

La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa

Sara Mendoza P.^a, Viviane Jofré A.^b, Sandra Valenzuela S.^c

RESUMEN

Objetivo: Realizar un análisis del Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa, planteado por la enfermera canadiense Annette M. O'Connors, como una estrategia para resolver conflictos decisionales en salud. Se plantea su utilidad en la intervención que hace enfermería en la comunidad y la familia. Se concluye que el conflicto decisional surge frente a la toma de decisiones y los profesionales de la salud deben adoptar un rol protagónico en él, desarrollando habilidades para apoyar a sus pacientes o usuarios en los conflictos que deben enfrentar, teniendo el Modelo de toma de decisiones de Ottawa como un referencial útil para ayudarles, especialmente a las mujeres, a asumir un rol más activo en las decisiones que afectan su propia salud.

Palabras clave: *Conflicto decisional, toma de decisiones en salud, marco conceptual de Ottawa*

Cómo citar este artículo:

Mendoza P.S., Jofré A.V., Valenzuela S.S. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa. *Invest. educ. enferm* 2006; 24(1): 86-92

Recibido: 23 de agosto de 2004.

Aprobado: 1 de marzo de 2006.

INTRODUCCIÓN

En tiempos que Hipócrates y Galeno establecían las primeras normativas respecto a la relación de los pacientes con el médico, la toma de decisiones respecto a la propia salud era un proceso que se establecía más por la capacidad y autoridad del profesional que por la capacidad de decisión que podía tener el paciente. Esto ha ido cambiando y hoy se considera que en ejercicio de la autonomía del paciente se deben tener en cuenta sus valores, deseos y preferencias como elementos determinantes de las decisiones de salud. Cada vez más las decisiones, que antes eran tomadas unilateralmente, se han

reemplazado por un proceso en donde el paciente debe escoger entre diferentes alternativas antes de optar por una terapia determinada, porque cada paciente/usuario posee una problemática particular, con una circunstancialidad concreta que la medicina debe respetar¹.

Pero, así como muchos pacientes desean desempeñar un papel activo en las decisiones de su asistencia sanitaria, otros no se comportan de la misma forma, situación que favorece la existencia de modelos dinámicos de decisiones, que recorren grados de interacción y adaptación entre los pacientes/usuarios y los profesionales, según las circunstancias en salud que se enfrenten.

El conocido modelo paternalista de la salud, situado en uno de los extremos, sustenta un accionar en donde el clínico tiene los saberes necesarios para el diagnóstico y los administra según su juicio, mientras cree poder interpretar las preferencias de sus pacientes. Este modelo

- a. *Enfermera, Dra(c) en Enfermería, Profesora Asociada Departamento de Enfermería Universidad de Concepción, Concepción Chile. Correo electrónico: smendoza@udec.cl*
- b. *Enfermera, Dra(c) en Enfermería, Profesora Asociada Departamento de Enfermería Universidad de Concepción, Concepción Chile. Correo electrónico: vjofre@udec.cl.*
- c. *Enfermera, Dra en Enfermería, Profesora Asociada Departamento de Enfermería Universidad de Concepción, Concepción Chile. Correo electrónico: svalenzu@udec.cl.*

Decision-making in health and the Ottawa decision-support framework

Sara Mendoza P., Viviane Jofré A., Sandra Valenzuela S.

opera cuando los usuarios o pacientes no participan de la toma de decisiones sobre su salud. El modelo de decisión informada, en el extremo opuesto, opera cuando el profesional expone al paciente las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles y sus posibles cursos de acción con los resultados esperables, información a la que el paciente incorpora sus expectativas, valores y decide la alternativa que mejor se le adapta. El modelo de decisiones compartidas se ha introducido últimamente como una opción intermedia entre los dos anteriores; en él la información no fluye sólo de un lugar, sino que las decisiones se adoptan de manera conjunta, una vez que el paciente dispone de la información necesaria^{2,3}. Algunos estudios revelan que el proceso de toma de decisiones compartido es más aceptado por personas jóvenes y con mejores niveles de educación, y aunque se sigue sosteniendo que muchos pacientes no desean involucrarse en él, existe bastante evidencia científica que quieren estar informados respecto del impacto del tratamiento de su enfermedad⁴.

Aunque las relaciones médico-paciente han ganado en madurez, no están exentas de dificultades, ya que el paciente, que ahora asume una responsabilidad ante su vida y enfrenta diferentes opciones respecto a su salud, no siempre tiene a su alcance las evidencias necesarias sobre las ventajas o desventajas de las alternativas^{5,6} que están en juego en la decisión.

Las causas que en la actualidad se identifican como responsables de la deficiente toma de decisiones en salud por parte de los usuarios/pacientes son:

ABSTRACT

This article analyses the Ottawa Decision-support Framework proposed by the Canadian nurse Annette M. O'Connors to help strategic decision-making in Health and its usefulness in the nurses' intervention in the family and the community.

When conflicting opinions have to be considered before making a decision, the nursing professionals should assume a protagonist part. Therefore they have to develop abilities to support their patients when they face conflicts. The Ottawa Decision Support Framework is a very useful reference to help people, especially women, when they should assume a more active part in decisions that affect their health.

Key Words: *Decisional conflict, decisions-making in health, Ottawa decision-support framework*

- a) El acceso insuficiente a información basada en evidencias
- b) La escasa participación en las decisiones que afectan su propia salud o la de su familia, y
- c) Los limitados conocimientos y habilidades que tienen los profesionales de la salud para apoyar la toma de decisiones, en salud de los pacientes/usuarios⁷.

Mientras la ciencia médica alcanza soluciones sorprendentes y los medios de comunicación informan constantemente sobre la aparición de nuevos diagnósticos y terapias, y aunque en la actualidad las diferentes organizaciones sociales hacen esfuerzos por entregar distintas alternativas de elección, los sistemas sanitarios no ofrecen información comparable sobre las opciones disponibles ante un determinado problema de salud, como si su accionar fuese el único, exacto y adecuado para todos los individuos.

Existen muchas situaciones críticas de salud que obligan a los individuos a enfrentar decisiones complejas: los pacientes terminales y sus familias, por ejemplo, a diario se enfrentan a opciones límites que en el contexto del término de una vida, se vuelven abrumadoras⁸; frente al riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular, un paciente diabético

debe decidir si toma aspirina o no⁹; o frente a la necesidad de cuidados médicos, una cuidadora informal siempre toma la decisión errada de postergar su propia salud para no descuidar al otro¹⁰⁻¹².

Está comprobado que el mayor conocimiento e información que se piensa de la enfermedad que se sufre, o creer en los beneficios de una determinada terapia, hace que las personas se adhieran a un programa de rehabilitación¹³, cumplan con la terapia indicada para tratar su enfermedad¹⁴ o tomen decisiones adecuadas de salud¹⁵.

Así mismo se ha visto que un gran porcentaje de la población, sobre todo mujeres, se ven enfrentadas constantemente a decidir sobre tratamientos quirúrgicos o de control de la natalidad, y sus conflictos decisionales aumentan cuando poseen menos información de las alternativas, son de mayor edad o no tienen a quien recurrir para que apoye su proceso¹⁶.

O'Connors, Jacobsen y Stacey¹⁷ definen el "conflicto decisional" como la incertidumbre acerca de cuál alternativa escoger cuando las diferentes alternativas significan riesgos, pérdidas o rechazo a los valores personales. La primera manifestación del conflicto decisional es la expresión verbal de la incertidumbre frente a una decisión y sus resultados posibles. Para estas autoras, las manifestaciones de conflicto varían entre un individuo y otro y las más comunes son:

- Incertidumbre acerca de la opción.
- Preocupación acerca de resultados no deseados.
- Vacilar entre opciones.
- Posponer la decisión.
- Cuestionar los valores personales involucrados en la decisión.
- Preocuparse por la decisión.
- Mostrar síntomas y señales de angustia y tensión.

Los factores que contribuyen al conflicto decisional emergen de dos fuentes:

- De la propia decisión cuando se enfrentan las ventajas y desventajas de la alternativa elegida.
- De factores externos que rodean una decisión difícil, entre los que se encuentran:
 - Falta de conocimiento acerca de las opciones disponibles.
 - Expectativas no realistas acerca de los probables resultados de las diferentes opciones.
 - Poca claridad sobre el deseo personal de los resultados de la alternativa elegida.
 - Percepciones no claras de otros involucrados en la decisión.
 - Presión social para escoger una alternativa.
 - Falta de apoyos personales.
 - Falta de seguridad en sí mismo.
 - Falta de recursos del entorno.

Las fuentes de conflicto se manejan generalmente con intervenciones clínicas que pueden ser de tres tipos: a) Cuidado estándar: La elección está basada en una fuerte evidencia de la efectividad y de la intervención existe consenso general sobre su validez, por ejemplo: Uso de antibióticos ante la infección bacteriana; b) Guía: Es una intervención ante la cual, tanto el equipo de salud como los usuarios pueden tener dudas, a pesar de que la evidencia acerca de sus resultados es conocida, ejemplo: autoexamen de mamas; c) Opciones: Una intervención ha tenido resultados conocidos o desconocidos, ejemplo: uso de la terapia hormonal de reemplazo.

No se sabe qué decisiones son consideradas por los usuarios/pacientes como generadoras de conflicto decisional, pero en la actualidad se han identificado situaciones que pueden desencadenar conflictos decisionales. La tabla 1 muestra ejemplos de ello.

El modelo de Toma de decisiones en salud de Ottawa provee conocimientos específicos respecto a los procesos y conflictos decisionales¹⁸; este modelo apunta específicamente a empoderar y apoyar a las personas en el ejercicio de sus derechos en salud.

Modelo de Toma de Decisiones en Salud de Ottawa

Este referencial teórico, planteado por la enfermera canadiense Annette M. O'Connors, fue creado para ayudar a los usuarios que se enfrentan a una situación que les significa un conflicto decisional y consiste en: a) valorar las necesidades o determinantes de las decisiones; b) proveer apoyo a la toma de decisiones y c) evaluar el proceso de toma de decisión y sus resultados (esquema 1). Este modelo tiene la ventaja de que puede aplicarse al conjunto de personas involucradas en el proceso, es decir, al usuario (individuo, pareja, familia) y los profesionales de salud.

Tabla 1. Decisiones relacionadas con aspectos médicos, quirúrgicos o cambios de estilos de vida que pueden crear conflictos decisionales

TIPO DE DECISIÓN	CATEGORÍAS	EJEMPLOS
Situacional	Personal	Matrimonio, separación, divorcio, paternidad/maternidad, control de la natalidad, inseminación artificial, circuncisión, lactancia materna o alimentación artificial, cuidado del niño, aborto, calidad de vida, institucionalización, problemas de abuso de alcohol y drogas, relaciones interpersonales, situación de vida doméstica, tipo de parto.
	Trabajo/Tareas	Cambio de actividad (cambio de carrera/actividad, no sólo volver a trabajar), reubicación, inversión de negocios, ética profesional, elección de ocupación/trabajo, búsqueda de trabajo, manejo de finanzas.
	Educación	Volver a la escuela, educación continua.
Evolutivas	Adolescente	Respuesta a la presión de pares, actividad sexual, control de natalidad, consumo de alcohol/drogas, situaciones peligrosas/ilegales, continuación de una relación, estudios superiores, selección o cambio de carrera, opciones en embarazo no deseado.
	Adulto joven y de edad media	Desafíos en la crianza de los hijos, cambio de carrera (volver a trabajar después de tener un hijo), jubilación, situación de vida doméstica, educación de los hijos, cuidado de otros miembros de la familia.
	Adulto mayor	Estilo de vida posterior a la jubilación, situación de vida doméstica, sistema de seguro de salud.
En relación con el tratamiento	Diagnóstico/ Exámenes	Exámenes generales, de materia fecal, prenatales, genéticos, de cáncer para familias de alto riesgo, mamografías para asintomáticas después de los 40 años, de próstata después de los 50 años.
	Tratamiento médico	Vacuna antiinfluenza, tratamiento para dolores de espalda; parto natural, medicación en el parto pretérmino; tratamiento para la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia; terapia de reemplazo hormonal, mastectomía profiláctica; tratamiento para cáncer de mama, de colon y de pulmón grado IV; opciones de manejo del dolor, quimioterapia, diálisis, trasplante de médula, hidratación parenteral, alimentación enteral, ventilación mecánica, suspensión de los medios de apoyo vital, orden de no resucitación, cuidado psicológico, consejería, medicación para déficit de atención, tratamiento para la depresión.
	Tratamiento quirúrgico	Elección del tipo de anestesia, cirugía plástica, autodonación de sangre, extirpación de nuevo tumor, repetir el lugar de incisión de la cesárea, lumpectomía vs mastectomía; tratamiento para cáncer de próstata, hipertrofia benigna de próstata; catarata, estrabismo, cirugía ocular con láser; tratamiento quirúrgico del hallux valgus, reemplazo de la articulación de la rodilla; tratamiento para la incontinencia, la angina, trasplante de médula, amigdalectomía.
Cambios en estilo de vida	Nutrición	Suplementos, métodos para bajar de peso
	Ejercicio	Plan de ejercicio, ejercicio terapéutico
	Manejo del estrés	Métodos para manejar el estrés
	Uso de tabaco y alcohol	Estrategias para reducir el humo ambiental, para dejar de fumar, para dejar de beber alcohol, para dejar de consumir drogas
	Uso de artefactos que ayuden a la adaptación	
Navegación	Dónde acudir	
	Cuándo acudir / necesidad de acudir	
	Con quién solicitar atención	

Fuente: Ejemplo de decisiones potencialmente difíciles que pueden generar conflicto decisional, Carpenito 1997¹⁹, revisado por O'Connors 1998²⁰.



Van Gogh
El dormitorio de Saint-Paul. 1889
 Óleo sobre lienzo, 74 x 92 cm
 Colección particular

Esquema 1. Marco Conceptual de Ottawa

Valorar las necesidades (determinantes de la toma de decisión)	Proporcionar apoyo a la toma de decisiones	Evaluación
Percepciones de la toma de decisión. <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento. • Expectativas. • Valores. • Conflicto decisional. • Etapa del proceso de toma de decisión. Percepciones de otros. <ul style="list-style-type: none"> • Percepciones de las opiniones y prácticas de otros. • Apoyo. • Presiones. • Roles en el proceso de decisión. Recursos para tomar la decisión. <ul style="list-style-type: none"> • Personal Experiencia previa. Seguridad o confianza en sí misma motivación. Habilidades para tomar la decisión. • Externos Apoyo (informativo, consejo, emocional, instrumental, financiero, ayuda profesional), de redes sociales y otros sectores. 	Proveer acceso a la información. <ul style="list-style-type: none"> • Situación de salud. • Opciones. • Resultados. • Opinión y elección de otros. Realinear las expectativas de los resultados. Clarificar los valores personales acerca de los resultados. Proveer guía/consejo en: <ul style="list-style-type: none"> • Pasos para tomar la decisión. • Comunicación con otros. • Manejo de la presión a la que se siente sometida. • Acceso a apoyo y recursos. 	Proceso de decisión. <ul style="list-style-type: none"> • Incremento del conocimiento. • Expectativas realistas. • Valores claros. • Acuerdo entre valores y opciones. • Implementación de la decisión. • Satisfacción con la decisión tomada. Resultados de la decisión. <ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de la opción. • Mejoramiento en la calidad de vida. • Reducción de estrés. • Reducción del arrepentimiento. • Uso informado de los recursos.

Fuente: Documento Taller "Toma de decisiones en Salud" 23 al 27 de Julio, 2001, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile²¹.

Según el esquema, la valoración de necesidades es necesaria para entender el contexto del proceso de la toma de decisiones y para identificar los determinantes que no son óptimos, ya que con esta información pueden seleccionarse y llevarse a cabo las intervenciones más apropiadas. En esta primera etapa del modelo se trata de identificar factores que pueden ser negativos para el proceso de toma de decisiones y que pueden residir en la percepción de los propios usuarios, de las personas que los rodean o en los recursos personales y externos al proceso.

La segunda etapa del modelo enfatiza el apoyo que se debe brindar en la toma de decisiones y que supone la preparación del paciente y del profesional para tomar la decisión y estructurar un seguimiento a la intervención. En esta etapa se debe plantear como objetivo mejorar el proceso de decisión, adaptando el tipo de apoyo a las necesidades de los participantes, lo cual consiste en: a) proveer información acerca de la situación de salud del usuario/paciente, opciones y resultados; b) realineamiento de las expectativas, que incluye la descripción de los resultados, incluyendo las probabilidades asociadas; c) clarificar los valores, describiendo los resultados para evaluarlos correctamente y d) incrementar las habilidades en el proceso de toma de decisión, otorgando guía y consejo en los diferentes pasos de la deliberación. El apoyo debe considerar, además, las características de los participantes, ya que las intervenciones tienen que ser flexibles para abarcar las preferencias individuales de participación en la toma de decisión.

La última etapa del modelo, es decir la evaluación del apoyo a la toma de decisión, separa la evaluación del proceso de la evaluación de los resultados, porque no siempre buenas decisiones dan como producto buenos resultados, los cuales van a depender de los valores personales de los usuarios/pacientes. Este marco conceptual define como decisión óp-

tima aquella que es informada, consistente con los valores personales y con la que los participantes pueden expresar su satisfacción. Se puede determinar evaluando si las intervenciones incrementaron el conocimiento, las expectativas realistas, la concordancia entre los valores personales y las opciones, disminuyeron el conflicto decisional y mejoraron la implementación de la decisión y la satisfacción con el proceso de toma de decisión.

Instrumentos del Modelo de Ottawa

Para medir la incertidumbre de los usuarios/pacientes y los factores que contribuyen a ella se ha desarrollado la "Escala de Conflicto Decisional", que puede ser usada tanto para valorar las necesidades básicas como para monitorear el progreso durante la intervención. Existen dos versiones de este instrumento: una larga que consiste en una escala Likert que mide opciones con un puntaje de 1 a 5, significando el valor 1 estar fuertemente de acuerdo y el valor 5 fuertemente en desacuerdo con la opción presentada. Los resultados van desde Conflicto Decisional Bajo a Alto,

interpretando los puntajes de 2 o menor valor, como proceso de toma de decisión sin dificultades, y los resultados con valores mayores de 2.5, con una demora en la toma de decisiones. Se demostró la validez y confiabilidad de este instrumento en una muestra de 909 individuos, ya que discriminó significativamente ($p < 0.0002$) entre aquellos usuarios que demoraron o retrasaron la decisión, en comparación a los que decidían sin dificultad. El estudio de validez reveló además una correlación inversa ($r = -0.16$, $p < 0,05$) entre los valores de la escala y el conocimiento de la situación, pues los valores bajan después de que los usuarios reciben intervención de apoyo²².

Se desarrolló, además, una versión corta de esta escala (pictograma) para facilitar su administración e interpretación y reducir su complejidad, empleando un lenguaje fácil, señales gráficas y respuestas simples útiles para valorar el conflicto decisional en grandes grupos de población. Esta versión reducida tiene la ventaja de que sus resultados pueden ser interpretados rápidamente. Si se ha marcado el círculo de "Sí", en todos los ítems, el conflicto decisional es bajo. La incertidumbre y los factores que contribuyen al conflicto pueden ser detectados chequeando los ítems que han sido marcados con el círculo "No" o "Inseguro". Si se detecta un conflicto decisional, se puede utilizar la versión larga para identificar más detalles acerca del problema y planear intervenciones adecuadas.

La Guía de Ottawa es un instrumento que permite valorar las necesidades y/o planear el apoyo a la toma de decisiones. Aquí se incluye una planilla de balance decisional, ejercicios de clarificación de valores y la guía de valoración y planeamiento propiamente tal. Utilizando la guía, los profesionales trabajan con los usuarios para recolectar la información, definir el problema de decisión, identificar los resultados deseados, planear las intervenciones y evaluar el progreso.

Su reciente aplicación y validación en la población chilena, a través de un proyecto de intercambio de transferencia tecnológica entre Canadá y Chile a cargo de profesionales de enfermería, ha permitido extender a diferentes regiones de Chile, desde Canadá y Estados Unidos, los conceptos y herramientas decisionales que este modelo propone, experiencia que ha evidenciado utilidad y aplicabilidad, sobre todo en mujeres que viven situaciones de pobreza²³.


CONCLUSIONES

Todas las personas están obligadas en algún momento de su vida a tomar decisiones en salud, y cuando las alternativas no están claras, surge el conflicto decisional como una situación de incertidumbre en la que el paciente se debate entre la desinformación y la falta de apoyo para elegir la opción acorde con sus valores personales.

Los profesionales de la salud deben adoptar un rol protagónico en los procesos de decisión en salud, desarrollando habilidades para apoyar a sus pacientes o usuarios en los conflictos que ellos deben enfrentar.

En tiempos en que las decisiones de salud se desarrollan en un modelo compartido entre pacientes y profesionales, el Modelo de Toma de Decisiones de Ottawa, desarrollado por O'Connors, es un referente útil para ayudar a las personas, especialmente a las mujeres, a asumir un rol más activo en las decisiones que afectan su propia salud y la de sus familias, focalizando el apoyo decisional en sus propias necesidades, valores y preferencias.

El Modelo de Ottawa requiere un cambio en las actitudes y aptitudes de todos los actores involucrados, pues obliga a los profesionales a disponer de todas y las más actuales evidencias científicas y a desarrollar habilidades de comunicación que permitan un proceso de interacción más efectivo con los usuarios. Así mismo las herramientas de valoración de necesidades y planeamiento de los apoyos que utiliza este modelo de atención, permiten que las personas se involucren participativa e informadamente en la resolución de sus conflictos de salud.

Finalmente se enfatiza la utilidad de este modelo y se recomienda su utilización en las intervenciones que enfermería desarrolla en la comunidad y las familias, pues proporciona experiencias que en un corto plazo se traducen en un manejo autónomo de la salud de los individuos. Para enfermería significa una herramienta eficaz que permite planificar un cuidado acorde con los valores de los sujetos, interpretar con instrumentos más específicos las necesidades reales de la población y resguardar el derecho a decidir en salud. 

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cataldi Amatriaian RM. La autonomía en la toma de decisiones médicas. Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. [Publicación periódica en línea] 2003. Jul – Sept [Citada 2004 Agos 9]; 3(3): [3 pantallas]. Se encuentra en: http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_03/03_03.htm.

2. Meneu R. La perspectiva de los pacientes. GCS [Publicación periódica en línea] 2002. [Citada 2004 Nov 22]; 4(1): [5 pantallas]. Se encuentra en <http://www.iiss.es/gcs/gestion11.pdf>.
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(5): 651-661.
4. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: Past research and future directions. *Am. j. prev. med* 1999; 17(4): 285-294.
5. Kassier JP. Incorporating patient's preferences into medical decisions. *N. Engl. j. med* 1994; 3330(26): 1895-1896.
6. O'Connors AM, Rostom A, Fiset V, Tetroe J, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions: Systematic review. *BMJ* 1999; 319(7212): 731-734.
7. O'Connors AM, Jacobsen MJ, Stacey D. An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J. obstet. gynecol. neonatal nurs* 2002; 31(5): 570-581.
8. Murray MA, Miller T, Fiset V, O'Connors A, Jacobsen MJ. Decision support: Helping patients and families to find a balance at the end of life. *Int J Palliat Nurs* 2004; 10(6): 270-277.
9. Montori VM, Bryant SC, O'Connors AM, Jorgensen NW, Walsh EE, Smith SA. Decisional attributes of patients with diabetes: The aspirin choice. *Diabetes care* 2003; 26(10): 2804-2809.
10. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. *Invest. educ. enferm* 2001; 19(2): 36-50.
11. Murillo S. ¿Quién cuida a la cuidadora?: Repartir el cuidado para no descuidarnos. *MyS* [Publicación periódica en línea] 1996. [Citada 2001 Abr 12]; 6(2): [2 pantallas]. Se encuentra en : http://mys.matriz.net/mys06/articulos/art_06_02.html.
12. García Calvente MM. Los cuidados informales desde la perspectiva familiar. En: Ponce JA, Muriel R, Gómez de Terreros I. *Salud, infancia, adolescencia y sociedad*. 2 ed. Sevilla: Sección de Pediatría Social AEP; 1999. pp. 62-76.
13. Halms M, Penque S, Doll N, Beahrs M. Women and cardiac rehabilitation: Referral and compliance patterns. *J. cardio-vasc. nurs* 1999; 13(3): 83-92.
14. Mendoza PS, Figueroa FM. Creencias en salud y adherencia de pacientes hipertensos controlados en centros de salud de la comuna de Concepción-Chile. *Cienc. enferm* 1998; 4(1): 63-76.
15. O'Connors AM, Stacey D, Rovner D, Holmes Rovner M, Tetroe J, Llewellyn Thomas H, et al. Ayudas en la toma de decisiones sobre tratamientos o procedimientos diagnósticos. *Biblioteca Cochrane* [Publicación periódica en línea] 2004. [Citada 2005 Oct 6]; (2): [78 pantallas]. Se encuentra en : http://cochrane.bireme.br/cochrane/show.php?db=es_reviews&mf=&id=_ID_CD001431-ES&lang=es&dblang=es.
16. O'Connors AM, Drake ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie T. A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health expect* 2003; 6(2): 97-109.
17. O'Connors AM, Jacobsen MJ, Stacey D. An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J. obstet. gynecol. neonatal nurs* 2002; 31(5): 570-581.
18. O'Connors AM, Jacobsen MJ, Stacey D. An evidence-based approach to managing women's decisional conflict. *J. obstet. gynecol. neonatal nurs* 2002; 31(5): 570-581.
19. Carpenito LJ. Decisional conflict. En: *Nursing diagnosis: Application to clinical*. Philadelphia: JB Lippincott.; 2000. pp. 312-321
20. O'Connors AM. Elecciones y decisiones en salud: Una alianza entre profesionales y usuarios, aplicando transferencia tecnológica Canadiense Chilena. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2001. p. 23.
21. O'Connors AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med. decis. mak* 1995; 15(1): 25-30.
22. O'Connors AM. Validation of a decisional conflict scale. *Med. decis. mak* 1995; 15(1): 25-30.
23. Jofré AV, Mendoza PS. Toma de decisiones en salud en mujeres cuidadoras informales. *Cienc. enferm* 2005; 11(1): 37-49.