestiones básicas de salud

IV. 5. Barreras y facilitadores

A pesar de que la taxonomía de barreras y facilitadores tomada como referencia para este estudio se presenta en un continuo; es decir, donde sólo se muestran barreras, y los facilitadores representan la ausencia de dichas barreras o su contrario, en este informe se presentarán los datos tal y como han sido identificados en los estudios incluidos a partir de la RS llevada a cabo. Por tanto, los resultados sobre barreras y facilitadores serán mostrados en tablas independientes, en función de cómo fueron descritos en los artículos originales.

IV. 5. 1. Barreras

En la Tabla 6 se comentan las barreras identificadas, la definición correspondiente a cada una de ellas y el número de estudios que las citan.

Tal y como puede observarse, las dos barreras que constan como fundamentales, en base al número de veces que se citan (seis), son la “falta de aplicabilidad de la TDC en base a las características de los pacientes” [22, 25-29] y la “presión de tiempo” [22, 25-29] que acontece en la práctica clínica habitual. En el primer caso, ha podido observarse que las capacidades cognitivas e intelectuales de los pacientes, así como su actitud y conducta hacia la TDC es crucial. Así, por ejemplo, existe constancia de que algunos profesionales sanitarios no aplican los programas a los pacientes que se muestran abrumados o reacios a la TDC [26], a la vez que se ven limitados con aquellas personas que carecen de conocimientos informáticos (básicos para el manejo de algunas ayudas a la decisión, sobre todo si son auto-administradas) [28]. Por tanto, queda reflejado que las HATD no tienen la misma utilidad para todas las personas, siendo menos útiles para personas que pertenecen a grupos de minoría étnica, que no dominan el idioma en el que las HATD muestran la información y que están menos interesadas en recibir información, por lo que depositan su confianza en el profesional para que decida por ellos [28]. A esto debe añadirse que los pacientes no entiendan o carezcan de competencias para comprender la información que le da el profesional sanitario [27].

En cuanto a la “presión de tiempo” ha sido frecuente encontrar argumentos que aluden a que el proceso de TDC requiere demasiado tiempo para su implementación, donde dicho tiempo se ve afectado en

distintos aspectos: 1) tiempo requerido para acceder a la información y proporcionársela a los pacientes, 3) tiempo requerido en consulta para discutir las opciones [22] y 3) tiempo invertido en registrarse para el uso de la HATD y en revisar la precisión y fiabilidad del contenido [25]. Por tanto, se convierte en una tarea complicada para los profesionales establecer este proceso de TDC en los 10 minutos promedio que tiene cada sesión clínica [27], lo que puede llegar a ser visto como un elemento adicional a realizar en las consultas [27] en lugar de formar parte del procedimiento normal de consulta.

La siguiente barrera más identificada [21, 22, 25, 27, 29] reside en los factores asociados a la TDC como una innovación, en concreto, a la “complejidad” que podría suponer dicha TDC a la hora de comprenderla y ponerla en práctica. En líneas generales se percibe que las HATD proporcionan información demasiado compleja para los profesionales sanitarios y que es improbable que sean usadas por la mayoría de los colegas [21]. Así mismo, los profesionales sanitarios consideran que si entregan la HATD al paciente, puede que éste no la lea, no la entienda bien o no regrese a consulta [25], ya que el tipo de información excesivamente detallada puede saturar al paciente, sobre todo si está en un estado de vulnerabilidad emocional [29]. Por otro lado, los profesionales sanitarios consideran que las HATD pueden albergar excesiva información confrontativa [29], como podría ser el caso de los valores estadísticos que en ellas se recogen y que los pacientes, en general, no saben interpretar [29].

En cuatro de los estudios incluidos se citaron otras barreras asociadas a los Factores del Sistema Sanitario y/o Servicios, en concreto, asociadas a la “falta de recursos” [22, 24, 26, 28]. Entre los marcadores que definen a esta categoría como una barrera destacan la percepción de que las HATD afectan a los médicos en cuanto a tiempo y carga de trabajo, en un contexto donde se percibe escasez de personal [28], y las limitaciones de espacio dentro de los departamentos, lo que actuaría como barrera para que los pacientes accedan a los equipos (ordenadores) empleados para implementar las HATD [22, 28].

En este caso, se hace manifiesta la importancia de contar con la cantidad adecuada de personal para poner en marcha la TDC, así como disponer de una buena estrategia de distribución de los materiales o herramientas de ayuda a la decisión. En esta línea, en el estudio de Brackett [24] se comenta que en los Centros donde se ponga en marcha una estrategia de distribución de la HATD que requiera la iniciativa del paciente o del clínico, disminuirá la tasa de acceso a la misma por parte

de todos los pacientes elegibles para su uso. Sin embargo, establecer un sistema que determine la elegibilidad del paciente en el momento de la visita, aunque pueda ser más simple de administrar, no aporta las ventajas de que el paciente vea la HATD antes de acudir a consulta. Por otro lado, entregar la HATD después de la visita médica podrá depender de la participación de otros profesionales sanitarios (p.ej., auxiliares médicos) quienes, debido a otras funciones laborales, seleccionarían a una minoría de los pacientes elegibles para utilizar la HATD.

En tres estudios fueron identificadas cada una de las siguientes categorías: “falta de familiaridad” [25-27], “falta de aplicabilidad en base a la situación clínica” [22, 25, 29], “falta de expectativas en base al proceso de atención sanitaria” [22, 28, 29] y “preferencias de los pacientes” [26-28].

En el primer caso, la “falta de familiaridad” con el proceso de TDC o con las HATD ha sido considerada una barrera para la implementación en cuanto a que genera olvido para la entrega de los materiales. Así, la falta de familiaridad y la experiencia limitada con el proceso de TDC, unida a la excesiva ocupación y al escaso tiempo del que disponen los profesionales sanitarios, hacen que la información y las HATD no sean utilizadas de forma sistemática entre los potenciales usuarios [27]. Además, la necesidad de entrenamiento para el uso de las HATD supone una barrera en sí misma [25].

En relación con la “falta de aplicabilidad” determinada por la “situación clínica” del paciente, podemos destacar la consideración general de que el modelo de TDC es más viable en atención primaria que en el ámbito hospitalario, donde se suele asumir un rol aún más paternalista a la hora de establecer el tratamiento [25]. Esto se debe a que los pacientes que acceden al sistema sanitario por vía hospitalaria suelen ser considerados personas con patologías dotadas de mayor complejidad o riesgo para la salud del individuo y, en base a sus características clínicas, se restringe la participación del paciente o la incorporación de la TDC como procedimiento habitual en este contexto.

Las barreras identificadas y clasificadas en la categoría “proceso de atención sanitaria” hacen alusión a la preocupación reflejada por los profesionales sanitarios sobre el impacto que pueda ejercer el proceso de TDC en la relación que éstos mantienen con sus pacientes [29]. También existe la preocupación de que el potencial uso de las HATD aumente la complejidad de las consultas, suponiendo un mayor reto en las dinámicas de pacientes y profesionales, debido a la información adicional que los pacientes podrían querer discutir [28]. Otra barrera localizada en esta categoría es la creencia de que el uso de las HATD no

mejoraría la calidad de las visitas de los pacientes o no aumentaría la satisfacción de éstos en la participación de su cuidado [22].

En cuanto a la categoría de conducta “preferencias de los pacientes” se han identificado como barreras: que los pacientes se resistan a ser implicados en el proceso de TDC, prefiriendo que sea su médico quien decida por ellos [26]; que los pacientes dispongan de una fuerte preferencia por una opción o de preferencias previas a la entrega de la HATD, pudiendo mostrar menos interés en aprender más acerca de otras opciones y sus riesgos o beneficios asociados [28], y que algunos pacientes intenten devolver la responsabilidad de la decisión a los profesionales o ‘esperen’ que ellos la tomen [27].

Considerando ya las categorías menos citadas, a continuación se reflejan aquellas que recogen barreras localizadas en dos estudios: “interpretación de la evidencia” [22, 27], “síntesis sesgada” [21, 22], “ausencia total de acuerdo con el uso del modelo” [21, 22], “falta de motivación” [26, 27], “falta de compatibilidad” [27, 28], “aumento de la incertidumbre” [23, 27]. En el primer caso, se ha encontrado que algunos profesionales sanitarios plantean que las HATD recogen evidencia insuficiente para determinados pacientes o casos clínicos [22], así como otros profesionales perciben a la TDC como “no real”, en la medida que muestra evidencia científica que no se ajusta en su totalidad a los datos de los que ellos disponen y manejan [27]. En relación con la “síntesis sesgada”, trabaja como barrera para la implementación la creencia de que el desarrollo de las HATD puede haber estado influido por intereses creados [21, 22]; y vinculado a la “ausencia total de acuerdo para la utilización del modelo” de TDC sobresale la percepción, por parte de los profesionales sanitarios, de que es improbable que las HATD sean usadas por la mayoría de sus colegas [21]. Dentro de lo que hemos clasificado como “falta de motivación” señalamos la falta de sensibilidad de los profesionales para explorar el interés que tienen los pacientes para participar en la TDC [26], a lo que debe sumarse el rol pasivo y la escasa implicación o compromiso de algunos pacientes durante el proceso [27].

Si nos centramos en la “falta de compatibilidad”, en los estudios incluidos se ha observado que las preferencias particulares de los médicos por una opción de tratamiento, puede generar que éstos no sean partidarios de utilizar una HATD que no promueva ese tipo de tratamiento [28]. Así mismo, se percibe que las HATD tienen la capacidad de amenazar el papel actual del profesional sanitario, en la medida que estos materiales podrían suponer una incompatibilidad con

el enfoque paternalista que actualmente impera en la relación médico-paciente [27].

Las barreras relacionadas con la última categoría de este bloque, el “aumento de la incertidumbre”, reflejan que algunas veces ni el profesional sanitario ni el paciente disponen de la suficiente información para tomar una decisión, a lo que se debe unir la dificultad que supone saber acomodar el proceso de TDC a las necesidades de cada paciente [27]. Por otro lado, los profesionales que se muestran más reticentes a revelar su incertidumbre, informan más de su intención de no comprometerse con el proceso de TDC. Esta variable de rechazo a revelar incertidumbre tiene una relación negativa con tener una o más carreras y trabajar más horas a la semana, pareciendo mostrar una relación positiva con ser residente (p.ej., los médicos que disponen de plaza fija parecen sentir menos ansiedad que los residentes) o ser mujer [23]. Por tanto, el rechazo a revelar incertidumbre debería ser una variable a tener en cuenta en las intervenciones que evalúan el impacto del entrenamiento profesional en la TDC y la disposición posterior para su uso.

Finalmente, se citan las categorías de las barreras que han sido localizadas en un único estudio, y que por tanto podrían representar las barreras menos frecuentes, aunque no menos importantes, dentro de la implementación del proceso de TDC y sus HATD. Entre dichas categorías se encuentran: “desconocimiento de la TDC” [26], “olvido” [26]; “falta de apoyo del profesional sanitario” [26], “preguntar al paciente sobre el apoyo o presión indebida” [27], “preguntar sobre los valores o preferencias/clarificación de valores o preferencias” [27], “no coste-beneficio” [28], “demasiado guiado o rígido para ser aplicable” [27], “reto a la autonomía” [29], “falta de expectativas en base a los resultados del paciente” [25], “expectativas en relación con las emociones” [29], “falta de observabilidad” [21], “limitaciones organizativas” [27], “falta de recursos económicos” [22], “compartir la responsabilidad con el paciente” [25].

A partir de los distintos estudios, y en base a las categorías citadas previamente, han sido identificadas como barreras: 1) que los profesionales sanitarios no entreguen las HATD sin supervisarlas previamente, lo que unido a su falta de tiempo para revisarlas, provoque una limitación del uso de la TDC [26]; 2) que el personal sanitario olvide entregar las HATD debido a su falta de familiaridad con el proceso de TDC, la falta de tiempo, o la falta de sistematicidad para la entrega y/o uso del material; 3) que los profesionales sanitarios no apoyen el proceso de TDC por experimentar como difícil e incómodo el tener que

alejarse de su rol paternalista, donde sólo ellos toman la decisión [27]; 4) que los profesionales consideren difícil su papel en la TDC por implicar un asesoramiento a los pacientes teniendo en cuenta sus deseos y habilidades [27]; 5) que las HATD supongan un elevado coste de creación, mantenimiento y actualización [28]; 6) que la rigidez en la aplicación de las HATD permita asumir un trabajo tecnológico, capaz de generar progresivamente el reemplazo del papel humano y crear profesionales virtuales [27]); 7) la dificultad de identificar el estado emocional y las preferencias de los pacientes por parte de los profesionales sanitarios [29]; 8) la preocupación por el impacto del proceso de TDC en la relación médico-paciente, siempre que se considere que el uso de las HATD afectaría a la comunicación dentro de la consulta [29]; 9) que no se cubran las expectativas de los pacientes [25]; 10) que existan limitaciones organizativas o restricciones políticas y legales sobre las formas de actuación de los médicos [27]; 11) Tener que pagar para utilizar las HATD [22] y 12) que los profesionales sanitarios no perciban los beneficios de la TDC y por tanto decidan no implicar a los pacientes en la toma de decisiones, y no compartir la responsabilidad con ellos [21].

IV. 5. 2. Facilitadores

En la Tabla 7 se describen los facilitadores citados en los estudios que cumplieron los criterios de inclusión para la presente RS. Al igual que sucedía para las barreras, para cada categoría se adjuntan su definición y los estudios en los que el facilitador está presente.

El facilitador que fue identificado con más frecuencia [21, 22, 27-29] pertenece al área cognitiva, en concreto, a las expectativas relacionadas con el “proceso de atención sanitaria”, donde se percibe que el funcionamiento posterior al uso de la TDC permitirá mejorar el proceso de atención sanitaria, ya que las HATD ayudan a: 1) comprender los riesgos y beneficios de las opciones mostradas, 2) adaptar la comunicación del profesional sanitario a las necesidades del paciente, 3) mejorar la calidad de la interacción de sus usuarios, lo que afecta a las relaciones de forma positiva, 4) preparar a los usuarios para el proceso de TDC, 5) tomar una decisión en base a las opciones y 6) aumentar la satisfacción con las opciones que se muestran [21].

Además, se considera que las HATD tienen el potencial de “empoderar” a los pacientes, ayudándolos a pensar de forma más cuidadosa sobre la decisión relacionada con su condición de salud,

procesar y organizar sus pensamientos, elaborar preguntas y llevarlas a cabo para alcanzar la mejor decisión en su caso. De hecho, tal y como se ha comentado previamente, esto podría dar resultado a una mayor satisfacción con la decisión tomada. Por tanto, se percibe que las HATD son una vía para mejorar la dinámica de las consultas, generando menos preguntas por parte de los pacientes gracias a estar más informados, lo que a su vez podría estimular que los profesionales sean más sistemáticos con el uso de la información sobre las opciones de tratamiento o intervención a realizar [28].

Considerar las HATD como checklist para los profesionales [29] y como material de vigilancia de la salud del paciente más allá de la hora de consulta [27], también se perciben como elementos que permitirán mejorar el proceso de atención sanitaria.

Los siguientes facilitadores más citados (hasta en cuatro ocasiones) pertenecen al bloque conductual y se ubican dentro del grupo de facilitadores externos. En concreto, los facilitadores relacionados con la “compatibilidad” [21, 22, 27, 28] se sitúan dentro de los “factores asociados a la TDC como una innovación”, y los facilitadores vinculados al “ahorro de tiempo” [21, 27-29] se agrupan dentro de la subcategoría “factores asociados al Sistema Sanitario/Servicios”. En el primer caso, la “compatibilidad” supone un facilitador en la medida que se percibe que la TDC es consecuente con los abordajes propios, siendo aplicable a una proporción considerable de profesionales sanitarios y sirviendo de complemento a los enfoques tradicionales [21]. Esto es posible gracias a que las HATD aportan conocimiento compatible con la información que los profesionales sanitarios deberían poseer, no requiriendo cambios en el modo de interacción de éstos con sus pacientes [28] ni una reorganización de su práctica clínica [22]. Por tanto, el uso de las HATD no requerirá grandes cambios en la forma en la que el profesional discute actualmente los “tópicos” [22] y, en caso necesario, dispondría de cursos de entrenamiento [27].

En relación con los facilitadores de “ahorro de tiempo” derivado de la práctica de TDC [21, 27-29], se ha reflejado que el uso de las HATD podrían, en última instancia, suponer un ahorro de tiempo y de carga de trabajo, mejorando la atención de los pacientes al proporcionar la información que los profesionales no tienen tiempo de aportar [28]. Además, se percibe que las HATD son una vía para mejorar la dinámica de las consultas, generando menos preguntas por parte de los pacientes, gracias a estar más informados [28]. También se destaca la relevancia que tiene escoger el momento de entrega de los materiales,

recomendando entregar las HATD al final de la consulta para que los pacientes las trabajen en casa- a pesar de que algunos profesionales tengan la sensación de que es mejor trabajar las HATD de forma conjunta dentro de consulta [29]. Por último, en uno de los estudios se concluye que las Das permitirán tomar decisiones duraderas, lo que permitirá ahorrar tiempo en el futuro [27].

Los facilitadores identificados en tres estudios fueron el “acuerdo con el uso del modelo” [21, 25, 27], los “resultados del paciente” [27-29] y la “disponibilidad de recursos” [24, 26, 28]. La primera categoría, perteneciente al bloque de actitudes, refleja un acuerdo con el proceso de TDC. Aunque no se especifican los motivos de este acuerdo, las HATD son aceptadas por parte de los profesionales sanitarios, quienes se muestran dispuestos y receptivos a la TDC, a la que dotan de importancia [27].

Además, relacionado con la categoría de “proceso de atención sanitaria”, juega un papel facilitador la percepción de que el funcionamiento posterior al uso de la TDC permitirá mejorar los resultados del paciente. Esto se debe a que las HATD tienen el potencial de ofrecer un papel más activo a los pacientes, ayudándolos a pensar de forma más cuidadosa sobre la decisión relacionada con su condición de salud, procesar y organizar sus pensamientos, elaborar preguntas y llevarlas a cabo para alcanzar la mejor decisión en su caso. De hecho, tal y como se ha comentado previamente, esto podría dar resultado a una mayor satisfacción con la decisión tomada [28]. Además, dentro de la categoría de “resultados del paciente”, también hay que resaltar que las HATD pueden ser consultadas en casa, permitiendo que el paciente consulte y trabaje la información “a su ritmo” y siempre que lo estime oportuno [27], pudiendo facilitar la comprensión del material y los pertinentes resultados y efectos secundarios del tratamiento [29].

Sin embargo, para poner en práctica la TDC se requiere disponer de los recursos necesarios (material, personal o infraestructuras) y, para ello, se han reflejado como principales facilitadores [24, 26, 28]: que exista un equipo multidisciplinar y una persona responsable de la TDC, crear bibliotecas para pacientes, disponer de la tecnología requerida (p.ej., ordenadores) o disponer de un sistema de distribución automática de las HATD (p.ej., utilizar un sistema que determine la elegibilidad del paciente en el momento de consulta).

En relación con este último punto, con el sistema de distribución de los materiales, se han citado distintas opciones de acceso y uso de las HATD. Así, en el estudio de Brackett [24] se comenta la idoneidad de que los pacientes acudan a la consulta habiendo visto o trabajado

previamente la HATD, ya que se estima que la conversación con el médico será entonces más rica y la TDC más eficiente y efectiva. Así mismo, con este sistema de entrega previa del material, cabe la posibilidad de que la opción escogida sea implementada en el momento de la consulta. También se propone la idoneidad de acceder a las HATD de forma autónoma, por ejemplo a través del ordenador personal de casa, lo que podría reducir muchos de los servicios y costes requeridos para su implementación, y que podrían suponer una barrera para la implementación [28].

Las siete categorías descritas a continuación fueron localizadas en dos ocasiones entre los estudios incluidos. Dentro del bloque de conocimiento se sitúan las categorías de “conocimiento” [21, 26], en forma de habilidad para reconocer el uso potencial de las HATD, y “familiaridad” [26, 27] con el proceso de TDC o con las HATD. En los estudios que aluden a estas categorías, se manifiesta como facilitadores la importancia de llevar a cabo un entrenamiento de los profesionales implicados y de los líderes locales [26], lo que generará una mayor familiaridad con los principios y el proceso de la TDC [26, 27] y ayudará a reconocer la necesidad de tomar una decisión [21].

En el bloque de actitudes, citamos la subcategoría “características del paciente” (dentro de la categoría “aplicabilidad”) [25, 29] y las categorías “preguntar al paciente su papel preferido en la TDC” [21, 27] y acuerdo en general de que la TDC es “práctica” [21, 22]. En el primer caso, se resalta el acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en la población en la que se va a implementar, en relación con las características de los pacientes. Por ello, los profesionales sanitarios consideran que las personas más jóvenes y con mayor nivel de estudios serán los más interesados en participar en la TDC [29], así como será relevante tener “habilidades on-line”, hablar inglés, poseer un determinado estatus socioeconómico, etc. [25].

La otra categoría actitudinal que ejerce como facilitador consiste en que la TDC sea valorada como “práctica”. En este sentido, deberá considerarse que la claridad y cantidad de la información presentada sea la correcta y permita un óptimo seguimiento del procedimiento. Así mismo, se valora de forma positiva que la información mostrada sea neutral y equilibrada [21], con una clara descripción de las opciones de tratamiento y un formato que dote al material de claridad [22].

En el bloque de conducta señalamos a modo de facilitadores externos la “facilidad” percibida de la TDC para ser comprendida y puesta en práctica [21, 22] y la “disminución o control de la incertidumbre” gracias al uso de la TDC [21, 22]. En este caso, los

facilitadores descritos se relacionan con la facilidad de uso de las HATD en el lugar de trabajo [21, 22], su fácil experimentación antes de decidir adoptarlas institucionalmente [21] y la escasa complejidad de la información que las HATD aportan a los pacientes [22]. Por otro lado, en cuanto a la disminución o control de la incertidumbre se percibe que el proceso de TDC guía a los profesionales a través de un modelo lógico gracias al uso de las HATD [21, 22].

Por último, comentaremos aquellos facilitadores que fueron identificados en un único estudio: “recordatorio” o uso de sistemas que faciliten el uso de la TDC [24]; confianza en las intervenciones de TDC gracias a cómo se estructuran su “contenido y formato” [21]; acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en relación con la “situación o condición clínica” del paciente [29]; “preguntar al paciente sobre sus valores o que lleve a cabo una clarificación de valores” [21]; la percepción de que la implementación de la TDC repercutirá de forma positiva en los “costes-beneficios” [27]; acuerdo con la TDC porque no supone una amenaza para la “autonomía” de los profesionales [27]; “autoeficacia” [23], asociada a tener una o más carreras o formación en algún campo específico, así como a trabajar más horas a la semana; tener “motivación” [27] para usar la TDC o cambiar los hábitos personales; tener un adecuado “acceso a los servicios” de atención sanitaria (disponibles o alternativos) para poner en práctica la TDC [26] y “compartir la responsabilidad con el paciente” [27], considerando que el uso de la TDC disminuye la responsabilidad de los profesionales sanitarios debido a compartir las decisiones con el paciente (en Légaré [16], esta categoría es la única que se presenta como facilitador dentro del listado de Barreras).

En relación con algunos de los facilitadores previamente descritos, se ha puntualizado que las HATD interactivas son consideradas un facilitador por parte de los profesionales ya que permiten ser modificadas o manipuladas [29] y ayudan a conocer que la decisión depende de las preocupaciones personales [21]. Además, se percibe que si los recepcionistas o enfermeras pudiesen identificar las dificultades particulares de algunos pacientes con el uso de las HATD, podrían referirlos a los profesionales específicos, reduciendo la posibilidad de una segunda consulta, lo que ahorraría tiempo y dinero [27]. Y en esta línea de ahorro de costes, también se señala como facilitador crear un espacio para los pacientes destinado al uso de las DA fuera de la consulta estandarizada [27].

En el anexo 8 se hace referencia a aquellas barreras y facilitadores de las que se conoce su existencia a partir de RS sistemáticas previas [13, 16], pero que no han sido identificadas en esta revisión.

Tabla 6. Barreras identificadas en la revisión de la literatura

Conocimiento			
* Desconocimiento de la TDC		Inhabilidad para reconocer el uso potencial de la TDC [26]	
* Falta de familiaridad		Falta de familiaridad con el proceso de TDC o con las HATD [25-27]	
* Olvido		Descuido para referir a los pacientes a las HATD o implementar la TDC [26]	
Actitudes			
* Falta de acuerdo con los componentes específicos de la TDC:	- Interpretación de la evidencia.	Considerar que elementos específicos de la TDC no estén apoyados en evidencia científica [22, 27]	
	- Falta de aplicabilidad:	▪ Características del paciente	Falta de acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en la población en la que se va a implementar, en relación con las características de los pacientes [22, 25-29]
		Situación clínica	Falta de acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en la población en la que se va a implementar, en relación con la condición clínica [22, 25, 29]
	- Preguntar al paciente sobre el apoyo o presión indebida.	Falta de acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre el apoyo y/o la presión indebida [27]	
	- Preguntar sobre los valores / clarificación de valores o preferencias.	Falta de acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre sus valores y preferencias [27]	
	- No coste-beneficio.	Percepción de que se incrementarán los costes si la TDC es implementada [28]	
	- "Demasiado guiado", demasiado rígido para ser aplicable.	Falta de acuerdo con la TDC porque es demasiado artificial [27]	

Tabla 6. Barreras identificadas en la revisión de la literatura

* Falta de acuerdo en general:	- Reto a la autonomía.	Falta de acuerdo con la TDC porque supone una amenaza para la autonomía profesional [29]	
	- Síntesis sesgada.	Percepción de que los autores estaban sesgados [21, 22]	
	- La ausencia total de acuerdo con el uso del modelo (sin especificar por qué)	Falta de acuerdo con la TDC en general (sin especificar) [21, 22]	
* Falta de expectativas:	- Resultados del paciente.	Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC no permitirá mejorar los resultados del paciente [25]	
	- Proceso de atención sanitaria.	Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC no permitirá mejorar el proceso de atención sanitaria [22, 28, 29]	
	- Expectativas en relación con las emociones.	Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC generará emociones difíciles y/o no tomará en cuenta emociones existentes [29]	
	- Falta de motivación.	Falta de motivación para usar la TDC o cambiar los hábitos personales [26, 27]	
Comportamiento			
* Barreras externas:	- Factores asociados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferencias de los pacientes. 	Inhabilidad percibida para integrar las preferencias del paciente con el uso de la TDC [26, 27, 28]	
	- Factores asociados a la TDC como una innovación:	▪ Falta de compatibilidad	Percepción de que la TDC no es consecuente con los abordajes propios [27, 28]
		Complejidad	Percepción de que la TDC es difícil de comprender y de poner en práctica [21, 22, 25, 27, 29]

Tabla 6. Barreras identificadas en la revisión de la literatura

- Factores asociados al Sistema Sanitario/Servicios	▪ Falta de observabilidad	Falta de visibilidad de los resultados que conlleva usar la TDC [21]
	▪ Aumento de la incertidumbre	Percepción de que el uso de la TDC aumentará la incertidumbre (por ejemplo, falta de previsibilidad, de estructura, de información) [27]
	▪ Presión de tiempo	Insuficiente tiempo para poner en práctica el proceso de TDC [22, 25-29]
	▪ Falta de recursos	Insuficiente material o personal para poner en práctica la TDC [22, 24, 26, 28]
	▪ Limitaciones organizativas	Insuficiente apoyo desde la organización [27]
	▪ Falta de recursos económicos	Insuficientes recursos económicos para poner en práctica la TDC [22]
	▪ Compartir la responsabilidad con el paciente	El uso de las TDC disminuye la responsabilidad de los profesionales sanitarios debido a compartir dichas decisiones con el paciente [25]

Tabla 7. Facilitadores identificados en la revisión de la literatura

Conocimiento			
* Conocimiento de la TDC		Habilidad para reconocer el uso potencial de la TDC [21, 26]	
* Familiaridad		Familiaridad con el proceso de TDC o con las HATD [26, 27]	
* Recordatorio		Disponer de sistemas que faciliten el uso de la TDC [24]	
Actitudes			
* Acuerdo con los componentes específicos de la TDC:	Contenido y formato	Con fianza en las intervenciones de TDC, incluyendo las HATD [21]	
	- Interpretación de la evidencia.	Considerar que elementos específicos de la TDC estén apoyados en evidencia científica [21, 22, 28]	
	- Aplicabilidad:	▪ Características del paciente	Acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en la población en la que se va a implementar, en relación con las características de los pacientes [25, 29]
		▪ Situación clínica	Acuerdo con la aplicabilidad de la TDC en la población en la que se va a implementar, en relación con la condición clínica [29]
	- Preguntar al paciente su papel preferido en la TDC	Acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre su papel preferido en la toma de decisiones [21, 27]	
	- Preguntar sobre los valores / clarificación de valores o preferencias.	Acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre sus valores y preferencias [21]	
	- Coste-beneficio.	Percepción de que disminuirán los costes si la TDC es implementada [27]	

Tabla 7. Facilitadores identificados en la revisión de la literatura

* Acuerdo en general:	- Autonomía.		Acuerdo con la TDC porque no supone una amenaza para la autonomía profesional [27]
	* Práctico		Acuerdo con la TDC porque es clara o práctica para seguir [21, 22]
	- Acuerdo con el uso del modelo (sin especifica por qué)		Acuerdo con la TDC en general (sin especificar) [21, 25, 27]
* Expectativas:	- Resultados del paciente.		Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC permitirá mejorar los resultados del paciente [27-29]
	- Proceso de atención sanitaria.		Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC permitirá mejorar el proceso de atención sanitaria [21, 12, 27-29]
	- Auto-eficacia		Creencia de la persona de que puede poner en práctica la TDC [23]
	- Motivación.		Disponer de motivación para usar la TDC o cambiar los hábitos personales [27]
Comportamiento			
* Barreras externas:	- Factores asociados a la TDC como una innovación:	▪ Compatibilidad	Percepción de que la TDC es consecuente con los abordajes propios [21, 22, 27, 28]
		▪ Facilidad	Percepción de que la TDC es difícil de comprender y de poner en práctica [21, 22]
		▪ Observabilidad	Visibilidad de los resultados que conlleva usar la TDC [21]
		▪ Disminución o control de la incertidumbre	Percepción de que el uso de la TDC disminuirá o controlará la incertidumbre (por ejemplo, previsibilidad de estructura, de información) [21, 22]
	- Factores asociados al Sistema	▪ Ahorro de tiempo	Ahorro de tiempo debido a la práctica de la TDC [21, 27-29]

Tabla 7. Facilitadores identificados en la revisión de la literatura

	Sanitario/Servicios	▪ Disponibilidad de recursos	Disponibilidad de material, personal o infraestructuras para poner en práctica la TDC [24, 26, 28]
		▪ Acceso a los servicios	Adecuado acceso a los servicios de atención sanitaria (disponibles o alternativos) para poner en práctica la TDC [26]
		▪ Compartir la responsabilidad con el paciente	El uso de las TDC disminuye la responsabilidad de los profesionales sanitarios debido a compartir dichas decisiones con el paciente [27]

V. Discusión

Conocer qué factores pueden obstaculizar, o al contrario, facilitar la implementación de la toma de decisiones compartida es un aspecto esencial para una implementación efectiva. En el año 2008, Légaré y colaboradores [16] realizaron una RS sobre la percepción de los profesionales sanitarios al respecto de barreras y facilitadores a la implementación de la TDC, a partir de cuyos resultados ofreció una taxonomía conjunta de factores dividida en tres amplias categorías conceptuales: conocimiento, actitudes, y conducta.

La presente revisión ha tenido como objetivo llevar a cabo una actualización de dicho trabajo, si bien acotando la inclusión de estudios a aquellos en los que se ofrece al profesional sanitario un contacto directo con un programa específico de TDC y/o herramientas de ayuda a la toma de decisiones (por ejemplo, estudios realizados en centros sanitarios que ya hayan implementado algún tipo de programa de TDC o HATD, entrenamiento real o por observación de situaciones de interacción con los pacientes, presentación de HATD específicas) para posteriormente evaluar la percepción de los profesionales al respecto de su posible implementación en la práctica médica habitual. La taxonomía ofrecida por Légaré en la revisión comentada anteriormente [16] se ha utilizado como marco de referencia para el análisis de los resultados obtenidos en este trabajo.

Los factores encontrados con más frecuencia han sido, por este orden: características del paciente (capacidad de comprensión o manejo de nuevas tecnologías, diferencias culturales, problemas con el idioma, edad, etc), complejidad (información demasiado compleja o detallada, comprensión de los valores estadísticos, etc), falta de tiempo, falta de recursos (estrategias de distribución, falta de personal, falta de espacios adecuados para la implementación de HATD en entorno web, etc). En menor medida, se han identificado otros aspectos, como la falta de familiaridad de los profesionales con la TDC, situación clínica del paciente, preferencias de estos, o expectativas al respecto de que la TDC pueda afectar negativamente al proceso de atención sanitaria (relación médico-paciente, aumento de la complejidad de las consultas, etc).

Estos resultados van en línea con los obtenidos por Légaré (2008) [16], especialmente los que se refieren a las características del paciente y la falta de tiempo como principales barreras/facilitadores para la implementación de la TDC. Los profesionales sanitarios muestran

reticencias hacia una implementación generalizada de la TDC que no tenga en cuenta las características del paciente. Este aspecto implica dos dimensiones relacionadas, por un lado el hecho de que realmente existan determinados perfiles socioculturales o de características personales de los pacientes que interactuar negativamente con un proceso de TDC (hacerlo inefectivo o incluso producir resultados indeseados), y por el otro, el hecho de que los profesionales sanitarios puedan mantener juicios infundados o percepciones sesgadas sobre las características personales de sus pacientes o el efecto que estas puedan producir en el proceso de TDC. En ambos casos, la investigación debe ofrecer respuestas sobre qué paciente pueden beneficiarse más de un proceso de TDC, y de cómo los profesionales sanitarios realizan atribuciones erróneas sobre sus pacientes y en qué medida estas puedan corregirse mediante intervenciones adecuadas.

En cuanto a las restricciones del tiempo disponible por parte de los profesionales, se trata de un problema generalizado en la atención sanitaria, especialmente en los servicios públicos. En este sentido, es necesario investigar en qué medida la implementación de la TDC o de HATD incrementan el tiempo de atención al paciente frente a la atención tradicional, pues la evidencia científica al respecto no es robusta. Por otra parte, debe estudiarse el efecto de implementaciones alternativas que no requieran de una participación directa o tan intensa del médico, como el envío a domicilio de HATD de formato sencillo, o la implicación de otros profesionales o familiares del paciente.

En la taxonomía ofrecida por Légaré (2008) [16] aparecen una serie de barreras o facilitadores que no han sido identificados en la presente revisión: falta de acuerdo sobre preguntar al paciente su papel preferido en la toma de decisiones, falta de confianza en las personas responsables de desarrollar o presentar la TDC, falta de acuerdo con la TDC porque es poco clara o práctica para seguir, falta de auto-eficacia o confianza en la propia capacidad para implementar la TDC, percepción de que con la TDC no se puede experimentar de forma parcial (sino que el modelo conlleva un trabajo integral), Percepción de que no es posible generar y compartir información con otras personas para alcanzar una comprensión mutua de la TDC, falta de flexibilidad en la medida que la TDC no es modificable por el usuario en el proceso de su adopción e implementación, inadecuado acceso a los servicios de atención sanitaria (disponibles o alternativos) para poner en práctica la TDC, y percepción de riesgo de que aumenten las acciones legales si la TDC es puesta en práctica.

Queda abierta la cuestión de en qué medida la acotación llevada a cabo en esta revisión sobre la inclusión de estudios, restringiéndola a aquellos en los que se ha expuesto a los profesionales sanitarios a programas de TDC o HATD específicos pueda influir en los resultados. Cabe plantearse si este tipo de estudios puede elicitarse diferentes respuestas en los profesionales frente a los estudios donde se presenta y discute el concepto de TDC de forma general, pero sin ofrecer ejemplos concretos y detallados sobre el proceso de TDC y la interacción con los pacientes. A partir de los datos disponibles no puede responderse esta cuestión, en la medida que la revisión de Légaré [16] no distingue entre ambos tipos de estudios.

Contribución de los autores y revisores externos

- *Dra. Lilisbeth Perestelo Pérez.* Psicóloga. Investigadora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Miembro del Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación y síntesis de los resultados, y en la redacción del informe.
- *D^a Jeanette Pérez Ramos.* Investigadora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Tenerife. Revisión, extracción, síntesis y redacción del informe. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación y síntesis de los resultados, y en la redacción del informe.
- *Dra. Marién González Lorenzo.* Psicóloga. Investigadora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Tenerife. Ha contribuido en el diseño del protocolo de la revisión, selección, extracción de datos, evaluación crítica de los estudios, interpretación y síntesis de los resultados, y en la redacción del informe.
- *Dr. Amado Rivero Santana.* Psicólogo. Investigador del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Tenerife. Ha contribuido en la selección de estudios, extracción de datos, evaluación crítica y en la redacción parcial del informe.
- *Alia Pérez Wehbe.* Psicóloga. Investigadora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS). Tenerife. Ha contribuido en la selección de estudios, extracción de datos, evaluación crítica y en la redacción parcial del informe.

- *Dr. Pedro Serrano Aguilar.* Médico de Familia. Jefe del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Tenerife. Ha contribuido en la redacción parcial de este informe.

Revisores externos

- *D. Roger Ruiz Moral.* Médico de Familia. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria de Córdoba.

Referencias

[1] Braddock C. The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. *Med Decis Making* 2010; 30:5S-7S.

[2] 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.

[3] 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.

[4] Weston WW. Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. *CMAJ* 2001; 165:438-9.

[5] Prendergast TJ. Shared decision-making about withdrawing treatment. *JAMA* 2003; 289:981.

[6] Moumjid N, Gafni A, Brémond A, Carrère MO. Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making* 2007; 20:539-45.

[7] Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319:766-77.

[8] Weston WW: Informed and shared decision-making: the crux of patient centred care. *CMAJ* 2001; 165:438-40.

[9] Légaré F, Ratté S, Gravel K. Barriers and facilitators to implementation of shared decision-making. En: Edwards A, Elwyn G. Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice. Second edition. New York: Oxford University press; 2009; 369-73.

[10] 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.).

[11] Elwyn G, Frosch D, Volandes A, Edwards A, Montori V. Investing in deliberation: defining and developing decision support interventions for people facing difficult health decisions. White Paper Series. Gaithersberg, Maryland, USA: John M Eisenberg Center for Clinical Decisions and Communication; 2009.

[12] 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.

[13] Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: A systematic review of health professional's perceptions. Implement Sci 2006; 1:16.

[14] Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors whwn communicating with doctors. *Med Care* 1990; 28, 19.

[15] Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 May 12; 5:CD006732.

[16] Légaré F, Ratté S, Gravel K, Grahan ID. Barriers and facilitators to implementaing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professional's perceptions. *Patient Educ Couns* 2008; 526-35.

[17] Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Saucier D, Côté L, Blais J, Cauchon M, Paré L. Primary health care professionals' views on barriers and facilitators to the implementation of the Ottawa Decision Support Framework in practice. *Patient Educ Couns* 2006; 63:380-90.

[18] Légaré F, Elwyn G, Fishbein M, Frémont P, Frosch D, Gargnon MP, et al. Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implement Sci* 2008; 3:2.

[19] 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.

[20] Dixon-Woods M, Shaw RL, Agarwal S, Smith JA. The problem of appraising qualitative research. *Qual Saf Health Care* 2004; 13:223-5.

[21] Chambers LW, Sullivan S, McCarthy A, Chambers LW, O'Connor A, Knoefel FD, Sutherland J, Gallant DP, Baker D, Villeneuve J, Arnold P. Development and evaluation of a decision aid about influenza prevention for healthcare workers. *Can J Infect Control* 2007; 22:203-9.

[22] Graham ID, Logan J, Bennett CL, Presseau J, O'connor AM, Mitchell SL, Tetroe JM, Cranney A, Hebert P, Aaron SD. Physicians' intentions and use of three patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak* 2007; 7:20-9.

[23] Politi MC, Legare F. Physicians' reactions to uncertainty in the context of shared decision-making. *Patient Educ Couns* 2009; 80(2): 155-7.

[24] Brackett C, Kearing S, Cochran N, Tosteson A, Brooks WB. Strategies for distributing cancer screening decision aids in primary care. *Patient Educ Couns* 2010; 78:166-8.

[25] Thistlethwaite J, Heal C, Tie RN, Evans R. Shared decision making between registrars and patients. *Aust Fam Physician* 2007; 36:670-73.

[26] Silvia KA, Ozanne EM, Sepucha KR. Implementing breast cancer decision aids in community sites: barriers and resources. *Health Expect* 2008; 11:46-53.

[27] Watson DB, Thomson RG, Murtagh MJ. Professional centred shared decision making: patient decision aids in practice in primary care. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:5-14.

[28] Rees KM, Shaw AR, Bennert K, Emmett CL, Montgomery AA. Healthcare professionals' views on two computer-based decision aids for women choosing mode of delivery after previous caesarean section: a qualitative study. BJOG 2009; 116:906-14

[29] Harrison JD, Masya L, Butow P, Solomon M, Young J, Salkeld G, Whelan T. Implementing patient decision support tools: Moving beyond academia? Patient Educ Couns 2009; 76:120-5.

[30] Montgomery AA, Emmett CL, Fahey T, Jones C, Ricketts IW, Patel RR, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. Br Med J 2007; 334:1305-12.

[31] Emmett C, Shaw A, Montgomery A, Murphy D on behalf of the DiAmond study group. Women's experience of decision making about mode of delivery after previous caesarean section: the role of health professionals and information about health risks. BJOG 2006; 113: 1438-45.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Plataforma de acceso	Página web	Periodo buscado	Nº*
MEDLINE	PUBMED	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Del 1 de diciembre de 2006 a 2 de junio de 2010	3454
EMBASE	EMBASE	http://embase.com/	2006 a 15 de junio de 2010	4559
PsycInfo	EBSCOHost	http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=custid&custid=s1208737	Del 3 de diciembre de 2006 a 14 de junio de 2010	1577
CINAHL	EBSCOHost	http://search.ebscohost.com/login.aspx?authtype=custid&custid=s1208737	Del 3 de diciembre de 2006 a 9 de junio de 2010	1864

*Nº: Número de resultados obtenidos
Total: 11454 (con duplicados); 8553 referencias sin duplicados

Pubmed

1. #1 Search "decision aids"[tiab] or "decision making"[tiab] or "decision making"[mh:noexp] or "decision support systems, clinical"[mh] or "decision support techniques"[mh:noexp]
2. #2 Search "patient involvement"[tiab] or "patient participation"[tiab] or "patient participation"[mh]
3. #3 Search "professional-family relations"[mh] or "professional-patient relations"[mh] or ((clinician*[ti] or doctor*[ti] or physician*[ti]) and (patient*[ti] or people*[ti]))
4. #4 Search "attitude of health personnel"[mh]
5. #5 Search "decision aids"[tiab] or "decision support techniques"[mh:noexp]
6. #6 Search "shared decision"[tiab] or "sharing decisions"[tiab] or "informed decision"[tiab] or "informed choice"[tiab] OR ((share*[ti] or sharing[ti] or informed[ti]) and decision*[ti])
7. #7 Search ((#2 AND (#1 OR #3 OR #4)) OR (#1 AND #3) OR (#4 AND #5) OR #6) Limits: Publication Date from 2006/12/01 to 2010/06/02

Embase

1. #1 'decision aids':ab,ti AND [embase]/lim
2. #2 'decision making':ab,ti AND [embase]/lim
3. #3 'decision support':ab,ti AND [embase]/lim
4. #4 'medical decision making'/exp AND [embase]/lim
5. #5 'decision making'/exp AND [embase]/lim
6. #6 'decision support system'/exp AND [embase]/lim
7. #7 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6
8. #8 patient*:ti AND [embase]/lim
9. #9 involv*:ti AND [embase]/lim
10. #10 participat*:ti AND [embase]/lim
11. #11 preference*:ti AND [embase]/lim
12. #12 #9 OR #10 OR #11
13. #13 #8 AND #12
14. #14 (patient* NEAR/2 involv*):ab AND [embase]/lim
15. #15 (patient* NEAR/2 participat*):ab AND [embase]/lim
16. #16 (patient* NEAR/2 preference*):ab AND [embase]/lim
17. #17 (involv* NEAR/2 patient*):ab AND [embase]/lim
18. #18 'patient participation'/exp AND [embase]/lim
19. #19 #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18
20. #20 #13 OR #19
21. #21 physician* OR clinician*:ti AND [embase]/lim
22. #22 'family'/exp OR patient* OR parent*:ti AND [embase]/lim
23. #23 #21 AND #22
24. #24 (physician* NEAR/2 family):ab AND [embase]/lim
25. #25 (physician* NEAR/2 patient*):ab AND [embase]/lim
26. #26 (physician* NEAR/2 preference*):ab AND [embase]/lim
27. #27 (clinician* NEAR/2 family):ab AND [embase]/lim
28. #28 (clinician* NEAR/2 patient*):ab AND [embase]/lim
29. #29 (clinician* NEAR/2 parent*):ab AND [embase]/lim
30. #30 'doctor patient relation'/exp AND [embase]/lim
31. #31 #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30
32. #32 #23 OR #31
33. #33 #25 OR #28 OR #29 OR #30
34. #34 #23 OR #33
35. #35 'physician attitude'/exp AND [embase]/lim
36. #36 'decision aids':ab,ti AND [embase]/lim
37. #37 'decision support system'/exp AND [embase]/lim
38. #38 #36 OR #37

39. #39 'patient education'/exp AND [embase]/lim
40. #40 'patient satisfaction'/exp AND [embase]/lim
41. #41 #39 OR #40
42. #42 'shared decision':ab,ti AND [embase]/lim
43. #43 'sharing decisions':ab,ti AND [embase]/lim
44. #44 'informed decision':ab,ti AND [embase]/lim
45. #45 'informed choice':ab,ti AND [embase]/lim
46. #46 #42 OR #43 OR #44 OR #45
47. #47 share*:ti OR sharing:ti OR informed:ti AND
[embase]/lim116239 Jun 2010
48. #48 decision*:ti AND [embase]/lim
49. #49 #47 AND #48
50. #50 #46 OR #49
51. #51 #20 OR #32
52. #52 #20 OR #34
53. #53 #7 AND #51
54. #54 #7 AND #52
55. #55 #32 OR #35
56. #56 #34 OR #35
57. #57 #20 AND #55
58. #58 #20 AND #56
59. #59 #38 OR #41
60. #60 #35 AND #5917099 Jun 2010
61. #61 #50 OR #60
62. #62 #53 OR #57 OR #61
63. #63 #54 OR #58 OR #61
64. #64 #62 AND [embase]/lim AND [2006-2010]/py
65. #65 #63 AND [embase]/lim AND [2006-2010]/py

Psyclnfo

- S2 TI consumer* N2 involv* or SU consumer* N2 involv* or AB consumer* N2 involv*
- S3 TI consumer* N2 participat* or SU consumer* N2 participat* or AB consumer* N2 participat*
- S4 TI consumer* N2 preference* or SU consumer* N2 preference* or AB consumer* N2 preference*
- S5 TI patient* N2 involv* or SU patient* N2 involv* or AB patient* N2 involv*
- S6 TI patient* N2 participat* or SU patient* N2 participat* or AB patient* N2 participat*
- S7 TI patient* N2 preference* or SU patient* N2 preference* or AB patient* N2 preference*
- S8 TI client* N2 involv* or SU client* N2 involv* or AB client* N2 involv*
- S9 TI client* N2 participat* or SU client* N2 participat* or AB client* N2 participat*
- S10 TI client* N2 preference* or SU client* N2 preference* or AB client* N2 preference*
- S11 S2 OR S5 OR S8 S12 S3 OR S6 OR S9 S13 S4 OR S7 OR S10 S14 S11 OR S12 OR S13 S15 TI clinician* N2 client* or SU clinician* N2 client* or AB clinician* N2 client*
- S16 TI clinician* N2 family or SU clinician* N2 family or AB clinician* N2 family
- S17 TI clinician* N2 parent* or SU clinician* N2 parent* or AB clinician* N2 parent*
- S18 TI clinician* N2 patient* or SU clinician* N2 patient* or AB clinician* N2 patient*
- S19 TI clinician* N2 people* or SU clinician* N2 people* or AB clinician* N2 people*
- S20 TI physician* N2 client* or SU physician* N2 client* or AB physician* N2 client*
- S21 TI physician* N2 family or SU physician* N2 family or AB physician* N2 family
- S22 TI physician* N2 parent* or SU physician* N2 parent* or AB physician* N2 parent*
- S23 TI physician* N2 patient* or SU physician* N2 patient* or AB physician* N2 patient*
- S24 TI physician* N2 people* or SU physician* N2 people* or AB physician* N2 people*
- S25 TI phychiatrist* N2 client* or SU phychiatrist* N2 client* or AB phychiatrist* N2 client*
- S26 TI phychiatrist* N2 family or SU phychiatrist* N2 family or AB phychiatrist* N2 family

S27 TI phychiatrist* N2 parent* or SU phychiatrist* N2 parent* or AB
 phychiatrist* N2 parent*

S28 TI phychiatrist* N2 patient* or SU phychiatrist* N2 patient* or AB
 phychiatrist* N2 patient*

S29 TI phychiatrist* N2 people* or SU phychiatrist* N2 people* or AB
 phychiatrist* N2 people*

S30 S15 OR S20 OR S25

S31 S16 OR S21 OR S26

S32 S17 OR S22 OR S27

S33 S18 OR S23 OR S28

S34 S19 OR S24 OR S29

S35 S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34

S36 S35 or SU therapeutic processes

S37 TI ((shared decision) OR (sharing decisions) OR (informed decision)
 OR (informed choice)) or SU ((shared decision) OR (sharing decisions) OR
 (informed decision) OR (informed choice)) or AB ((shared decision) OR (sharing
 decisions) OR (informed decision) OR (informed choice))

S38 TI ((share* or sharing or informed)) and TI decision*

S39 S37 OR S38

S40 TI (((decision aids) or (decision making) or (decision support)
 or (group decision))) or SU (((decision aids) or (decision making) or
 (decision support) or (group decision))) or AB (((decision aids) or
 (decision making) or (decision support) or (group decision)))

S41 ((S40 AND (S14 OR S36)) OR (S14 AND S36) OR S39)

S42 Limiters - Published Date from: 20061201-20100631

S43 S41 and S42 Limiters - Published Date from: 20061201-20100631

CINAHL

- S1 (TI decision making or AB decision making) OR (TI decision aids or AB decision aids) OR (MH Decision Making) OR (MH Decision Support Systems Clinical) OR (MH Decision Support Techniques)
- S2 (TI patient involvement or AB patient involvement) OR (TI patient participation or AB patient participation) OR (MH Consumer Participation)
- S3 (MH Professional-Family Relations) OR (MH Professional-Patient Relations) OR (TI clinician*) OR (TI doctor*) OR (TI physician*) OR (TI nurse*) OR (TI patient*) OR (TI people*)
- S4 (MH Attitude of Health Personnel)
- S5 (TI decision aids or AB decision aids) OR (MH Decision Support Techniques)
- S6 (TI shared decision or AB shared decision) OR (TI sharing decisions or AB sharing decisions) OR (TI informed decision or AB informed decision) OR (TI informed choice or AB informed choice) OR (TI share*) OR (TI sharing) OR (TI informed) OR (TI decision*)
- S7 (S2 AND (S1 OR S3 OR S4)) OR (S1 AND S3) OR (S4 AND S5) OR S6

Anexo 2. Escala de Estabrooks (modificada)

Revisor:	Fecha:
REVISIÓN SISTEMÁTICA: Barreras y facilitadores para la implementación de la TDC en la práctica clínica	
Nº Estudio:	Primer autor:
Fecha de publicación:	Revista:
RECLUTAMIENTO	INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN
¿Está la selección de la muestra adecuadamente descrita?	¿Los criterios de inclusión/exclusión estaban claramente definidos?
Sí.....1	Sí.....2
No.....0	Parcialmente.....1
¿El índice de participación está claramente descrito?	No.....0
Sí.....1	¿Sabemos cuántos pacientes elegibles fueron excluidos de la selección (no incluidos por razones logísticas, por no haber consentimiento, etc...)?
No.....0	Sí.....2
¿Cuál es el índice de pérdida?	Parcialmente.....1
<20%.....2	No.....0
21-50%.....1	Sub-Total Inclusión y Exclusión: /4
>50%.....0	DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN
¿Existe justificación para el tamaño de la muestra?	¿Se describe la intervención para el grupo de tratamiento de forma detallada?
Sí.....2	Sí.....2
No.....0	Parcialmente.....1
Sub-Total Reclutamiento: /6	No.....0
	SubTotal Descripción de la Intervención: /4
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO:
	¿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
	Sub-Total del Análisis Estadístico : /6

MEDIDAS DE RESULTADO

¿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

¿Se informa de la fiabilidad y validez de las herramientas de medida (presente)?

Sí.....2

Algo.....1

No.....0

¿Es apropiado el seguimiento?

>2 medidas post.....2

2 medidas post.....1

Sólo 1 post.....0

Márquese **0** si las medidas post están planificadas de manera inapropiada

Márquese **1** si a pesar de realizarse una sola medida post, parece coherente

Sub-Total Medidas de Resultado: /10

CÁLCULO DE PUNTUACIONES DE VALIDEZ

Categorías	Subtotal	Índice
	I	e

Reclutamiento (6)

Inclusión y exclusión (4)

Descripción de la intervención

(2)

Análisis estadístico (6)

Medidas de los resultados (10)

TOTAL (28 máximo)

SUBESCALA Y RATIO DE VALIDEZ**Reclutamiento**

0-2.....Bajo

3-4.....Medio

5-6.....Alto

Inclusión y Exclusión

0-1.....Bajo

2-3.....Medio

4.....Alto

Descripción de la Intervención

0.....Bajo

1.....Medio

2.....Alto

Análisis Estadístico y Conclusiones

0-2.....Bajo

3-4.....Medio

5-6.....Alto

Medidas de Resultado

0-4.....Bajo

5-7.....Medio

8-10.....Alto

ÍNDICE TOTAL DE VALIDEZ

≥ Bajo.....Bajo

< 2 Bajo, < 3 Alto.....Medio

≥ 3 Alto, 0 Bajo.....Alto

Anexo 3. Escala Dixon-Woods et al.

1. ¿Están las preguntas de investigación claras?
2. ¿Es la investigación cualitativa adecuada para responder a las preguntas de investigación planteadas?
3. ¿Se describen claramente los siguientes aspectos?
 - Muestra
 - Recogida de datos
 - Análisis
4. ¿Para responder a la pregunta de investigación son adecuados los siguientes aspectos?
 - Muestra
 - Recogida de datos
 - Análisis
5. ¿Las afirmaciones planteadas se apoyan en evidencia suficiente?
6. ¿Se integran claramente los datos, interpretaciones y conclusiones?
7. ¿Es útil la contribución que supone el artículo?

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)	<p>Ia - cálculo del tamaño muestral y potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>Ib - potencia. Definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>Ic - ninguna de las anteriores</p>
Grado II. Ensayos controlados no aleatorizados o estudios retrospectivos con control efectivo de las variables de confusión.	<p>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</p> <p>IIb – una o más de las anteriores.</p>
Grado III. Resto de estudios	<p>IIIa – grupo de comparación, cálculo del tamaño muestral y potencia, definición estándar de las medidas de resultados.</p> <p>IIIb – al menos 2 de las anteriores.</p> <p>IIIc – ninguna de las anteriores</p>

Anexo 5. Hoja de extracción de datos

AUTOR Y AÑO (PAÍS)	OBJETIVO	DISEÑO	MÉTODO	RECOLECCIÓN DE DATOS	PARTICIPANTES*	INTERVENCIÓN TDC Y/O HATD	BARRERAS	FACILITADORES	CALIDAD Y NIVEL DE EVIDENCIA*						
									R	I/E	AE	R	V	NE	

* **R:** RECLUTAMIENTO (máx. 6), **I/E:** INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN (máx. 4), **I:** INTERVENCIÓN (máx. 2), **AE:** ANÁLISIS ESTADÍSTICO (máx. 6), **R:** RESULTADOS (máx. 10), **V:** VALIDEZ (máx. 28), **NE:** NIVEL DE EVIDENCIA

Anexo 6. Referencias: estudios incluidos

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA
BRACKETT, 2010	Brackett C, Kearing S, Cochran N, Tosteson ANA, Brooks WB. Strategies for distributing cancer screening decision aids in primary care. <i>Patient Education and Counselling</i> 2010; 78:166-168
CHAMBERS, 2007	Chambers LW, Sullivan S, McCarthy A, Chambers LW, O'Connor A, Knoefel FD, Sutherland J, Gallant DP, Baker D, Villeneuve J, Arnold P. Development and evaluation of a decision aid about influenza prevention for healthcare workers. <i>Canadian Journal of Infection Control</i> 2007; 22:203-209
GRAHAM, 2007	Graham ID, Logan J, Bennett CL, Presseau J, O'connor AM, Mitchell SL, Tetroe JM, Cranney A, Hebert P, Aaron SD. Physicians' intentions and use of three patient decision aids. <i>BMC Medical Information Decision Making</i> 2007; 7:20-29
HARRISON, 2009	Harrison JD, Masya L, Butow P, Solomon M, Young J, Salkeld G, Whelan T. Implementing patient decision support tools: Moving beyond academia? <i>Patient Education and Counselling</i> 2009; 76:120-125
POLITI, 2009	Politi MC, Legare F. Physicians' reactions to uncertainty in the context of shared decision-making. <i>Patient Education and Counselling</i> 2009; doi:10.1016/j.pec.2009.10.030
REES, 2009	Rees KM, Shaw AR, Bennert K, Emmett CL, Montgomery AA. Healthcare professionals' views on two computer-based decision aids for women choosing mode of delivery after previous caesarean section: a qualitative study. <i>BJOG: Annual International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> 2009; 116:906-914
SILVIA, 2008	Silvia KA, Ozanne EM, Sepucha KR. Implementing breast cancer decision aids in community sites: barriers and resources. <i>Health Expectations</i> 2008; 11:46-53
THISTLETHWAITE, 2007	Thistlethwaite J, Heal C, Tie RN, Evans R. Shared decision making between registrars and patients. <i>Australian Family Physician</i> 2007; 36:670-673
WATSON, 2008	Watson DB, Thomson RG, Murtagh MJ. Professional centred shared decision making: patient decision aids in practice in primary care. <i>BMC Health Services Research</i> 2008; 8:5-14

Anexo 7. Referencias: estudios excluidos y motivos de exclusión

AUTOR Y AÑO	REFERENCIA	MOTIVO DE EXCLUSIÓN
PEEK, 2009	Peek ME, Wilson SC, Gorawara-Bhat R, Odoms-Young A, Quinn MT, Chin MH, Barriers and Facilitators to Shared Decision-making Among African-Americans with Diabetes. <i>Journal of General Internal Medicine</i> 2009;24(10):1135-1139	INTERVENCIÓN
GOTT, 2009	Gott M, Gardiner C, Small N, Payne S, Seamark D, Barnes S, Halpin D, Ruse C, Barriers to advance care planning in chronic obstructive pulmonary disease. <i>Palliative Medicine</i> 2009; 23(7):642-648	
GAGLIARDI, 2008	Gagliardi AR, Lemieux-Charles L, Brown AD, Sullivan T, Goel V, Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. <i>Patient Education and Counseling</i> . 2008; 70(2):234-241	
BRYANT, 2008	Bryant J, Saxton M, Madden A, Bath N, Robinson S. Consumers' and providers' perspectives about consumer participation in drug treatment services: is there support to do more? What are the obstacles? <i>Drug and Alcohol Review</i> 2008; 27(2):138-144	
CALDWELL, 2008	Caldwell JG. Evaluating attitudes of first-year residents to shared decision making. <i>Med Educ Online</i> 2008; 13:10	
SKINNER, 2009	Skinner CS, Pollak K, Farrell D, Olsen MK, Jeffreys AS, Tulsy JA, Use of and reactions to a tailored cd-rom designed to enhance oncologist-patient communication: The scope trial intervention. <i>Patient Educ Couns</i> 2009; 77(1):90-96	
VAN DEN HEUVEL A, 2009	van den Heuvel A, Chitty L, Dormandy E, Newson A, Attwood S, Ma R, Masturzo B, Pajkrt E, Marteau TM. Is informed choice in prenatal testing universally valued? A population-based survey in Europe and Asia. <i>An International Journal of Obstetrics & Gynaecology</i> 2009; 116(7):880-885	
SPIES, 2006	Spies CD, Schulz CM, Weiss-Gerlach E, Neuner B, Neumann T, Von Dossow V, Schenk M, Wernecke KD, Elwyn G, Preferences for shared decision making in chronic pain patients compared with patients during a premedication visit. <i>Acta Anaesthesiol Scand</i> 2006; 50(8):1019-1026	

HOCHLEHNERT, 2006	Hochlehnert A, Richter A, Bludau HB, Bieber C, Blumenstiel K, Mueller K, Wilke S, Eich W, A computer-based information-tool for chronic pain patients: Computerized information to support the process of shared decision-making. Patient Educ Couns 2006; 61(1):92-98	INTERVENCIÓN
SUURMOND, 2006	Suurmond J, Seeleman C, Shared decision-making in an intercultural context: Barriers in the interaction between physicians and immigrant patients. Patient Educ Couns 2006 ;60(2):253-259	
FRAENKEL, 2007	Fraenkel L, McGraw S, What are the essential elements to enable patient participation in medical decision making? J Gen Intern Med 2007; 22(5):614-619	
GUERRA, 2007	Guerra CE, Jacobs SE, Holmes JH, Shea JA, Are Physicians Discussing Prostate Cancer Screening with Their Patients and Why or Why Not? A Pilot Study.J Gen Intern Med 2007; 22(7):901-907	
KATZ, 2007	Katz MG, Jacobson TA, Veledar E, Kripalani S, Patient literacy and question-asking behavior during the medical encounter: a mixed-methods analysis. J Gen Intern Med 2007; 22(6):782-786	
LEE, 2009	Lee SF, Kristjanson LJ, Williams AM, Professional relationships in palliative care decision making. Support Care Cancer 2009; 17(4):445-450	
PEEK, 2010	Peek M E, Odoms-Young A, Quinn M T, Gorawara-Bhat R, Wilson S C, Chin M H, Race and shared decision-making: Perspectives of African-Americans with diabetes. Soc Sci Med 2010; 71:1-9	
SHEPHERD, 2007	Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN, The context influences doctors' support of shared decision-making in cancer care. British Journal of Cancer 2007; 97(1):6-13	
BELCHER, 2006	Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. J Gen Intern Med 2006; 21(4):298-303	
SMITH, 2008	Smith SK, Trevena L, Nutbeam D, Barratt A, McCaffery KJ, Information needs and preferences of low and high literacy consumers for decisions about colorectal cancer screening: Utilizing a linguistic mode. Health Expectations 2008; 11(2):123-136	
EDWARDS, 2006	Edwards A, Elwyn G, Inside the black box of shared decision making: Distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. Health Expectations 2006; 9(4):307-320	

LOWN, 2009	Lown BA, Clark WD, Hanson JL, 'Mutual influence in shared decision making: A collaborative study of patients and physicians. Health Expectations 2009; 12(3):160-174	INTERVENCIÓN
DESCHEPPER, 2008	Deschepper R, Bernheim JL, Vander Stichele R, Van den Block L, Michiels E, Van Der Kelen G, Mortier F, Deliens L, Truth-telling at the end of life: A pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. Patient Educ Couns 2008; 71(1):52-56	
VARONEN, 2008	Varonen H, Kortteisto T, Kaila M, What may help or hinder the implementation of Computerized Decision Support Systems (CDSSs): A focus group study with physicians. Fam Pract 2008; 25(3):162-167	
BRACE, 2010	Brace C, Schmocker S, Huang H, Victor JC, McLeod RS, Kennedy ED. Physicians' awareness and attitudes toward decision AIDS for patients with cancer. Journal of Clinical Oncology 2010; 28(13):2286-2292	
MCDALD, 2009	McDaid S, An equality of condition framework for user involvement in mental health policy and planning: evidence from participatory action research. Disability & Society 2009; 24(4):461-474	
BOWEN, 2009	Bowen S, Erickson T, Martens PJ, Crockett S .More Than 'Using Research': The Real Challenges in Promoting Evidence-Informed Decision-Making. Health Policy 2009 ;4(3):87-102	
ERNST, 2007	Ernst J, Holze S, Sonnefeld C, Gotze H, Schwarz R, [Medical decision making in hospital--results of an exploratory study on the value of shared decision making from the physicians point of view]. Gesundheitswesen 2007; 69(4):206-215	
HOGLUND, 2010	Hoglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE, Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. Scand J Caring Sci 2010; 3(24):482-489	
MURRAY, 2007	Murray E, Pollack L, White M, Lo B, Clinical decision-making: Physicians' preferences and experiences. BMC Fam Pract 2007; 8:10	
ROCKENBAUCH, 2010	Rockenbauch K, Geister C, Appel C, [Patient involvement: the physician's view--a qualitative survey] Psychother Psychosom Med Psychol 2010; 60(5):156-163	
SAMANT, 2010	Samant R, Aivas I, Bourque JM, Tucker T, Oncology Residents' Perspectives on Communication Skills and Shared Decision Making. J Cancer Educ 2010;	

WATANABE, 2008	Watanabe Y, Takahashi M, Kai I, Japanese cancer patient participation in and satisfaction with treatment-related decision-making: A qualitative study. BMC Public Health 2008; 8:77	INTERVENCIÓN
ERNST, 2007	Ernst J, Holze S, Sonnefeld C, Gotze H, Schwarz R, [Medical decision making in hospital--results of an exploratory study on the value of shared decision making from the physicians point of view]. Gesundheitswesen 2007; 69(4):206-215	
HAMANN, 2008	Hamann J, Mendel RT, Fink B, Pfeiffer H, Cohen R, Kissling W, Patients' and psychiatrists' perceptions of clinical decisions during schizophrenia treatment. J Nerv Ment Dis 2008; 196(4):329-332	
SCHATTNER, 2006	Schattner A, Bronstein A, Jellin N, Information and shared decision-making are top patients' priorities. BMC Health Serv Res 2006; 6:21-27	
TAN, 2009	Tan J, Stacey D, Needs of psoriasis patients when faced with treatment decisions. J Am Acad Dermatol 2009; 60(3):AB175	
ZHANG, 2010	Zhang QW, Wan XL, Liu Y, Dong XX, Wang HQ, Wang F, Fan ZY, Chen XY, Zhang MM, A survey analysis of patients' perceptions of difficulties in shared clinical decision-making. Chin J Evid -Based Med 2010; 10(1):10-13	
NEWCOMB, 2010	Newcomb PA, McGrath KW, Covington JK, Lazarus SC, Janson SL, Barriers to Patient-Clinician Collaboration in Asthma Management: The Patient Experience. Journal of Asthma 2010; 47(2):192-197	MEDIDAS DE RESULTADO
TJIA, 2008	Tjia J, Givens JL, Karlawish JH, Okoli-Umeweni A, Barg FK, Beneath the surface: Discovering the unvoiced concerns of older adults with Type 2 diabetes mellitus. Health Education Research 2008; 23(1):40-52	
COAD, 2008	Coad J, Flay J, Aspinall M, Bilverstone B, Coxhead E, Hones B. Evaluating the impact of involving young people in developing children's services in an acute hospital trust. Journal of Clinical Nursing 2008; 17(23):3115-3122	
WILLIAMS-PIEHOTA, 2008	Williams-Piehot PA, McCormack LA, Treiman K, Bann CM, Health information styles among participants in a prostate cancer screening informed decision-making intervention. Health Educ Res 2008; 23(3):440-453	
COL, 2007	Col NF, Using Internet technologies to improve and simplify counseling about menopause: The WISDOM website. MEDICAL DECISION MAKING 2007; 57(1):95-99	

SHEPHERD, 2008	Shepherd HL, Tattersall MH, Butow PN, Physician-identified factors affecting patient participation in reaching treatment decisions. <i>Journal of Clinical Oncology</i> 2008; 26(10):1724-1731	MEDIDAS DE RESULTADO
UBBINK, 2008	Ubbink DT, Knops AM, Molenaar S, Goossens A, Design and development of a decision aid to enhance shared decision making by patients with an asymptomatic abdominal aortic aneurysm. <i>Patient Prefer Adherence</i> 2008; 2:315-322	
VAN TIL, 2010	van Til JA, Drossaert CH, Renzenbrink GJ, Snoek GJ;Dijkstra E, Stiggelbout AM, Ijzerman MJ, Feasibility of web-based decision aids in neurological patients. <i>J Telemed Telecare</i> 2010; 16(1):48-52	
BHAVNANI, 2010	Bhavnani V, Fisher B. Patient factors in the implementation of decision aids in general practice: A qualitative study. <i>Health Expectations</i> 2010; 13(1):45-54	
SEPUCHA, 2009	Sepucha KR, Ozanne EM, Partridge AH, Moy B, Is there a role for decision aids in advanced breast cancer? <i>Med Decis Mak</i> 2009; 29(4):475-482	
WEIR, 2007	Weir NA, Kotecha MA, Goel KL, Expanding choice options for older patients in relation to practice-based commissioning: a qualitative study of older patients in a small GP surgery. <i>Quality in Primary Care</i> 2007; 15(6):331-336	
ISHIKAWA, 2006	Ishikawa H, Hashimoto H, Yano E, Patients' preferences for decision making and the feeling of being understood in the medical encounter among patients with rheumatoid arthritis. <i>Arthritis Care & Research</i> 2006;55(6):878-883	
PENNEY, 2007	Penney W, Wellard SJ, Hearing what older consumers say about participation in their care. <i>Journal of Nursing Practice</i> 2007; 13:61-68	
ISEBAERT, 2007	Isebaert S, Van Audenhove C, Haustermans K, De Ridder K, Junius S, Joniau S, Van Poppel H, A decision aid for patients with localized prostate cancer: First results. <i>Tijdschr Geneesk</i> 2007; 63(1):15-21	
AOKI, 2007	Aoki N, Sakai M, Nakayama T, Fukuhara S, Ohta S, Kikuchi N, Oishi M, Kiuchi T, Nozaki K, Hashimoto N. u-SHARE: web-based decision support/risk communication tool for healthcare consumers with unruptured intracranial aneurysms. <i>Stud Health Technol Inform</i> 2007; 129 (Pt 2):1012-1016	
MURRAY, 2009	Murray MA, Wilson K, Kryworuchko J, Stacey D, O'Connor A, Nurses' Perceptions of Factors Influencing Patient Decision Support for Place of Care at the End of Life. <i>Am J Hosp Palliat Care</i> 2009; 26(4):254-263	

DESROCHES, 2008	Desroches S, Gagnon MP, Tapp S, Legare F, Implementing shared decision-making in nutrition clinical practice: a theory-based approach and feasibility study. <i>Implement Sci</i> 2008; 3:48	DISEÑO
PIERCE, 2010	Pierce MA, Hess EP, Kline JA, Shah ND, Breslin M, Branda ME, Pencille LJ, Asplin BR, Nestler DM, Sadosty AT, Stiell IG, Ting HH, Montori VM, The Chest Pain Choice trial: a pilot randomized trial of a decision aid for patients with chest pain in the emergency department. <i>Trials</i> 2010; 11(1):57	
VALLENDA, 2008	Vallenga D, Grypdonck MH, Tan F, Lendemeijer BH, Boon PA, Improving decision-making in caring for people with epilepsy and intellectual disability: an action research project. <i>J Adv Nurs</i> 2008; 61(3):261-272	
YOUNG, 2008	Young HN, Bell RA, Epstein RM, Feldman MD, Kravitz R, Physicians' shared decision-making behaviors in depression care. <i>Archives of Internal Medicine</i> 2008; 168(13):1404-1408	
MEYER, 2010	Meyer H, Power to the patient: doctors and hospitals give patients the tools to actively share in making decisions about their care. <i>H&HN: Hospitals & Health Networks</i> 2010; 84(2):40	
KASSAM, 2008	Kassam R, Volume-Smith C, Albon SP, Informed shared decision making: An exploratory study in pharmacy. <i>Pharm Pract</i> 2008; 6(2):57-67	
SILBER, 2009	Silber D, The Internet and shared decision-making between patients and healthcare providers. <i>Presse Med</i> 2009; 38(10):1491-1493	
DONAT, 2009	Donati, Serena, Cotichini, Rodolfo, Mosconi, Paola, Satolli, Roberto, Colombo, Cinzia, Liberati, Alessandro, Mele, Alfonso, Menopause: Knowledge, attitude and practice among Italian women. <i>Maturitas</i> 2009; 63(3):246-252	PARTICIPANTES

Anexo 8. Barreras y facilitadores no identificados

Barreras no identificadas en la revisión de la literatura			
Actitudes			
* Falta de acuerdo con los componentes específicos de la TDC:	- Preguntar al paciente su papel preferido en la TDC		Falta de acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre su papel preferido en la toma de decisiones.
	- Falta de confianza en los implementadores		Falta de confianza en las personas responsables de desarrollar o presentar la TDC.
* Falta de acuerdo en general:	- No es práctico		Falta de acuerdo con la TDC porque es poco clara o práctica para seguir.
* Falta de expectativas	- Falta de auto-eficacia		Creencia de la persona de que no puede poner en práctica la TDC.
Comportamiento			
* Barreras externas	- Factores asociados a la TDC como una innovación:	▪ Falta de viabilidad	Percepción de que con la TDC no se puede experimentar de forma parcial
		▪ No transmisibles	Percepción de que no es posible generar y compartir información con otras personas para alcanzar una comprensión mutua de la TDC.
		▪ No modificable/forma de hacerlo	Falta de flexibilidad en la medida que la TDC no es modificable por el usuario en el proceso de su adopción e implementación.
		▪ Falta de acceso a los servicios	Inadecuado acceso a los servicios de atención sanitaria (disponibles o alternativos) para poner en práctica la TDC.
		▪ Aumento percibido de responsabilidad de negligencia	Riesgo de que aumenten las acciones legales si la TDC es puesta en práctica.

Facilitadores no identificados en la revisión de la literatura

Actitudes

* Acuerdo con los componentes específicos de la TDC:	- Preguntar al paciente sobre el apoyo o presión indebida.	Acuerdo con un componente específico de la TDC, tal como preguntar a los pacientes sobre el apoyo y/o la presión indebida.
	- Confianza en los implementadores	Confianza en las personas responsables de desarrollar la TDC o presentar las HATD.
* Acuerdo en general:	- "No demasiado guiado", no demasiado rígido para ser aplicable.	Acuerdo con la TDC porque es demasiado artificial
	- Síntesis no sesgada.	Percepción de que los autores no estaban sesgados.
* Expectativas:	- Expectativas en relación con las emociones.	Percepción de que el comportamiento posterior al uso de la TDC generará emociones difíciles y/o no tomará en cuenta emociones existentes.

Comportamiento

* Barreras externas:	- Factores asociados con el paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preferencias de los pacientes. 	Habilidad percibida para integrar las preferencias del paciente con el uso de la TDC	
	- Factores asociados a la TDC como una innovación:	▪ Viabilidad	Percepción de que con la TDC se puede experimentar de forma parcial
		▪ Transmisibles	Percepción de que es posible generar y compartir información con otras personas para alcanzar una comprensión mutua de la TDC.

Facilitadores no identificados en la revisión de la literatura

	- Factores asociados al Sistema Sanitario/Servicios	▪ Modificable	Flexibilidad en la medida que la TDC es modificable por el usuario en el proceso de su adopción e implementación.
		▪ Disponibilidad organizativa	Apoyo suficiente desde la organización.
		▪ Disponibilidad de recursos económicos	Disponibilidad de recursos económicos para poner en práctica la TDC.
		▪ Disminución percibida de responsabilidad de negligencia	Existe un menor riesgo de que aumenten las acciones legales si la TDC es puesta en práctica.

