

Aporte de enfermería a la toma de decisiones en salud

Contribuição da enfermagem na tomada de decisões em saúde
Nursing contribution in health decision making

Angélica Mosqueda-Díaz¹, Sara Mendoza-Parra², Viviane Jofré-Aravena²

¹Universidad de Valparaíso, Escuela de Enfermería, Valparaíso, Chile.

²Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Enfermería, Programa de Doctorado en Enfermería, Concepción, Chile.

Submissão: 27-06-2013 **Aprovação:** 06-05-2014

RESUMEN

En el ámbito sanitario tomar decisiones es una situación frecuente, aunque potencialmente difícil, ya sea por las características del(la) usuario(a), del contexto o de la situación de salud. Esto provoca conflicto decisional en los(as) usuarios(as). El presente artículo se propone analizar conceptualmente la toma de decisiones en salud y los aportes realizados desde enfermería para comprender y enfrentar el fenómeno. Así, el Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa, propuesto por la enfermera Annette O'Connor, surge como una herramienta útil para que las(os) enfermeras(os) realicen intervenciones efectivas con personas que se enfrentan a problemas decisionales, donde además el(la) usuario(a) puede asumir una participación más activa en las decisiones sobre su propia salud.

Palabras clave: Toma de Decisiones; Enfermería; Modelos de Enfermería.

RESUMO

No âmbito sanitário, tomar decisões é uma situação frequente, embora potencialmente difícil, devido às características do usuário ou do contexto da situação de saúde. Isso provoca um conflito de decisão nos usuários. O presente artigo propõe-se a analisar conceitualmente a tomada de decisões na saúde e as contribuições realizadas pela enfermeira para compreender e enfrentar o fenômeno. Desta forma, o Modelo de Tomada de Decisões na Saúde de Ottawa proposto pela enfermeira Annette O'Connor surge como uma ferramenta útil para que os profissionais da saúde realizem intervenções efetivas em pessoas que enfrentam problemas de decisões. Além disso, o usuário poderá assumir uma participação mais ativa nas decisões sobre sua própria saúde.

Descritores: Tomada de Decisões; Enfermagem; Modelos de Enfermagem.

ABSTRACT

Decision making in health is a frequent situation, although potentially difficult, depending on patient/user characteristics and the context or the situation of health. This causes decisional conflicts in patients/users. The present study proposes to analyze the decision making process in health, conceptually, and nurses' contributions to understand and confront the phenomenon. The Ottawa the Model of Decisions Making in Health, proposed by Annette O'Connor, arises as a useful tool that enables nurses to carry out effective interventions with persons who face decision problems. Patients/users can assume a more active participation in the decisions on their own health.

Key words: Decision Making; Nursing; Nursing Models.

AUTOR CORRESPONDENTE **Angélica Maritza Mosqueda-Díaz** E-mail: angelica.mosqueda@uv.cl

INTRODUCCIÓN

Tomar una decisión implica el proceso de elegir entre diferentes alternativas de acción, donde se seleccionan aquellas alternativas que se perciben como más efectivas para lograr los resultados esperados y evitar los no deseados. El ambiente sanitario se caracteriza por enfrentar permanentemente situaciones decisionales, lo que puede ser potencialmente difícil, particularmente cuando el curso del tratamiento o de la enfermedad es incierto o cuando la decisión implica realizar concesiones valóricas entre riesgos y beneficios⁽¹⁾.

La forma en que se toman las decisiones en salud ha variado en el tiempo, dependiendo de los constructos éticos que han sustentado las relaciones entre profesionales de la salud y usuarios(as). En los inicios de la atención sanitaria, la escuela hipocrática dictaba que la enfermedad era un desorden interno de las personas y que el médico era el único profesional con la sabiduría para ponerlo en orden. En esa época, la ética médica se guiaba por el modelo paternalista, donde el paciente se consideraba incapaz de saber lo que le convenía y solo debía cumplir las indicaciones que el profesional experto estimaba oportunas. Así, el médico actuaba como un padre que busca el bien del paciente-hijo, pero sin consultarle su opinión⁽²⁻³⁾.

Este modelo de relación usuario-profesional predominó en la historia de los servicios de salud occidentales hasta después de la segunda guerra mundial, donde se incorporaron normas éticas que comenzaron a modificar estos comportamientos⁽²⁾. Asimismo, desde la década de 1970, movimientos sociológicos han influenciado la instalación de un nuevo paradigma más inclusivo y recíproco. En las disciplinas de la salud, este paradigma ha estimulado un mayor énfasis en los constructos éticos de autonomía, beneficencia y justicia para implementar los cuidados⁽⁴⁾. De modo que, respecto a tomar decisiones, se defiende la autonomía moral de las personas, considerando al paciente como alguien con derecho a decidir sobre su propia salud⁽²⁾.

Desde esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud, en 1978, declara que "las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud"⁽⁵⁾, confirmando una forma de relación usuario-profesional de mayor colaboración para tomar decisiones en salud. Así, se observa un especial interés en la temática de la toma de decisiones en salud, sobretudo por el empoderamiento que han desarrollado las personas para decidir sobre su propio cuerpo. Actualmente, dos eventos dan respuesta a esta situación, el primero es un desplazamiento desde el enfoque del consentimiento informado pasivo a una elección informada; el segundo, es la construcción de modelos que intentan explicar el fenómeno⁽⁶⁾.

En este escenario, el presente artículo se ha propuesto a analizar conceptualmente la toma de decisiones en salud y los aportes teóricos que se han realizado desde Enfermería para comprender y enfrentar este fenómeno.

Modelos explicativos de la Toma de Decisiones en Salud

La toma de decisiones en salud es un fenómeno de naturaleza compleja y multivariada^(4,6-7). Se produce básicamente por la existencia de un problema decisional, con diferentes alternativas

de solución, grados de complejidad, posibles resultados y consecuencias entre las cuales se debe elegir. Este problema decisional, además, va a estar condicionado por las particularidades del(la) usuario(a) (estado físico, psicológico, valores, expectativas, percepción de riesgo etc.) y por las del contexto (urgencia, tiempo, información existente etc.)⁽⁴⁾. Estos son elementos que interactúan y se afectan mutuamente, influyendo en el desarrollo del proceso deliberativo y en la decisión final.

En la actualidad no existe un marco conceptual unificado que sintetice todos los aspectos teóricos de la toma de decisiones en salud, aún cuando se ha consensado que existen por lo menos cuatro aspectos básicos que se deben discutir para entender el fenómeno^(4,8):

- 1) **Las opciones o alternativas iniciales:** es importante que los usuarios analicen cada alternativa, conozcan sus implicancias y resultados esperados^(1,4). La interacción entre el profesional de salud y el(la) usuario(a) es crucial en este proceso. Sin embargo no está exento dificultades, por ejemplo las personas pueden considerar que la información proporcionada es difícil de entender, lo que no les permite participar efectivamente en la toma de decisiones⁽⁹⁾; o se produce un "efecto de formulación" donde la información es presentada de forma que influye en el proceso decisional y el usuario opta por la alternativa preferida por el profesional^(3,10). Los(as) enfermeras(as) deben evitar estas situaciones, entregando la información que le permita al usuario(a) considerar completamente las opciones. Para ello, muchas veces se requiere adaptar tanto el lenguaje como las estrategias de información para cada caso particular.
- 2) **Los valores y utilidades de los resultados:** expresan la forma en que el(la) usuario(a) mide el atractivo de una determinada opción, que habitualmente estará determinada por el valor relativo que se otorga a cada uno de los potenciales resultados⁽⁴⁾. La evaluación de valores es una medida subjetiva, que refleja la "simpatía" del(la) usuario(a) por una determinada alternativa, y esta inclinación se basa fundamentalmente en lo que ellos creen importante para ellos(as) mismos o su familia^(4,8). Por lo tanto, clarificar estos valores puede ayudarlos(as) a determinar qué atributos de las opciones son más significativos para ellos(as) y decidirse por una de las alternativas.
- 3) **La incertidumbre:** surge de las probabilidades de riesgos y beneficios de las opciones^(1,4). Las probabilidades pueden ser objetivas, determinadas por datos estadísticos fiables, obtenidos en investigaciones realizadas a las diversas alternativas; o subjetivas, representadas por las creencias y valores personales de los(as) usuarios(as). Así, la incertidumbre se traduce en un "conflicto decisional" para las personas, especialmente cuando las alternativas significan posibles riesgos o cuando la elección no es consistente con sus valores, generando dificultad para decidir el mejor curso de acción a seguir^(8,10).
- 4) **Resultados o posibles consecuencias:** al tomar una decisión se espera conseguir el mejor resultado posible. Esto

puede provocar una sobrecarga cognitiva y psicológica en las personas⁽⁴⁾. Para contrarrestar estas sobrecargas, el apoyo del profesional de enfermería consistirá en indagar y considerar el “estilo de decisión” del(la) usuario(a), ya que podría afectar en dos sentidos: respecto de la forma en que asimila la información y el grado en que desea implicarse en el proceso decisional⁽¹⁰⁾. Ambas situaciones podrían agravar la sobrecarga y generar sentimientos de arrepentimiento con la decisión tomada, contribuyendo a mantener el conflicto decisional.

De acuerdo con lo anterior, tomar decisiones en salud se ha convertido en un proceso informado y compartido entre profesionales y usuarios(as), con una serie de aspectos que se relacionan formando una red de interdependencia y abordables desde distintas perspectivas.

En el año 2010, investigadores canadienses informaron de una revisión sistemática que dio cuenta de 15 modelos teóricos de toma de decisiones salud, elaborados entre las décadas de 1990 y 2000, en solo 3 países: Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. Participaron en su construcción profesionales médicos, enfermeras, un sociólogo y un experto en comunicaciones. Todos los modelos concluyen que la toma de decisiones es un fenómeno que se resuelve de forma compartida entre profesionales y usuarios, pero solo uno de ellos proporciona herramientas de intervención. Este es el “*Modelo Conceptual de Ottawa*” que, desde 1998, ha sido utilizado en diversas situaciones clínicas⁽⁶⁾.

Fundamentos del Modelo Conceptual de Ottawa

Este referencial teórico fue creado por la enfermera canadiense Annette O'Connor⁽⁶⁾; apunta a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos de salud, con una especial preocupación porque incorporen sus valores, alcancen expectativas realistas y decidan la alternativa que mejor se adapte a su situación^(1,3). Este modelo se sustenta en tres teorías⁽¹⁰⁾.

- a) **El modelo de expectativas de valor:** atribuido al psicólogo estadounidense Martin Fishbein, sostiene que las actitudes de las personas hacia un objeto están determinadas por valores subjetivos o evaluaciones de los atributos asociados con ese objeto. Aplicando esta teoría a situaciones concretas, señala que la actitud de un individuo hacia la realización de un comportamiento estará determinada por la fuerza de sus creencias y la evaluación de los resultados. Además, predice que, cuando existe más de un comportamiento posible, el comportamiento elegido será el que tiene el valor más alto y la mayor combinación de éxito esperado⁽¹¹⁾.
- b) **Conflicto decisional:** se caracteriza por la dificultad para identificar la mejor alternativa debido a los riesgos desconocidos, la necesidad de valorar las ganancias potenciales *versus* las pérdidas potenciales y por el arrepentimiento anticipado de los aspectos positivos de las opciones que fueron rechazadas⁽¹²⁾. El conflicto decisional ha sido reconocido como un diagnóstico de enfermería y en los años 90 fue incorporado por la Asociación Americana de Enfermería

(ANA) y posteriormente a la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), definiéndose como la “incertidumbre sobre el curso de acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgos, pérdida o supone un reto para los valores personales”⁽¹³⁻¹⁴⁾.

- c) **El apoyo social:** se refiere a diversas situaciones que involucran interacciones de apoyo. Se ha definido como “una transacción interpersonal que incluye soporte emocional o afecto, información o asesoramiento, ayuda instrumental o física, evaluación y apoyo o afirmación”. Los sistemas que brindan apoyo social han sido ampliamente utilizados en las ciencias de la salud y del comportamiento. En Enfermería, desde 1980, se reconoce el apoyo social como un determinante ambiental que influye en la salud y bienestar de las personas y familias, generando un aumento del dominio situacional, permitiéndole al usuario proteger y mantener su identidad⁽¹⁵⁾.

Basado en estas teorías, el modelo de Ottawa explora todo el proceso de tomar una decisión en salud. Comienza por identificar las necesidades decisionales, sigue con una fase donde se determina el apoyo decisional basado en las necesidades del usuario y finaliza por evaluar la calidad de la decisión tomada⁽¹⁰⁾.

Los problemas decisionales en salud muchas veces se generan porque las posibles soluciones producen simultáneamente resultados deseados y no deseados, lo que provoca un conflicto decisional⁽¹⁾. Las formas en que se manifiesta un conflicto decisional varía de un individuo a otro y entre diferentes tipos de decisión, aunque las más comunes son: verbalizar la incertidumbre acerca de las opciones, verbalizar preocupación acerca de los resultados no deseados, vacilar entre las opciones, posponer la decisión, preguntarse acerca de los valores personales, preocuparse con la decisión y presentar signos y síntomas de angustia y tensión. Estas manifestaciones pueden ser más frecuentes entre las personas que empiezan a considerar las opciones y tiende a disminuir después que la decisión ha sido tomada^(1,3).

Por otro lado, se han identificado factores que van a contribuir en la generación del conflicto decisional y que emergen de dos fuentes^(3,13):

- a) De las dificultades inherentes de la propia elección, cuando existen ventajas y desventajas potenciales.
- b) De factores externos, los que hacen aún más difícil la decisión, como por ejemplo la falta de conocimiento de las opciones y de sus potenciales resultados; expectativas o percepciones no realistas acerca de los probables resultados, como exagerar o minimizar las probabilidades de los resultados; poca claridad de los valores o de la importancia personal por obtener determinados resultados; percepciones poco claras de otros involucrados en la decisión, incluyendo sus opiniones y conductas; presión social para escoger una opción; falta de apoyos personales; falta de habilidades o escasa seguridad en si mismos o falta de recursos del entorno. Su importancia radica en

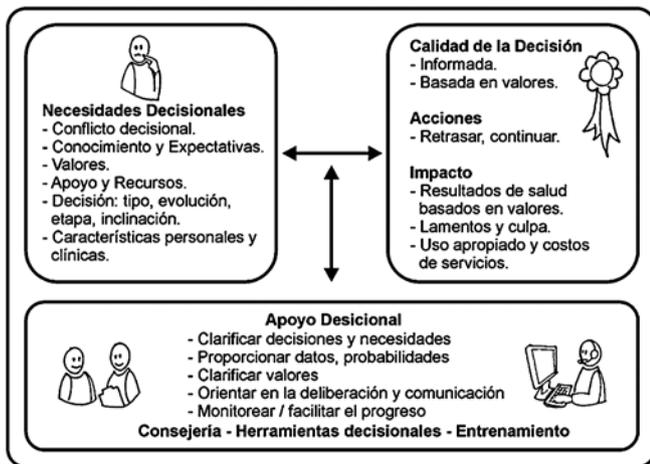
la posibilidad de ser modificados a través de intervenciones personalizadas⁽¹⁾.

Estructura y aplicación del marco conceptual de Ottawa.

Este marco conceptual se aplica a todos los implicados en la toma de decisión, incluyendo al usuario(a), su familia y los profesionales de salud. En su estructura se pueden identificar tres elementos claves: la necesidad decisional, la calidad de la decisión y el apoyo decisional⁽¹⁾.

La Ilustración 1 muestra cómo las necesidades decisionales y sus características afectarán la calidad de la decisión, las que incidirán en las acciones siguientes, que a su vez impactarán en los resultados de salud, emociones del(la) usuario(a) y en el uso y costos de los servicios de salud. Entonces, es aquí donde el apoyo decisional que otorgue el profesional de Enfermería, a través de consejería, entrenamiento u otras herramientas decisionales, debe orientarse a la clarificación de necesidades decisionales y valores, entregar datos y probabilidades, facilitando la deliberación y progreso hacia la acción, intervenciones que impactarán positivamente sobre la calidad de la decisión final, respondiendo así a las necesidades del(la) usuario(a)⁽¹⁾.

Ilustración 1 – Marco Conceptual de Ottawa



Fuente: Traducción propia de lo señalado por O'Connor y Jacobsen, 2007(1).

El funcionamiento de esta estructura conceptual, depende de cómo se desarrolla el "Proceso de Apoyo Decisional", el cual tiene básicamente cuatro etapas⁽¹⁾:

1) Valoración de las necesidades decisionales: donde enfermeras(os) y usuarios(as) deben indagar sobre las deficiencias que deben ser compensadas para llegar a tomar una buena decisión. Se implementa en dos subetapas.

Valoración general: orientada a identificar y clarificar el problema decisional, la predisposición hacia una determinada opción, determinar el tiempo disponible para tomar la decisión y la etapa del proceso de toma de decisión en el que se encuentra el(la) usuario(a) (ver Cuadro

1), que influirá en la receptividad para discutir la información y la decisión⁽¹⁾.

Valoración específica: dirigida a determinar la existencia de conflicto decisional y a identificar los factores que pueden incidir en la toma de decisión, como el conocimiento acerca de las opciones, el valor otorgado a las opciones y la participación de otros en el proceso decisional⁽⁸⁾. Otro aspecto a indagar son las características demográficas y clínicas del(la) usuario(a), ya que ellas van a incidir en su participación en el proceso de decisión compartida, lo que se debe considerar al diseñar el apoyo decisional⁽¹⁾.

2) Proporcionar apoyo decisional: corresponde a una serie de intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a tomar una decisión específica y deliberar entre las opciones (incluyendo no hacer nada), para proporcionar (como mínimo) información sobre las opciones y resultados relevantes para su salud⁽⁷⁾. Incluye preparar al usuario y al profesional para la toma de decisión y estructurar el seguimiento, habitualmente su implementación tiende a disminuir la incertidumbre, potenciando una participación más activa del(la) usuario(a) e incrementando la toma de decisión efectiva^(7-8,10). Debe contemplar:

La receptividad del(la) usuario(a): las estrategias de intervención se deben adaptar a la etapa del proceso decisional en la que se encuentre el(la) usuario(a)⁽¹⁾, ver Cuadro 1.

Cuadro 1 - Adaptación del apoyo decisional según etapas del proceso decisional

Etapa del proceso decisional	Características de conflicto decisional	Receptividad de las personas usuarias
1. No pensar acerca de las opciones	Puede existir alto grado de conflicto.	No siempre están dispuestos a discutir las opciones, se debe preguntar.
2. Pensando acerca de las opciones	Usualmente el grado de conflicto es el más alto.	Es más receptivo al apoyo decisional.
3. Cercano a seleccionar una opción.	El conflicto disminuye.	Algunos usuarios desean revisar sus opciones. Se debe evaluar si la elección es informada y basada en los valores del usuario.
4. Dando pasos para implementar una opción.	Bajo nivel de conflicto.	Se ha elegido el curso de acción, a veces están interesados en reconsiderar las opciones.
5. Ya se ha hecho la elección	Usualmente existe bajo conflicto.	Si es una elección reversible, puede querer revisar las opciones con la variación de signos y síntomas.

Fuente: Adaptación y traducción propia de lo señalado por O'Connor y Jacobsen, 2007⁽¹⁾.

Características del(a) usuario(a): las intervenciones deben considerar sus características personales y clínicas. Además debe ser flexible al grado de participación que la persona desea tener en la toma de decisión⁽⁴⁾, para lo cual es necesario identificar el perfil del(la) usuario(a) respecto al “control decisional”, el que puede ser: activo, colaborativo o pasivo⁽¹⁶⁾.

Proporcionar información sobre la situación de salud, opciones y resultados: presentando todas las opciones viables, los potenciales beneficios y daños, los resultados esperados en cada opción. La forma de entregar esta información debe ser apropiada a las necesidades de cada usuario(a), ya sea por un profesional, por escrito o a través de multimedios, siempre verificando su comprensión^(1,17).

Realineación de expectativas: cuando las probabilidades percibidas por el(la) usuario(a) no concuerdan con los pro y los contra existentes para su situación. Para ello se debe entregar la información de probabilidades de los resultados de manera que la persona pueda imaginárselas e identificarse con la situación^(1,17).

Clarificación de valores: el(la) usuario(a) debe comprender cómo el resultado de cada opción lo afectará física, emocional y socialmente. De tal manera que tenga la oportunidad de juzgar que es lo que más les importa tanto de los riesgos como de los beneficios. Puede resultar adecuado realizar discusiones de grupo o presentar ejemplos de personas que tienen diferentes valores y que toman diferentes decisiones^(1,8,17).

Presiones sociales: primero se debe evaluar lo percibido por el(la) usuario(a), centrándose en las personas que son realmente significativas y en aquellos aspectos que son importantes en la decisión que se está tomando, posteriormente afrontar las fuentes relevantes de presión invitándolos a participar de las discusiones deliberativas con el apoyo de un mediador⁽¹⁾.

Afrontar la falta de habilidades, apoyo o recursos: el profesional de enfermería debe ayudar al(la) usuario(a) a acceder y adquirir aquellos aspectos faltantes. En algunos casos deben ser derivados(as) a otros profesionales de salud, grupos de apoyo, servicios voluntarios, u otros^(1,10,17).

3) Facilitar el progreso en las etapas del proceso de toma de decisión: se refiere a ir estableciendo acuerdos respecto de la elección de opciones con el(la) usuario(a) y realizar compromisos para dar pasos hacia su implementación. Además, realizar las coordinaciones para derivar a otros profesionales de ser necesario⁽¹⁾.

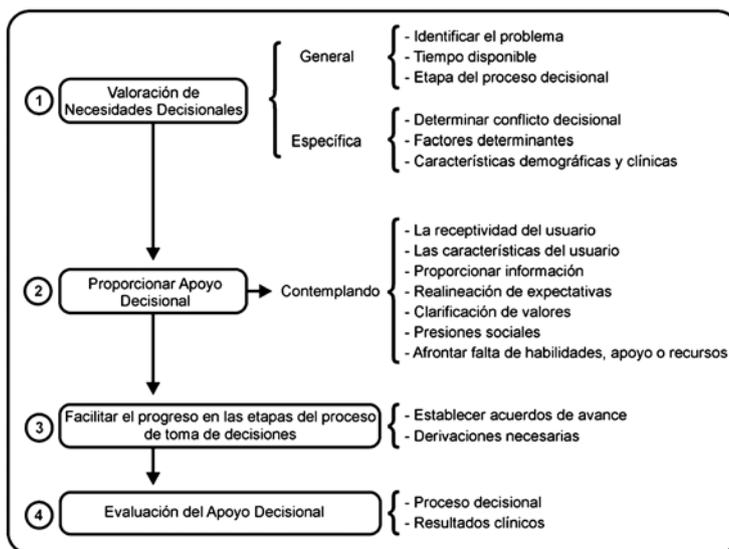
4) Evaluación del apoyo decisional: este marco conceptual establece que la evaluación debe dirigirse a dos áreas: al proceso decisional y a los resultados clínicos.

Respecto del proceso decisional, considera que una buena decisión es aquella que las personas realizan informadamente, consistentes con sus valores personales, sobre expectativas realistas, son llevadas a cabo y concluyen con la expresión de satisfacción de los participantes⁽¹⁾.

En relación con los resultados clínicos, se espera que sean favorables, sin embargo, reconoce que pueden ser variables debido a la incertidumbre científica, o al equilibrio entre riesgos y beneficios, por lo que es posible que buenas decisiones igual puedan llevar a malos resultados clínicos^(1,10). Otros autores difieren con esta última premisa, indicando que las medidas subjetivas de evaluación en toma de decisiones deben acompañarse de medidas de características objetivas, situación que ha sido poco abordada por las investigaciones hasta ahora⁽¹⁸⁾.

Como se puede apreciar, este modelo teórico abarca todas las etapas del proceso decisional, señala claramente los elementos que se deben considerar para su implementación, la Ilustración 2 muestra una representación esquemática de lo expuesto.

Ilustración 2 – Proceso de Apoyo Decisional



Fuente: Elaboración propia de lo señalado por O`Connor y Jacobsen, 2007⁽¹⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Las personas se ven enfrentadas permanentemente a tomar decisiones ya sea para mantener o para recuperar su salud. En este contexto, el Modelo Conceptual de Ottawa se visualiza como una respuesta desde Enfermería para que los(as) usuarios(as) participen activamente en la resolución de sus

conflictos decisionales, resguardando así el derecho que tienen para decidir sobre su salud. Es una herramienta de gran utilidad, sustentada en los constructos éticos vigentes, que posibilita una interacción más efectiva, de mayor horizontalidad y de acuerdo a las necesidades del(a) usuario(a).

El continuo contacto que desarrollan los profesionales de enfermería con los(as) usuarios(as), los ubica en una posición privilegiada para apoyar los diversos procesos decisionales a los que se ven enfrentados, esto exige de las enfermeras(os) la

adquisición de competencias en los distintos ámbitos de desempeño. Así, a nivel asistencial se espera que adquieran conocimientos propios de la teoría, capacidad de comunicación y respeto por las creencias del otro, como gestor de cuidados debe organizar, promover y evaluar cuidados de calidad en relación a la toma de decisiones en salud, desde la investigación incorporar la temática como línea de investigación disciplinar y, desde la educación su integración a los planes curriculares permitirá su mayor utilización en el futuro.

REFERENCIAS

- O'Connor A, Jacobsen M. Decisional conflict: supporting people experiencing uncertainty about options affecting their health. Canada. 2007. [cited 2012 Sep 15]. Available from: http://homeless.ehclients.com/images/uploads/W-2_Ottawa_Decision_Making_tool--_Reading-1.pdf
- Siurana J. La riqueza ética de las profesiones. Chile: RIL editores; 2010.
- Mendoza S, Jofré V, Valenzuela S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. Invest Educ Enferm. 2006 Mar;24 (1):86-92.
- Pierce P, Hicks F. Patient decision-making behaviour: an emerging paradigm for nursing science. Nurs Res. 2001 Sep-Oct;50(5):267-74.
- Organización Panamericana de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. [En línea]. Ginebra: OPS; 1978. [Consultado el 30 mayo 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Stacey D, Légaré F, Pouliot S, Kryworuchko J, Dunn S. Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: a theory analysis. Patient Educ Couns. 2010 Aug;80:164-72.
- O'Connor AM, Rostov A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. BMJ. 1999 Sep;319(7212):731-4.
- O'Connor A. Validation of decisional conflict scale. Med Decis Mak. 1995 Jan-Mar;15(1):25-30.
- Kee F. Patient's prerogatives and perceptions of benefit. BMJ. 1996 Apr;312 (7036): 958-60.
- O'Connor A, Tugwell P, Wells GA, Elmslie T, Jolly E, Hollingworth G, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. Patient Educ Couns. 1998 Mar;33(3): 267-79.
- Ajzen I, Fishbein M. Scaling and testing multiplicative combinations in the expectancy-value model of attitudes. J Appl Soc Psychol. 2008;38 (9):2222-47.
- O'Connor A. Decisional conflict. In: McFarland GK, McFarlane EA. Nursing Diagnosis and intervention: planning for patient care. 3th ed. Canada: Mosby Company; 1997. p. 489-96.
- Carpenito-Moyet LJ. Nursing Diagnosis: Application to clinical practice. 13. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y Clasificaciones 2005-2006. Madrid: Elsevier; 2005.
- Norbeck JS. Social support: a model for clinical research and application. Adv Nurs Sci. 1981 Jul;3(4): 43-59.
- Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit.2012; 26(Suppl.1):158-61.
- O'Connor A. Using patient decision aids to promote evidence-based decision making. Evid Based Med. 2001;6:100-2.
- Kryworuchko J, Stacey D, Bennett C, Graham ID. Appraisal of primary outcome measures used in trials of patient decision support. Patient Educ Couns. 2008 Dec;73(3):497-503.