

TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS EN ONCOLOGÍA

Lilisbeth Perestelo-Pérez, Jeanette Pérez-Ramos, Amado Rivero-Santana
y Marién González-Lorenzo

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). CIBER en Epidemiología
y Salud Pública (CIBERESP). Fundación Canaria de Investigación y Salud (FUNCIS)

Resumen

El concepto de “toma de decisiones compartidas” (TDC) surge en contextos donde pacientes y profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre pruebas diagnósticas o tratamientos en los que no se dispone de una única o “mejor” opción. Para facilitar la TDC se han diseñado las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD), definidas como intervenciones que permiten apoyar a las personas para tomar decisiones entre varias opciones diagnósticas o terapéuticas, proporcionando información acerca de las opciones y resultados esperados sobre el estado de salud de una persona. El uso de las HATD produce un aumento del conocimiento de los pacientes en relación con su condición de salud, disminuye el conflicto decisional, reduce la proporción de personas pasivas en el proceso de toma de decisiones y disminuye el número de personas que permanecen indecisas.

No obstante, a pesar de los aparentes efectos positivos de las HATD en muchas áreas de atención sanitaria, incluyendo oncología, aún no se ha alcanzado la normalización de su uso en la asistencia sanitaria. Por tanto, resulta esencial explorar el nivel deseado de implicación de los pacientes y profesionales sanitarios en el proceso de TDC, así como identificar las posibles barreras y facilitadores que influyen en la implementación de estas HATD en nuestro contexto.

Palabras clave: Toma de decisiones compartidas, herramientas de ayuda para la toma de decisiones, participación de los pacientes, oncología.

Abstract

Shared decision-making (SDM) arises in contexts where patients and health professionals must make decisions about screening tests or treatments without a single or “best” option. Decision Aids (DAs) are created to facilitate the SDM process. They are interventions designed to help people participate in decision making between various screening tests and therapeutic options, providing information about options and patient’s health outcome status. Using DAs increases patients’ knowledge regarding their health status, decreases decisional conflict, reduces the proportion of people who were passive in decision-making and reduces the proportion of people who remained undecided post-intervention.

Nevertheless, despite the apparent positive effects of DAs in many health care specialties, including oncology, a standard use has not been yet reached. Therefore, it is essential to explore desired level involvement of patients and health professionals in SDM process, and identify potential barriers and facilitators influencing implementation of DAs in our context.

Key words: Shared decision-making, decision aids, patient participation, oncology.

Correspondencia:

Lilisbeth Perestelo-Pérez
Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.
Calle Pérez de Rozas, 5. Planta 4 – 38004 Santa Cruz de Tenerife. España.
E-mail: lperperr@gobiernodecanarias.org / lilisbeth.peresteloperez@sescs.es

Introducción

Los avances tecnológicos y los progresos en investigación de las últimas décadas permiten disponer de intervenciones diagnósticas y terapéuticas en oncología cada vez más novedosas y sofisticadas. En algunos casos, las decisiones clínicas sobre el procedimiento diagnóstico a seguir o el tratamiento a elegir son sencillas, con una clara evidencia científica que las apoya, mientras que en otras situaciones este proceso es más complejo.

En diversas ocasiones los pacientes y profesionales sanitarios han de tomar decisiones sobre pruebas diagnósticas o tratamientos sobre los que no existe certeza acerca de sus resultados clínicos. Esta incertidumbre puede estar ocasionada directamente por la ausencia de evidencia científica al respecto, pero también por el hecho de que diferentes tratamientos con el mismo objetivo terapéutico ofrezcan, en muchos casos, un balance beneficios/riesgos similar. Precisamente, por no existir en esas ocasiones una única o "mejor" decisión, se hace necesario informar al paciente para incorporar sus valores y preferencias en la toma de decisiones, dado que en estas situaciones el punto de vista de los pacientes puede diferir de la percepción del profesional en cuanto a la importancia personal o valor que se le asigna a la relación entre los beneficios y los efectos adversos de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas^(1,2).

En este contexto, y en conjunción con un creciente interés en la promoción y protección de los derechos del usuario, se acuña por primera vez, en los años ochenta, el término de "toma de decisiones compartidas" o TDC⁽³⁾. Si bien no existe en la actualidad una definición totalmente consensuada⁽⁴⁻⁸⁾, se acepta que la TDC implica un proceso de decisión conjunta entre los pacientes y los profesionales sanitarios, que tiene como principal objetivo que los

pacientes estén informados y adopten un papel más activo en las decisiones sobre su salud^(6,9). En este proceso interactivo, el profesional sanitario aporta sus conocimientos técnicos sobre la condición de salud y el balance riesgo-beneficio de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, y el paciente aporta sus valores, preferencias y preocupaciones respecto a su experiencia con la condición de salud, así como las características que más le importan (beneficios, riesgos y demás implicaciones) de las intervenciones. Por tanto, el objetivo de esta interacción es alcanzar una decisión sobre la intervención que sea lo más satisfactoria posible para el paciente, tanto a un nivel objetivo como subjetivo^(5,6).

Es a partir de la aparición de este concepto cuando el papel de los pacientes en la toma de decisiones clínicas adquiere un mayor protagonismo, con la consecuente participación activa de éstos en las decisiones sobre su salud, generándose un avance añadido al consentimiento informado en cuanto a autonomía y control de los pacientes en relación con la autoridad del clínico⁽⁴⁾.

Algunos de los factores que apoyan este hecho están relacionados con una rápida expansión de la información médica y un mejor acceso a la información sanitaria para los pacientes, con una evolución en el papel del paciente en el proceso de toma de decisiones y su mayor deseo para participar activamente en los cuidados de su salud, así como con la necesidad de tener en cuenta las expectativas de los usuarios y la creciente preocupación por la seguridad del paciente⁽¹⁰⁾. De esta manera, un porcentaje cada vez mayor de pacientes han pasado de ser meros espectadores pasivos de su salud a participar activamente en el proceso de toma de decisiones clínicas que les concierne.

No obstante, muchos pacientes manifiestan que se sienten inseguros acerca del

mejor curso de acción y necesitan apoyo para participar en dicho proceso⁽¹¹⁾. En este sentido, surge el movimiento constante hacia la creación y desarrollo de ayudas para la TDC y comienza a emerger la investigación empírica que examina el tipo de relación médica y los factores que podrían favorecer el interés, la participación e implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones; así como los factores implicados en la TDC, desde su base más ética y legal hasta su práctica actual⁽³⁾.

Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones

Gran parte del trabajo desarrollado hasta hoy con respecto a la TDC tiene que ver con la elaboración de procedimientos y/o instrumentos que sirvan como recursos de apoyo para tomar decisiones e iniciar la conversación sobre las opciones disponibles (diagnósticas y terapéuticas) entre clínicos y pacientes. Estos instrumentos, denominados Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD), surgen como una medida complementaria al asesoramiento proporcionado por los profesionales sanitarios 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^(1,2).

Las HATD tienen como objetivo ayudar a las personas a deliberar sobre sus opciones de tratamiento, ya sea de forma independiente o en colaboración con otros, considerando todos los atributos relevantes que puedan ayudar a prever cómo se sentirá la persona a corto, medio y largo 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 así el proceso de toma de decisiones⁽¹²⁾. 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⁽⁴⁾.

Dada la gran variabilidad en la calidad de las HATD disponibles para los pacientes y profesionales sanitarios^(2,13), un grupo de expertos de 14 países ha intentado establecer una serie de criterios de calidad para la elaboración de las HATD⁽¹⁴⁾. Estos criterios están categorizados en tres dominios principales en los que se considera y revisa el contenido de las herramientas, el proceso de desarrollo y la evaluación de la efectividad de dichas herramientas.

El International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) es un listado de criterios de calidad, disponible como un *checklist* (www.ipdas.ohri.ca), que se utiliza actualmente para evaluar la calidad de las HATD accesibles públicamente. Las puntuaciones de calidad para diferentes HATD (incluyendo las específicas en oncología) se pueden encontrar en la biblioteca de HATD (www.ohri.ca/decisionaid). El IPDAS *checklist* ha sido desarrollado para ser aplicado por diseñadores de HATD, pacientes, profesionales sanitarios, compañías de seguros, gestores sanitarios e investigadores que deseen evaluar y comparar la calidad de diferentes HATD en el mismo área de interés. Sin embargo, en relación con el debate todavía abierto sobre la conceptualización de la TDC, algunos autores han sugerido la necesidad de un esquema más flexible ante la existencia de distintos tipos de HATD y diversos contextos de aplicación posibles, por lo que los criterios de calidad propuestos no

son aplicables (y posiblemente no debieran serlo) a todas las situaciones⁽¹²⁾.

Independientemente de estos aspectos conceptuales, en la última década, y especialmente en los países anglosajones, se ha multiplicado el número de HATD disponibles para ayudar a los pacientes a tomar decisiones relacionadas con el diagnóstico o el tratamiento de numerosas condiciones médicas. Existe una gran variedad de formatos y tipos de HATD (folletos, cuadernillos, vídeos, DVD, páginas Web o programas interactivos) que pueden ser administradas durante o después de la consulta, con o sin la presencia del profesional sanitario⁽¹²⁾, pero que en todos los casos deben contener información de la mayor calidad científica y presentarse de manera que sea aceptable, entendible y útil para los pacientes.

El Inventario Cochrane de HATD⁽¹³⁾ numera más de 500 herramientas, de las que aproximadamente 200 están disponibles actualmente. Algunas de estas HATD han sido desarrolladas por instituciones académicas, mientras que otras han sido producidas por organizaciones especializadas en la difusión de información relacionada con la salud. Así, por ejemplo, algunas de las principales instituciones que desarrollan y evalúan las HATD son: a) *Foundation for Informed Medical Decision Making* (FIMDM; www.fimdm.org), b) *Healthwise* (www.healthwise.org), c) *Mayo Clinic* (www.mayoclinic.org; *Knowledge and Encounter Research Unit (KER Unit)*: http://mayoresearch.mayo.edu/mayo/research/ker_unit; *The Shared Decision Making National Resource Center*: <http://shareddecisions.mayoclinic.org>), d) *Ottawa Health Research Institute* (www.ohri.ca/decisionaid), e) *Universidad de Cardiff (Decision Laboratory)*: <http://www.decisionlaboratory.com>), entre otros.

Los ensayos clínicos que han evaluado la eficacia de estas intervenciones frente a la práctica habitual, han mostrado que

estas herramientas producen un aumento del conocimiento de los pacientes en relación con su condición de salud, disminuyen el conflicto decisional relacionado con el hecho de no sentirse informado y con el sentimiento de no tener claros los valores personales, reducen la proporción de personas pasivas en el proceso de toma de decisiones y disminuyen el número de personas que permanecen indecisas^(1,2). Además, se ha observado que cuando los pacientes son informados de manera apropiada sobre diferentes procedimientos terapéuticos de efectividad comparable, tienden a elegir los procedimientos menos invasivos, iniciar los tratamientos más precozmente y pueden alcanzar decisiones de mejor calidad⁽¹¹⁾.

Otras circunstancias que confieren utilidad a las HATD, están relacionadas con la limitación de los tiempos de consulta existente en los centros sanitarios, que contribuye a dificultar la posibilidad de llevar a cabo una exposición detallada de todas las opciones terapéuticas disponibles y sus posibles resultados y complicaciones. Además, en ocasiones y en determinados contextos, los propios profesionales pueden carecer del conocimiento profundo sobre las opciones terapéuticas y sus efectos. En ambos casos, una posible solución a dichas limitaciones podría consistir en garantizar el acceso a los pacientes y sus familias a la información científicamente válida y adaptada, bien de forma escrita o audiovisual, para hacer posible su participación activa y responsable en la TDC con los profesionales sanitarios⁽¹⁵⁾.

No obstante, a pesar de los aparentes efectos positivos de las HATD y de que los estudios que evalúan su efectividad favorezcan su uso, no se ha alcanzado la generalización de su implementación 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⁽¹⁶⁾.

Específicamente, en relación con el tratamiento del cáncer, los estudios recientemente publicados sugieren que los oncólogos no suelen implicar a los pacientes en el proceso de toma de decisiones en la medida que ellos lo desean⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. Por otra parte, los clínicos a menudo subestiman las preferencias de sus pacientes para participar en el proceso de toma de decisiones⁽²⁰⁾. Por tanto, resulta esencial explorar explícitamente cuál es el nivel de implicación que desean tener los pacientes en el proceso de TDC y, a partir de ahí, iniciar el abordaje teniendo en cuenta sus valores y preferencias. Las preferencias de los pacientes no son fáciles de predecir y no se correlacionan necesariamente con la edad, el sexo, el nivel educativo o los ingresos de las personas, por lo que se requiere un enfoque individualizado de atención a estos aspectos^(21,22).

En algunos estudios se puede apreciar que aún cuando los pacientes se definan a sí mismos como participantes informados para la TDC, a veces carecen de un buen recuerdo de la información básica requerida para intervenir en el proceso de toma de decisiones. Además, es muy frecuente que 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⁽³⁾. También hay que tener en cuenta que no todos los pacientes están preparados, son idóneos o desean tener el mismo grado de implicación y participación en el proceso de TDC para abordar el tratamiento de su enfermedad⁽²³⁾.

Otros pacientes pueden querer asumir un papel activo en la discusión de las opciones de tratamiento, pero en última instancia desear que sean sus médicos quienes tomen decisiones en su nombre⁽²⁴⁾. En esta línea, se dispone de estudios empíricos en los que se ha podido comprobar que los pacientes desean ser informados

sobre sus condiciones médicas y las opciones de tratamiento disponibles, aunque sin querer ser necesariamente los responsables "últimos" de la decisión final⁽²⁵⁾.

A esto debe añadirse la evidencia que muestra 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⁽³⁾.

En este sentido, los profesionales sanitarios necesitan información precisa sobre las preferencias de cada paciente, que permita una mejora en la calidad asistencial mediante el posible cuestionamiento de la naturaleza, el estilo y el propósito de la interacción con el paciente, pasando de un probable modelo paternalista y dominante hacia un modelo participativo, que contemple informar, garantizar la comprensión y promover un grado creciente de autonomía en los pacientes.

Implementación de las HATD en la práctica clínica

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. Es por ello que, en la actualidad, diversos estudios empíricos están encaminados hacia la mejora de la comprensión del estado en el que se encuentra la implementación del modelo de TDC en diferentes niveles asistenciales, contextos y entornos culturales⁽²⁶⁻²⁹⁾.

Existe un evidente y creciente interés por el modelo de TDC en los pacientes, profesionales sanitarios y expertos en políticas sanitarias⁽³⁾. Buena parte de la acogida que este modelo está experimentando se debe a que los responsables y gestores sanitarios 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, mejoran el uso de las opciones que están claramente asociadas con los beneficios para la gran mayoría de los pacientes, reducen la variación injustificada de la práctica sanitaria y fomentan la sostenibilidad del sistema sanitario⁽²⁶⁾.

No obstante, a pesar de la valoración positiva que se le otorga a la TDC, este tipo de intervenciones aún no han sido implementadas de forma sistemática en todos los países, como es el caso de España. Incluso en los países donde su uso está más generalizado, como es EE.UU., la implementación de la TDC cuenta con algunas barreras importantes en la práctica⁽⁴⁾.

Es por ello que se han desarrollado diferentes estudios primarios para identificar las barreras y facilitadores que influyen en la implementación de este modelo de asistencia sanitaria^(16,27,28), y así intentar definir factores y conductas específicas que pudiesen aportar una guía de procedimiento para mejorar su uso y normalización en el sistema sanitario. 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, teniendo 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 todos los contextos ni a todas las características y preferencias de las personas implicadas en el proceso, quienes pueden variar o cambiar a lo largo del tiempo⁽²⁹⁾.

Conocer qué factores pueden obstaculizar o facilitar la implementación de la TDC es un aspecto esencial para una implementación efectiva en la práctica clínica habitual. Una reciente revisión sistemática que evalúa la percepción de

los profesionales sanitarios sobre posibles barreras y facilitadores para la implementación del modelo de TDC en la práctica clínica ofrece una taxonomía conjunta de factores que podrían influir en dicha implementación. Esta taxonomía se divide en tres amplias categorías conceptuales relacionadas con el conocimiento, las actitudes y la conducta de los individuos⁽²⁷⁾.

En este mismo sentido, y en base a dicha taxonomía, una reciente actualización de la revisión de Légaré et al.⁽²⁷⁾, realizada por nuestro grupo de investigación⁽³⁰⁾, incluye estudios en los que se ofrece al profesional sanitario un contacto directo con un programa específico de TDC o HATD (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 sobre su posible implementación en la práctica médica habitual.

Los hallazgos de esta actualización⁽³⁰⁾ muestran que los principales factores que influyen en la implementación de la TDC o las HATD están relacionados con las características del paciente (capacidad de comprensión o manejo de nuevas tecnologías, diferencias culturales, problemas con el idioma, edad, etc.), la complejidad de los contenidos (información demasiado detallada o compleja, comprensión de los valores estadísticos, etc.), la falta de tiempo y de recursos (estrategias de distribución, falta de personal, falta de espacios adecuados para la implementación de HATD en entorno Web, etc.) y, en menor medida, relacionados con la falta de familiaridad de los profesionales con la TDC, la situación clínica del paciente y sus preferencias, o las expectativas 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 et al.⁽²⁷⁾, 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. Por ello, los profesionales sanitarios muestran reticencias hacia una implementación generalizada de la TDC que no tenga en cuenta las características del paciente, y 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 podrían interactuar negativamente con un proceso de TDC (haciéndolo inefectivo o incluso produciendo resultados indeseados); por 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 éstas puedan producir en el proceso de TDC. En ambos casos, la investigación debe ofrecer respuestas sobre qué pacientes pueden beneficiarse más de un proceso de TDC, mostrar cómo los profesionales sanitarios realizan atribuciones erróneas sobre sus pacientes y en qué medida éstas pueden 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 (tanto a corto como a largo plazo), pues la evidencia científica al respecto no es suficientemente robusta, especialmente en el abordaje de enfermedades crónicas en las que se requiere de una revisión periódica de las decisiones y tratamientos a seguir. Por

otra parte, debe explorarse en profundidad cuál es el tipo más idóneo de HATD que se ha de utilizar en cada situación (por ejemplo, detallada frente a sencilla), quién ha de favorecer su uso o, incluso, participar en el proceso de revisión de la HATD con el paciente (profesional sanitario, familiares, amigos, etc.) y cuál es el momento más apropiado para su uso (antes, durante o después de la visita al profesional, en el momento del diagnóstico, en sesiones sucesivas, etc.).

Algunas consideraciones finales

La atención centrada en el paciente y la TDC representa un área de gran interés en el empeño por mejorar la atención prestada por los servicios sanitarios. La participación activa del paciente supone un nuevo modo de entender la relación terapéutica, respetuoso con los derechos del paciente y potencialmente beneficioso para el proceso terapéutico. En este sentido, el presente monográfico refleja los trabajos de destacados profesionales de Europa, EE.UU. y Canadá en el área de la TDC en patologías oncológicas como el cáncer de próstata, cáncer ovárico, cáncer de mama y cáncer colorrectal.

En este monográfico se discutirán los aspectos más controvertidos en la conceptualización de la TDC y, posteriormente, se expondrán distintos trabajos que reflejan los enfoques y las intervenciones utilizadas para apoyar el proceso de toma de decisiones, así como el desarrollo de estrategias para implementar estas intervenciones en oncología, e identificar posibles directrices futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Connor A, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening deci-

- sions. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD001431.
2. O'Connor A, Bennett C, Stacey D, Barry M, Col N, Eden K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (3):CD001431.
 3. Braddock C. The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice. *Med Decis Making* 2010; 30:5S-7S.
 4. 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.
 5. 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.
 6. Weston WW. Informed and shared decision-making: The crux of patient-centered care. *CMAJ* 2001; 165:438-9.
 7. Prendergast TJ. Shared decision-making about withdrawing treatment. *JAMA* 2003; 289:981.
 8. 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.
 9. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319:766-77.
 10. Légaré F, Ratté S, Gravel K. Barriers and facilitators to implementation of shared decision-making. En: Edwards A, Elwyn G., editors. *Shared Decision-Making in Health Care: Achieving evidence-based patient choice*. Second edition. New York: Oxford University press 2009; 369-73.
 11. Stacey D, Samant R, Bennett C. Decision making in oncology: a review of patient decision aids to support patient participation. *CA Cancer J Clin* 2008; 58:293-304.
 12. Elwyn G, Frosch D, Volandes AE, Edwards A, Montori VM. Investing in Deliberation: A Definition and Classification of Decision Support Interventions for People Facing Difficult Health Decisions. *Med Decis Making* 2010; 30:701-11.
 13. Stacey D, O'Connor A. Cochrane inventory of existing patient decision aids Identified Using Cochrane review methods. Disponible en: <http://decisionaid.ohri.ca/index.html> [con acceso el 3 de Diciembre de 2010].
 14. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ* 2006; 333:417-21.
 15. 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.
 16. 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.
 17. Butow P, Harrison JD, Choy ET, Young JM, Spillane A, Evans A. Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer* 2007; 110:1937-44.
 18. Elkin EB, Kim SH, Casper ES, Kissane DW, Schrag D. Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. *J Clin Oncol* 2007; 25:5275-80.
 19. Kleeberg UR, Feyer P, Günther W, Behrens M. Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC(R) questionnaire. *Support Care Cancer* 2008; 16:947-54.
 20. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung WY, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 2005; 8:34-42.

21. Bruera E, Willey JS, Palmer JL, Rosales M. Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer* 2002; 94:2076-80.
22. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, Benisch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol* 2001; 19:2883-85.
23. Elwyn G, Edwards A, Britten N. What information do patients need about medicines? „Doing prescribing“: how doctors can be more effective. *BMJ* 2003; 327:864-67.
24. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med* 1998; 47:329-39.
25. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Med Care* 1990; 28:19-28.
26. 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;(5):CD006732.
27. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: Update of a systematic review of health professional's perceptions. *Patient Educ Couns* 2008; 73:526-35.
28. Légaré F, O'Connor AM, Graham ID, Saucier D, Côté L, Blais J, et al. 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.
29. Légaré F, Elwyn G, Fishbein M, Frémont P, Frosch D, Gagnon MP, et al. Translating shared decision-making into health care clinical practices: Proof of concepts. *Implement Sci* 2008; 3:2.
30. 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: SESCS N° 2009/02.

