



**Universidad
Europea** CANARIAS

Efectividad de las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartidas en Ansiedad y Depresión: una revisión sistemática

Trabajo fin de Máster

Autor: César Andrés Sotomayor Vega

Tutora: Andrea Duarte Díaz

26 de abril de 2025

Resumen

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo evaluar la efectividad de las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (HATD) en personas adultas con diagnóstico o sintomatología elevada de ansiedad y/o depresión. La revisión se llevó a cabo siguiendo las directrices PRISMA para garantizar la transparencia y la calidad en la elaboración del informe, y se adoptaron las recomendaciones metodológicas de la Colaboración Cochrane como referencia para el análisis de los estudios incluidos. Se identificaron ocho ensayos controlados aleatorizados que cumplían con los criterios de elegibilidad preestablecidos. Los resultados muestran que, si bien el efecto sobre la reducción de síntomas de ansiedad y depresión fue limitado y no estadísticamente significativo en la mayoría de los estudios, varias intervenciones demostraron ser efectivas para disminuir el conflicto decisional. Esta variable, evaluada mediante la *Decisional Conflict Scale* (DCS), mejoró especialmente en estudios como los de Perestelo-Pérez et al. (2017) y Vigod et al. (2019), indicando un posible beneficio en la calidad del proceso decisional. A diferencia de lo observado en el ámbito de las enfermedades físicas, donde estas herramientas han mostrado mayor efectividad en indicadores clínicos, su evaluación en salud mental presenta desafíos metodológicos adicionales, dada la naturaleza subjetiva de muchas de las variables implicadas. No obstante, los hallazgos sugieren que las HATD pueden contribuir a una mayor autonomía del paciente y a una atención más centrada en la persona. Se destaca la necesidad de continuar investigando su impacto mediante diseños más robustos, en contextos diversos y con un enfoque interdisciplinar.

Palabras clave: Ansiedad; Atención centrada en la persona; Conflicto decisional; Depresión; Toma de decisiones compartida.

Abstract

This systematic review aimed to evaluate the effectiveness of shared decision-making tools (SDMTs) in adults with a diagnosis or elevated symptoms of anxiety and/or depression. The review was conducted in accordance with the PRISMA guidelines to ensure transparency and quality in reporting, and the methodological recommendations of the Cochrane Collaboration were adopted as a reference for the analysis of the included studies. Eight randomized controlled trials meeting the predefined eligibility criteria were identified. The results show that, although the effect on reducing symptoms of anxiety and depression was limited and not statistically significant in most studies, several interventions were effective in decreasing decisional conflict. This variable, assessed using the Decisional Conflict Scale (DCS), showed notable improvements in studies such as those by Perestelo-Pérez et al. (2017) and Vigod et al. (2019), suggesting a potential benefit in the quality of the decision-making process. In contrast to the field of physical health conditions, where these tools have demonstrated greater effectiveness in clinical outcomes, their evaluation in mental health presents additional methodological challenges due to the subjective nature of many involved variables. Nevertheless, the findings suggest that SDMTs may contribute to greater patient autonomy and more person-centered care. The need to further investigate their impact through more robust study designs, across diverse contexts and from an interdisciplinary perspective, is emphasized.

Keywords: Anxiety; Decisional Conflict; Depression; Person-centered care; Shared decision-making.

Introducción

La depresión se considera un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia a nivel global (Moreno-Agostino et al., 2021). Su origen es multifacético, ya que se ve influenciado por una combinación de factores psicosociales, genéticos y biológicos. Anualmente, un número creciente de personas en todo el mundo recibe un diagnóstico de depresión, incluyendo a un gran número de jóvenes adultos y adultos. En España el 6.7% de la población está afectada por depresión, exactamente la misma cifra de personas afectadas por ansiedad (Encuesta Nacional de Salud de España, 2017).

En la encuesta europea de salud no solo se ha preguntado por la prevalencia de cuadros depresivos y de ansiedad, sino también por los efectos psicosociales que sufren las personas que padecen estos cuadros, tanto a nivel social como individual. Según sus datos, aparece una inclinación muy marcada entre sexos, afectando a casi tres veces más a mujeres que a hombres. La tendencia poblacional según la edad apunta a que las franjas de edad donde se presentan más cuadros depresivos mayores son entre los 15 y los 44 años, y a partir de los 65.

La ansiedad y la depresión tienen una importante repercusión económica y social que se hace evidente en variables como el interés por la salud mental en internet, el uso de citas online u hospitalarias para tratar problemas de salud mental, la incapacidad que los cuadros depresivos tienen en la incapacidad para el trabajo y los estudios o la elevada prevalencia de suicidios y lesiones autoinfligidas.

Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamiento que pueden ayudar a las personas a manejar sus síntomas y mejorar su calidad de vida. De acuerdo con las guías de práctica clínica disponibles (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2022; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria, 2024), estas opciones se dividen principalmente en dos categorías: psicoterapia y tratamiento farmacológico.

Las guías de práctica clínica son documentos elaborados por expertos en salud mental que ofrecen recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de la

ansiedad y la depresión. Estas guías sugieren un enfoque integral que puede incluir tanto intervenciones psicológicas como farmacológicas. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es frecuentemente recomendada debido a su eficacia en el tratamiento de ambos trastornos. La TCC se centra en identificar y modificar patrones de pensamiento negativos, lo que puede ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades para enfrentar situaciones estresantes y mejorar su estado de ánimo.

En cuanto a otras opciones de psicoterapia, además de la TCC, hay varias modalidades que han demostrado ser efectivas. La terapia interpersonal (TIP) se ha utilizado con éxito para tratar la depresión, enfocándose en mejorar las relaciones interpersonales y la comunicación. Asimismo, la terapia de aceptación y compromiso (ACT, del inglés *Acceptance and Commitment Therapy*) también ha ganado popularidad, ya que ayuda a los pacientes a aceptar sus pensamientos y sentimientos sin juzgarlos, fomentando así un mayor compromiso con sus valores y objetivos personales.

El tratamiento farmacológico es otra opción importante para quienes sufren de ansiedad y depresión, especialmente en cuadros de elevada severidad. Los antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), son comúnmente prescritos y han demostrado ser efectivos en la reducción de los síntomas. Además, los ansiolíticos pueden ser utilizados para tratar episodios agudos de ansiedad, aunque su uso a largo plazo debe ser cuidadosamente monitoreado debido al riesgo de dependencia. Es fundamental que los pacientes trabajen en estrecha colaboración con su médico para encontrar la medicación adecuada y ajustar las dosis según sea necesario (Asociación Americana de Psicología, 2019; Muench & Hoh, 2013; Hofmann et al., 2012).

En vista de las diferentes alternativas terapéuticas disponibles, la elección de la terapia adecuada puede depender de las preferencias del paciente, la gravedad de los síntomas y la disponibilidad de terapeutas capacitados. En este contexto nace el modelo de toma de decisiones compartidas (TDC), un modelo de atención permite que tanto los profesionales de la salud como los pacientes trabajen juntos para elegir el tratamiento que mejor se adapte a las necesidades y preferencias del paciente.

La TDC es un componente esencial de la atención centrada en la persona (ACP), que ha cobrado relevancia en el ámbito de la salud en los últimos años, especialmente

en la atención a personas con problemas de salud mental como la ansiedad y la depresión. Este modelo se fundamenta en la premisa de que cada persona es única, con sus propias necesidades, preferencias y valores, lo que hace que la TDC sea esencial para ofrecer un tratamiento verdaderamente personalizado y efectivo (González & Martínez, 2021). La ACP y la TDC, por tanto, promueven la participación activa del paciente en su proceso de atención, lo que no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también puede influir positivamente en los resultados clínicos (González & Martínez, 2021).

La TDC se define como un proceso en el que tanto el paciente como el profesional de la salud comparten información y discuten las diferentes alternativas de tratamiento, teniendo en cuenta las preferencias y valores del paciente (López & Pérez, 2020). Este enfoque no solo empodera al paciente, sino que también fomenta una relación más colaborativa y comunicativa entre el paciente y el profesional (Stacey et al., 2021; Martínez & López, 2020; González & Martínez, 2021). La implementación de la TDC puede ser especialmente beneficiosa en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, donde las decisiones sobre el tratamiento pueden ser complejas y multifacéticas. Como se ha comentado anteriormente, la ansiedad y la depresión son condiciones cuyo tratamiento a menudo implica una variedad de opciones, desde diferentes modelos de psicoterapia, hasta distintos tipos de fármacos, por lo tanto, es crucial que los pacientes se sientan informados y apoyados en su proceso de toma de decisiones.

Las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (HATD) son recursos diseñados para facilitar este proceso. Estas herramientas pueden incluir folletos informativos, aplicaciones digitales, guías de conversación y otros materiales que proporcionan información clara y comprensible sobre las diferentes opciones de tratamiento y sus posibles consecuencias (Stacey et al., 2017). Al utilizar estas herramientas, los pacientes pueden tomar decisiones más informadas y sentirse más seguros en su elección de tratamiento. Esto es particularmente importante en el contexto de los trastornos mentales, donde la adherencia al tratamiento puede verse afectada.

El uso de estas herramientas se ha demostrado efectivo en la mejora de los procesos decisionales. González y Pérez (2021) destacan que la implementación de la

TDC en la atención sanitaria no solo mejora la satisfacción del paciente, sino que también contribuye a una mayor adherencia al tratamiento. Asimismo, Martínez y López (2020) subrayan que, en el contexto de los trastornos de ansiedad, las herramientas de decisión compartida pueden desempeñar un papel crucial al reducir la ambigüedad y la ansiedad que sienten los pacientes respecto a sus opciones de tratamiento. Por otro lado, estudios recientes han evidenciado el impacto positivo de las herramientas digitales en la toma de decisiones en pacientes con depresión (Sánchez y Torres, 2022). Estas herramientas no solo facilitan la comunicación entre el paciente y el profesional de la salud, sino que también permiten a los pacientes reflexionar sobre sus preferencias y valores, lo que resulta en decisiones más alineadas con sus necesidades individuales (Ramírez y Ortega, 2023). En definitiva, las herramientas de ayuda para la Toma de Decisiones Compartidas podrían ser recursos efectivos en la mejora de los procesos decisionales y la adherencia al tratamiento en personas con trastornos de ansiedad y/o depresión, mejorando así la severidad de la sintomatología afectiva. A medida que se integran en la práctica clínica, estas herramientas pueden contribuir significativamente a una atención más centrada en la persona, mejorando así los resultados de salud para los pacientes.

Por todo lo anteriormente citado, el principal objetivo de esta revisión es evaluar la efectividad de las HATD en la mejora de los procesos decisionales y la disminución de la sintomatología de ansiedad y/o depresión. Esta revisión servirá, incluyendo la mejor evidencia científica disponible, servirá como marco justificativo para seguir investigando sobre la TDC y su contribución a la mejora de la atención en personas con cuadros de depresión y ansiedad.

Método

Diseño de estudio

Se realizó una revisión sistemática (RS) de la literatura siguiendo la metodología de la Colaboración Cochrane (Higgins et al., 2024) y presentada de acuerdo con las directrices de la declaración PRISMA para el desarrollo de las revisiones sistemáticas (Page et al., 2021), partiendo de la formulación de la siguiente pregunta de investigación: ¿son efectivas las HATD para la mejora de los procesos decisionales y la reducción de la sintomatología de ansiedad o depresión en personas adultas?

Fuentes de información

Se realizaron múltiples búsquedas en las bases de datos de Medline Complete, Psycinfo y CINAHL, así como búsqueda cruzada de bibliografía en artículos encontrados de estas fuentes. Las palabras clave utilizadas fueron: “depression”, “anxiety disorders” “adults”, “decision making”, “decision aids”, utilizando los operadores correspondientes y términos controlados específicos según la fuente. Las búsquedas se ejecutaron el 15 de enero de 2025, sin aplicar restricciones por fecha o idioma. La estrategia inicial fue diseñada para MEDLINE Complete y adaptada al resto de bases de datos. Las estrategias de búsqueda completas se pueden consultar en el Anexo 1.

Criterios de selección

Se seleccionaron trabajos que cumplieron con los siguientes criterios:

- Diseño: ensayos controlados aleatorizados (ECA).
- Población: personas adultas con diagnóstico de trastorno de ansiedad o de depresión, de acuerdo con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR o versiones anteriores) (referencia) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11 o versiones anteriores) (referencia). También se consideraron estudios donde los participantes presentaran niveles elevados de sintomatología de ansiedad o depresión de acuerdo con instrumentos validados, tanto de autoinforme como de entrevista clínica.
- Intervención: uso de herramientas de toma de decisiones compartidas.
- Comparadores: práctica clínica habitual (ausencia de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas) o uso de sistema alternativo de ayuda para la toma de decisiones compartidas.
- Resultados: se consideraron estudios que midieran la calidad del proceso decisonal por medio de un instrumento validado como la Escala de Conflicto Decisonal (DCS, del inglés *Decisional Conflict Scale*) y/o la severidad de la sintomatología de ansiedad o depresión.

- Tipo de publicaciones: se incluyeron estudios publicados en revistas revisadas por pares.
- Idioma: estudios publicados en inglés y español.
- Fecha de publicación: sin restricción por fecha.

Se excluyeron estudios de revisión, estudios observacionales, estudios cuasiexperimentales o estudios cualitativos. Asimismo, se excluyeron estudios centrados en población infantil o adolescente y estudios que consistieran únicamente en resúmenes o comunicaciones en congresos, protocolos de estudio, editoriales o cartas al editor.

Proceso de selección de estudios

La selección de estudios se realizó mediante un proceso de revisión por pares, utilizando la plataforma Rayyan (www.rayyan.ai) para facilitar la evaluación ciega e independiente por parte de los revisores. En una primera fase, se examinó el título y el resumen de todas las referencias identificadas, incluyéndose aquellas que cumplían con los criterios de inclusión o sobre las que existían dudas. En la segunda fase, se revisaron los textos completos de los estudios preseleccionados para determinar su elegibilidad definitiva conforme a los criterios establecidos.

Proceso de extracción de datos y síntesis de resultados

La recopilación de datos se realizó de forma rigurosa mediante un formulario de extracción diseñado ad hoc para esta revisión. Un investigador extrajo información detallada de cada estudio, incluyendo las características de los participantes, las intervenciones evaluadas, los grupos comparadores y los resultados principales, y los datos fueron revisados por una segunda revisora. Todos los datos fueron organizados en una hoja de datos estructurada, lo que facilitó un análisis sistemático. Debido a la heterogeneidad entre los estudios en términos de intervenciones, poblaciones y medidas de resultado, se optó por una síntesis narrativa, con el objetivo de identificar patrones y tendencias comunes.

Lista de datos

La extracción de datos se realizó mediante una hoja de Excel diseñada específicamente para este propósito. Para cada uno de los estudios identificados, un

investigador llevó a cabo la recopilación inicial de datos, seguida de una revisión por parte de otro investigador con el objetivo de garantizar la precisión y consistencia en el proceso de extracción de datos. La información extraída de cada estudio incluyó datos identificativos, tales como el primer autor, el año de publicación y el país en el que se llevó a cabo la investigación. Además, se registraron detalles sobre el diseño del estudio, el tamaño de la muestra y las características de la población. También se documentaron la intervención aplicada y el comparador utilizado. Por último, se incluyeron las medidas de resultado y los instrumentos empleados para su evaluación.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales

Para la evaluación del riesgo de sesgo de los ECA identificados en esta RS, se utilizó la herramienta CASPe (del inglés *Critical Appraisal Skills Programme*). Esta herramienta consta de varios ítems que incluyen preguntas clave, las cuales permiten a los investigadores identificar sesgos potenciales en diversas áreas que pueden afectar la validez de los resultados, determinar si el diseño y la ejecución del estudio son adecuados para responder a la pregunta de investigación planteada, comparar de manera más efectiva la calidad de los diferentes estudios incluidos en la revisión, y facilitar la interpretación de los resultados. Dos revisores completaron las preguntas proporcionadas por la herramienta de manera independiente y en cada estudio identificado, y posteriormente se compararon sus respuestas para asegurar la consistencia y la precisión en la evaluación del riesgo de sesgo.

Medidas del efecto

Para cada uno de los estudios identificados y cada medida de resultado, se identificaron las puntuaciones medias antes y después de la intervención tanto en el grupo control como en el grupo intervención y se extrajeron las diferencias de medias para calcular la efectividad comparada. También, se identificaron los intervalos de confianza para estas diferencias en cada estudio, y se identificó la evaluación de la precisión de estas estimaciones.

Resultados

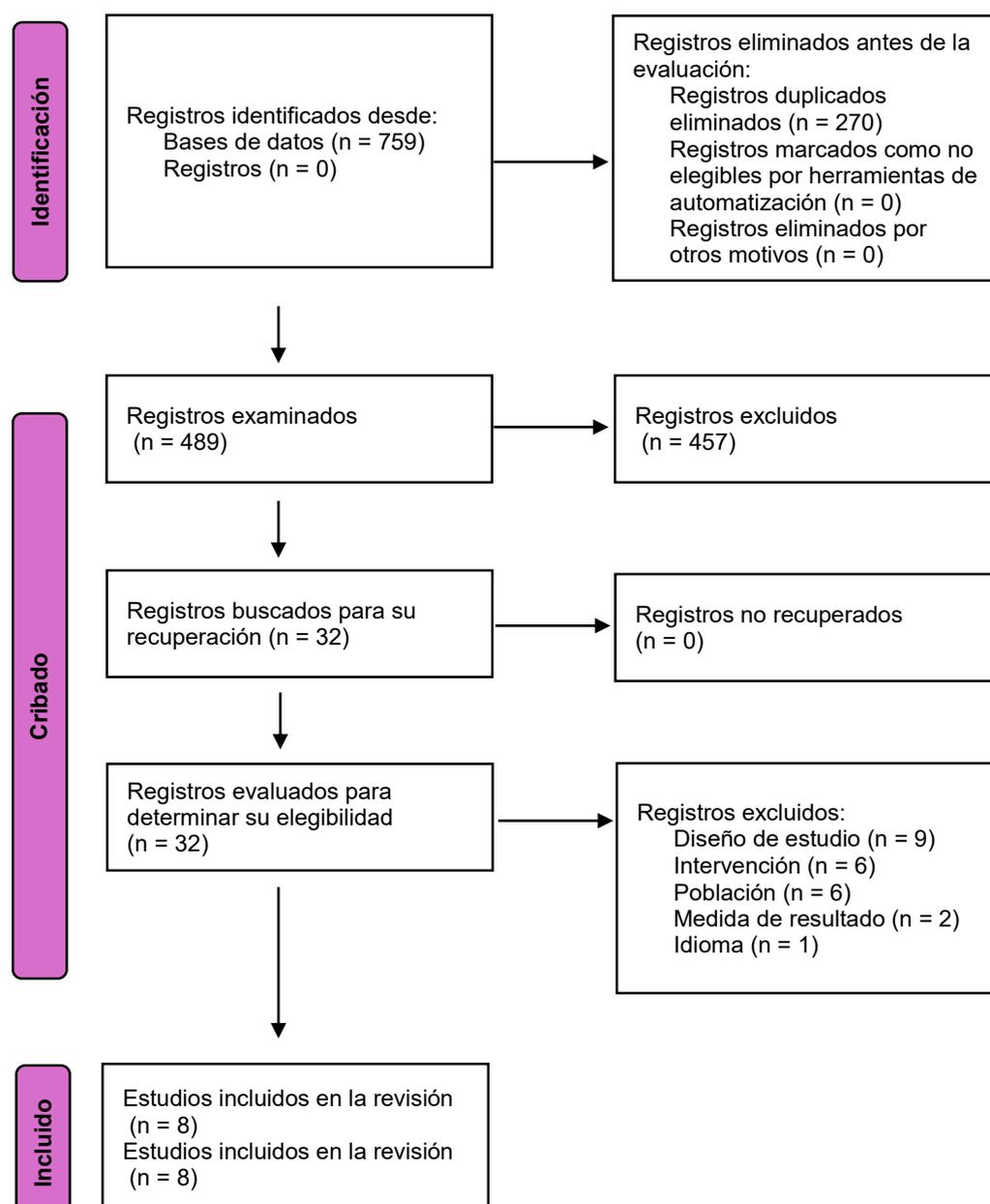
Selección de los estudios

El proceso de selección de búsqueda y selección de estudios se describe en el

siguiente diagrama de flujo (Figura 1). De un total de 759 referencias obtenidas en la consulta de todas las bases de datos electrónicas, y una vez eliminadas las duplicadas ($n = 270$), se revisaron 489 artículos por título y resumen, de los cuales se excluyeron 457. Los 32 artículos restantes fueron examinados a texto completo para determinar su elegibilidad. A partir de esta revisión, fueron excluidos 9 artículos por el diseño de estudios, 6 por la intervención, 6 fueron excluidos por la población de estudio, 2 por medidas de resultado y 1 por idioma. Finalmente fueron 8 estudios los incluidos en la revisión.

Figura 1

Proceso de selección de estudios: diagrama de flujo PRISMA 2020



Características de los estudios incluidos

Las características de los estudios incluidos en esta RS se presentan en la Tabla 1. Se seleccionaron un total de ocho ensayos controlados aleatorizados, todos publicados en inglés entre 2007 y 2019. Los estudios se llevaron a cabo en diferentes países, incluyendo Canadá, España, Países Bajos, Alemania, Reino Unido y Japón. La población de estudio se centra principalmente en adultos con depresión; sin embargo, dos de los ensayos (Vigot, 2019 y Khalifeh, 2019) se enfocan específicamente en mujeres embarazadas que padecen esta condición, mientras que otro estudio (Aok, 2019) investiga a estudiantes universitarios con sintomatología elevada. Es relevante mencionar que dos de los ensayos también incluyen a población médica (Metz, 2018 y Loh, 2007). En la mayoría de los estudios, la intervención consiste en una HATD basada en la web, diseñada para informar a los pacientes sobre sus condiciones y opciones de tratamiento. No obstante, el estudio de Metz (2018) incorpora también una versión impresa de la herramienta, mientras que los estudios de Aok (2019) y Loh (2007) se limitan a la intervención en formato papel. Todos los estudios incluyen un grupo de control que no recibe intervención. Por último, se emplean diversas escalas para medir el conflicto decisional, así como los niveles de depresión y ansiedad en todos los ensayos analizados. A continuación, se describen con detalle las características de dichos ensayos:

El estudio realizado por Aoki et al. (2019) en Japón contó con una muestra total de 88 estudiantes universitarios diagnosticados con trastornos depresivos. Del total de participantes, 35 fueron asignados al grupo de intervención y 53 al grupo control. La intervención consistió en una HATD implementada mediante el uso de folletos informativos. Estos folletos proporcionaban a los pacientes información clara y accesible sobre los trastornos del estado de ánimo, así como sobre las distintas opciones de tratamiento disponibles, con el objetivo de fomentar una participación activa y consciente en el proceso terapéutico.

El estudio realizado por Khalifeh et al. (2019) en el Reino Unido contó con una

muestra total de 51 mujeres embarazadas diagnosticadas con depresión, a quienes su médico había recomendado el uso de antidepresivos. De las participantes, 26 fueron asignadas al grupo de intervención y 25 al grupo control. La intervención consistió en una HATD basada en la web, cuyo objetivo era proporcionar información detallada sobre los riesgos y beneficios asociados al consumo de antidepresivos durante el embarazo. Esta intervención buscaba facilitar una toma de decisiones más informada y consciente por parte de las pacientes. Las variables de resultado incluyeron el conflicto decisonal, medido mediante la *Decisional Conflict Scale* (DCS); los síntomas depresivos, evaluados mediante la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) y los niveles de ansiedad, medidos con el *State-Trait Anxiety Inventory – State* (STAI-S).

El estudio llevado a cabo por Loh et al. (2007) en Alemania empleó un diseño de ECA por conglomerados con una muestra total de 30 médicos de atención primaria que trataban a pacientes con diagnóstico de depresión. De ellos, 20 médicos fueron asignados al grupo de intervención y 10 al grupo control. La intervención consistió en un programa multifacético de apoyo al proceso de toma de decisiones compartida, implementado tras la primera consulta. Esta intervención incluía materiales impresos informativos, formación médica específica, y el uso de un tablero de decisiones diseñado para facilitar el diálogo clínico. Además, el programa incorporaba conferencias especializadas con espacios para preguntas, rondas de discusión, juegos de rol y videos educativos, con el objetivo de mejorar la comunicación médico-paciente y la participación activa en la elección del tratamiento. El grupo control no recibió este tipo de intervención estructurada. Como variable de resultado se evaluaron los síntomas depresivos mediante la versión breve del *Patient Health Questionnaire–Depression* (Brief PHQ-D).

El estudio llevado a cabo por Metz et al. (2018) en los Países Bajos utilizó un diseño de ensayo controlado aleatorizado por conglomerados con una muestra total de 375 participantes, dividida en dos momentos de recolección (T1 y T2). En el primer tiempo (T1), participaron 200 personas, de las cuales 94 fueron asignadas al grupo de intervención y 106 al grupo control. En el segundo tiempo (T2), la muestra fue de 175 participantes, con 82 en el grupo de intervención y 93 en el control. La población incluyó tanto a adultos con diagnóstico clínico como a profesionales médicos. La intervención consistió en una HATD basada en web, diseñada para ser utilizada antes

del ingreso al servicio de salud mental. Esta herramienta estaba orientada a facilitar el proceso de toma de decisiones compartidas y podía ser empleada tanto por los pacientes como por los profesionales clínicos. La variable de resultado principal fue el conflicto decisional, evaluado mediante la DCS.

El estudio desarrollado por Metz et al. (2018) en los Países Bajos contó con una muestra total de 186 adultos con diagnósticos diversos, incluyendo trastornos depresivos, de personalidad, psicóticos, de ansiedad, entre otros. Del total de participantes, 94 fueron asignados al grupo de intervención y 92 al grupo control. La intervención consistió en el uso de una HATD, ofrecida tanto en formato web como en papel. Esta herramienta fue proporcionada a los participantes en dos momentos: al inicio del tratamiento y nuevamente seis meses después. Su objetivo era informar a los pacientes sobre los trastornos del estado de ánimo y sobre los riesgos y beneficios asociados a las diferentes opciones de tratamiento, fomentando así una toma de decisiones informada y colaborativa. El grupo control no recibió esta intervención. La variable de resultado principal fue el conflicto decisional, evaluado mediante la DCS.

El estudio realizado por Perestelo-Pérez et al. (2017), realizado en España, contó con una muestra total de 147 participantes adultos diagnosticados con trastorno depresivo mayor. De ellos, 68 fueron asignados al grupo de intervención y 79 al grupo control. La intervención consistió en una HATD basada en web, diseñada para informar al paciente sobre los síntomas de la depresión, los distintos tipos de esta patología, las opciones de tratamiento disponibles y las características de cada una. El objetivo principal de la intervención era reducir el conflicto decisional relacionado con el proceso de elección del tratamiento, evaluado a través de la DCS.

El estudio realizado por Simon et al. (2012) en Alemania, incluyó una muestra total de 2.480 adultos con diagnóstico de depresión y dolor lumbar. Del total, 1.269 participantes fueron asignados al grupo de intervención y 1.211 al grupo control. La intervención consistió en el uso de una HATD basada en la web que se proporcionaba directamente durante la consulta clínica, y estaba orientada a evaluar las necesidades del usuario y ofrecerle información personalizada sobre las distintas opciones de tratamiento disponibles. El grupo control no recibió esta intervención. Las variables de resultado incluyeron el conflicto decisional, medido mediante la DCS, y la sintomatología depresiva, evaluada a través del PHQ.

Por último, el estudio realizado por Vigod et al. (2019) en Canadá incluyó a un total de 96 mujeres embarazadas diagnosticadas con trastorno depresivo mayor. Las participantes fueron estratificadas según el entorno de contratación (especialista/no especialista), con 48 mujeres en el grupo de intervención y 48 en el grupo de control. La intervención consistió en el uso de una HATD web que proporcionaba información sobre la depresión, el embarazo y el uso de antidepresivos. El objetivo era ayudar a las pacientes a comprender los riesgos y beneficios asociados con la toma de antidepresivos durante el embarazo. Para evaluar los resultados, se utilizaron varias escalas: la DCS para medir el conflicto en la toma de decisiones, la EPDS para evaluar los niveles de depresión, y el STAI-S para medir la ansiedad

Tabla 1*Características de los estudios incluidos*

Autor/a (año), país	Diseño	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado
Aok et al. (2019), Japón	Ensayo controlado aleatorizado	N total: 88 N intervención: 35 N control: 53	Estudiantes universitarios diagnosticados con trastornos depresivos	HATD Folletos Proporciona información sobre trastornos de estado de ánimo y sobre el tratamiento.	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	QIDS-SR
Khalifeh et al. (2019), United Kingdom	Ensayo controlado aleatorizado	N total: 51 N intervención: 26 N control: 25	Mujeres embarazadas con depresión cuyo medico ha recomendado antidepresivos	HATD Basada en web Proporciona información sobre riesgos y beneficios de consumir antidepresivos durante el embarazo	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS EPDS STAI – S

Autor/a (año), país	Diseño	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado
Loh et al. (2007), Alemania	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados	N total: 30 N intervención: 20 N control: 10	Médicos con atención a pacientes con depresión y pacientes con diagnóstico de depresión	Programa multifacético en proceso de toma de decisiones compartida. Información impresa. Se realiza después de la primera consulta. Incluye formación médica y tablero de decisiones. Incluye conferencia especializadas con acompañamiento de preguntas y rondas de discusión, juegos de rol y videos.	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	PHQ
Metz et al. (2018), Netherlands	Ensayo controlado aleatorizado por conglomerados	N total: 375 (T1:200; T2: 175) T1 N intervención: 94 T1 N control: 106 T2 N intervención: 82 T2 control: 93	Adultos con diagnóstico clínico y profesionales médicos	HATD Basada en web Se realiza antes de la admisión. Sirve tanto para pacientes como para médicos	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS

Autor/a (año), país	Diseño	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado
Metz et al. (2018), Netherlands	Ensayo controlado aleatorizado	N total: 186 N intervención: 94 N control: 92	Adultos con diagnóstico de trastornos depresivos, de personalidad, psicóticos, de ansiedad y otros.	HATD Basada en web y en papel. Los participantes recibieron la ayuda al inicio y después de seis meses. Proporciona información sobre los trastornos del estado de ánimo, así como de los riesgos y beneficios de elegir un tratamiento u otro.	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS
Perestelo- Perez et al. (2017), España	Ensayo controlado aleatorizado	N total: 147 N intervención: 68 N control: 79	Adultos con trastorno depresivo mayor	HATD Basada en web Informa al paciente sobre síntomas, tipos de depresión, opciones de tratamiento y sus características	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS
Simon et al. (2012), Alemania	Ensayo controlado aleatorizado	N total: 2480 N intervención: 1269 N control: 1211	Adultos con depresión y dolor lumbar	HATD Basada en la web Proporcionada en consulta Evalúa las necesidades del usuario y presenta opciones de tratamiento disponibles.	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS PHQ

Autor/a (año), país	Diseño	Tamaño muestral	Población	Intervención	Comparador	Medidas de resultado
Vigod et al. (2019), Canadá	Ensayo controlado aleatorizado estratificado por entorno de contratación (especialista/no especialista)	N total: 96 N intervención: 48 N control: 48	Mujeres embarazadas con trastorno depresivo mayor	HATD Basada en Web Se usa para informar a las pacientes acerca de la depresión, embarazo y consumo de antidepresivos. De esta manera se analizan los riesgos y beneficios de tomar antidepresivos en el embarazo	Condición de control (sin intervención para el fomento de la toma de decisiones compartida)	DCS EPDS STAI – S

EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; HATD: herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartida; PHQ: Patient Health Questionnaire; QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory

Riesgo de sesgo de los estudios individuales

La evaluación de los estudios incluidos mediante la herramienta CASPe mostró que todos cumplían con el criterio de estar orientados a una pregunta claramente definida (ítem 1), estableciendo de forma adecuada la población de estudio, la intervención, la comparación y los desenlaces considerados. La mayoría de los estudios también cumplieron con los criterios relacionados con la generación de la secuencia de aleatorización y su ocultación (ítem 2), lo que fortalece la validez interna y reduce el riesgo de sesgo de selección. No obstante, en tres estudios (Simon et al., 2012; Aoki et al., 2019; Loh et al., 2007) no se aporta información clara sobre el proceso de asignación aleatoria, lo que podría deberse a una falta de transparencia en la publicación de los métodos o a deficiencias en el diseño. Además, en el ensayo de Khalifeh et al. (2019), no se informa sobre el método para realizar la ocultación de la secuencia de aleatorización, lo que podría introducir sesgo de selección.

En relación con el seguimiento de los participantes (ítem 3), ninguno de los estudios logró un cegamiento completo de profesionales clínicos y pacientes, dada la naturaleza de las intervenciones basadas en la toma de decisiones compartidas. Esta limitación puede afectar la objetividad de las evaluaciones. Por otro lado, en todos los estudios se hace un seguimiento adecuado de las pérdidas a lo largo del estudio, sin diferencias significativas entre los grupos en relación con el número de pérdidas o las razones que las motivan (ítem 4).

Respecto a la medición de los desenlaces clínicamente relevantes (ítem 5), todos los estudios emplearon instrumentos validados y métodos estandarizados, lo que garantiza la fiabilidad de los resultados. Sin embargo, no fue posible determinar si existió sesgo por comunicación selectiva de los resultados (ítem 6), debido a la ausencia de información sobre el registro previo de los ensayos clínicos o posibles discrepancias entre los resultados planificados y los publicados.

En la mayoría de los estudios se utilizó un análisis por Intención de Tratar (ITT) (ítem 7), lo que contribuye a una mayor generalizabilidad de los hallazgos. No obstante, dos estudios (Simon et al., 2012; Loh et al., 2007) emplearon un análisis por Protocolo (APP), lo que podría sobreestimar el efecto de la intervención al excluir a participantes que abandonaron o no cumplieron con el protocolo. En el caso de Simon et al. (2012), se aplicaron ambos enfoques (ITT y APP), proporcionando así una visión más completa

del impacto del tratamiento. En cuanto a la precisión de los estimadores del efecto (ítem 8), todos los estudios reportaron intervalos de confianza al 95 %, lo que permite una interpretación adecuada de la certeza estadística.

Respecto a la aplicabilidad de los resultados a la práctica clínica (ítem 9), cuatro estudios indicaron explícitamente que sus hallazgos podrían ser transferibles a la población objetivo. Sin embargo, en el resto de los casos, esta aplicabilidad no pudo ser determinada con certeza debido a diferencias en las características de los participantes y al contexto geográfico y sanitario en el que se realizaron los estudios. Por otro lado, no se dispone de suficiente información para establecer si se tuvieron en cuenta todos los desenlaces clínicamente relevantes (ítem 10), incluyendo efectos adversos, calidad de vida o costes, lo que limita la evaluación del balance riesgo-beneficio de las intervenciones. Finalmente, aunque los estudios sugieren un balance positivo entre beneficios y riesgos (ítem 11), se requiere más información sobre costes específicos y posibles efectos adversos para validar completamente esta afirmación.

Este análisis crítico permite contextualizar los resultados presentados en la Tabla 2, proporcionando una visión más clara sobre la calidad metodológica y la aplicabilidad de los estudios incluidos en esta revisión.

Tabla 2*Evaluación de la calidad de los estudios incluidos mediante el instrumento CASPe*

Ítem	Vigod et al. (2019), Canadá	Perestelo-Pérez et al. (2017), España	Metz et al. (2018), Países Bajos	Simon et al. (2012), Alemania	Khalifeh et al. (2019), Reino Unido	Aok et al. (2019), Japón	Metz et al. (2018), Países Bajos	Loh et al. (2007), Alemania
1	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
2	SI	SI	SI	NO SÉ	NO	NO SÉ	SI	NO SÉ
3	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
4	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
5	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
6	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ
7	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis por protocolo (APP) y (ITT)	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis de intención de tratar (ITT)	Análisis por protocolo (APP)
8	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	95%
9	NO SÉ	SI	SI	SI	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	SI
10	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ	NO SÉ
11	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Nota: Esta tabla presenta la evaluación crítica de los ensayos clínicos incluidos en la revisión sistemática, aplicando los criterios del instrumento CASPe. Los ítems valorados son: 1: ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?; 2: ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?; 3: ¿Se mantuvo la comparabilidad de los grupos a través del estudio?; 4: ¿Fue adecuado el manejo de las pérdidas durante el estudio?; 5: ¿Fue adecuada la medición de los desenlaces?; 6: ¿Se evitó la comunicación selectiva de resultados?; 7: ¿Cuál es el efecto del tratamiento para cada desenlace?; 8. ¿Cuál es la precisión de los estimadores del efecto?; 9: ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?; 10: ¿Se han tenido en cuenta todos los resultados y su importancia clínica?; 11: ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

Resultados de los estudios individuales y síntesis de resultados

Los estudios incluidos en esta RS evalúan la efectividad de distintas intervenciones para la reducción del conflicto decisional, la ansiedad y la depresión. A continuación, se describen de forma sintetizada los instrumentos utilizados para medir estas variables y se discuten los resultados obtenidos en cada uno de los estudios incluidos. En la Tabla 3 se presentan los hallazgos de manera estructurada.

En total, seis estudios (Vigod et al., 2019, Perestelo-Pérez et al., 2017, Metz et al., 2018, Simon et al., 2012, Khalifeh et al., 2019 y Metz et al., 2018) evaluaron el conflicto decisional, todos utilizando la Escala de Conflicto Decisional (DCS, del inglés *Decisional Conflict Scale*), una herramienta estandarizada que mide la incertidumbre que experimenta un paciente al tomar decisiones sobre su tratamiento. En general, los resultados sugieren una tendencia hacia la reducción del conflicto decisional en los grupos que utilizaron herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida, aunque no siempre alcanzaron significación estadística.

Vigod et al. (2019) observaron una reducción en la puntuación media del DCS en el grupo intervención en comparación con el grupo control, sin alcanzar significación estadística a nivel general (DM = -7.01, IC95%: - 14.3, 0.30, $p = 0.060$); sin embargo, en contextos no especializados, esta diferencia fue significativa (DM = -15.1, IC95%: -25.6 a -4.55, $p = 0.006$). Perestelo-Pérez et al. (2017) también observaron una reducción significativa en la puntuación media del DCS en el grupo intervención frente al grupo control, con una diferencia estadísticamente significativa ($B = -9.98$, IC95%: -15.6 a -4.38, $p < 0.001$). Por su parte, Metz et al. (2018) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias del DCS entre el grupo intervención y el grupo control tras la intervención ($B = -2.22$, IC95%: - 12.10 a 7.66, $p = 0.660$), y en otro de sus estudios, aunque las puntuaciones medias del DCS fueron ligeramente inferiores tras la intervención tanto en el grupo intervención como en el grupo control, la diferencia entre grupos tampoco fue estadísticamente significativa ($B = 1.23$, IC95%: -5.46 a 7.93, $p = 0.717$). Simon et al. (2012) observaron una menor puntuación media en el DCS en el grupo intervención en comparación con el grupo control tras la intervención, aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p = 0.269$). Finalmente, Khalifeh et al. (2019) encontraron una reducción en las puntuaciones medias del DCS en el grupo intervención tras el uso de la herramienta de ayuda, en comparación con el grupo control, aunque dicha diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($B = -3.5$,

IC95%: -12.6 a 5.6, $p > 0.05$).

Solo dos estudios (Vigod et al. 2019 y Khalifeh et al., 2019) midieron el efecto de usar las HATD sobre la severidad de la sintomatología ansiosa, en ambos casos utilizando la subescala de ansiedad-estado del STAI.

Vigod et al. (2019) observaron una reducción en la puntuación media en ansiedad en el grupo intervención en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del STAI-S tras la intervención (DM = -2.58, IC95%: -7.87 a 2.72, y $p = 0.336$). Por otro lado, Khalifeh et al. (2019) observaron que tras la intervención el estado de ansiedad era inferior en el grupo que utilizó la herramienta para la toma de decisiones compartida en relación con grupo control. tampoco, esta diferencia alcanzó significación estadística (B = 5.1, IC95%: 1.0 a 11.3, y $p > 0.005$).

Por último, cuatro estudios (Vigod et al., 2019, Aoki et al., 2019, Khalifeh et al., 2019 y Loh et al., 2007) midieron la severidad de la sintomatología depresiva, utilizando los instrumentos EPDS, QIDS-SR y PHQ-9. Los resultados mostraron variabilidad en cuanto a la efectividad de las intervenciones. Por un lado, Vigod et al. (2019) observaron una reducción en la puntuación media en depresión en el grupo intervención en comparación con el grupo control. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del EPDS tras la intervención (DM = -1.49, IC95%: -3.44 a 0.46, y $p = 0.132$). Aoki et al. (2019) observaron una ligera reducción de los síntomas depresivos. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medianas del QIDS-SR tras la intervención, con un valor $p = 0.27$. Khalifeh et al. (2019) también observaron una ligera reducción de síntomas depresivos. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones en relación con la severidad de la sintomatología depresiva (B = 1.4, IC95%: -1.6, 4.5, $p > 0.005$). Por último, Loh et al. (2007) observaron también una ligera reducción en las puntuaciones medias referidas a la sintomatología depresiva, aunque tampoco estas puntuaciones medias entre los grupos intervención y control fueron estadísticamente significativas tras la intervención ($p > 0.05$).

Tabla 3

Síntesis de resultados

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Conflicto decisional						
Vigod et al. (2019)	DCS	46.8 ± 13.3	47.7 ± 15.0	26.9 ± 16.8	34.4 ± 19.5	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del DCS tras la intervención (DM = -7.01, IC95%: -14.3, 0.30, p = 0.060). En entornos no especializados, si hay diferencia estadísticamente significativa (DM= -15.1, IC95%: -25.6 a -4.55, p= 0.006)
Perestelo-Pérez et al. (2017)	DCS	NI	NI	23.7 ± 15.9	35.4 ± 15.3	La intervención redujo significativamente la puntuación total del DCS (B = -9,98, IC95%: -15.6, -4.38, p < 0,001). Tras la intervención, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, con menor conflicto decisional en el grupo que usó la herramienta (p < 0.001).
Metz et al. (2018)	DCS	40.2 ± 18.6	42.1 ± 21.8	41.5 ± 14.0	44.2 ± 21.6	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del DCS tras la intervención (B = -2.22, IC95%: -12.10, 7.66, p = 0.660)
Simon et al. (2012)	DCS	NI	37.8 ± 2.5	NI	40.8 ± 2.2	Tras la intervención, el conflicto decisional fue inferior en el grupo que utilizó la herramienta para la toma de decisiones compartida, sin

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
						embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0.269$).
Khalifeh et al. (2019)	DCS	53.2 ± 11.5	56.7 ± 16.6	32.2 ± 16.4	37.5 ± 17.0	Tras la intervención, el conflicto decisional fue inferior en el grupo que utilizó la herramienta para la toma de decisiones compartida, sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($B = -3.5$, IC95%: -12.6, 5.6, $p > 0.05$)
Metz et al. (2018)	DCS	37.8 ± 19.0	39.8 ± 15.4	33.0 ± 19.3	33.2 ± 16.5	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del DCS tras la intervención ($B = 1.23$, IC95%: -5.46, 7.93, $p = 0.717$).
Ansiedad						
Vigod et al. (2019)	STAI-S	43.6 ± 11.7	42.8 ± 13.0	39.8 ± 14.5	42.2 (13.3)	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del STAI-S tras la intervención (DM = -2.58, CI95%: -7.87, 2.72, $p = 0.336$)
Khalifeh et al. (2019)	STAI-S	44.0 (15.2)	41.8 (12.8)	38.8 (13.7)	42.2 (12.6)	Tras la intervención, el estado de ansiedad fue inferior en el grupo que utilizó la herramienta para la toma de decisiones compartida, sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa ($B = 5.1$, IC95%: 1.0, 11.3, $p > 0.005$)

Estudio (año), país	Instrumento	Pre-intervención (Media±DT)		Post-intervención (Media±DT)		Resultados
		Intervención	Control	Intervención	Control	
Depresión						
Vigod et al. (2019)	EPDS	12.3 ± 5.48	11.9 ± 4.47	9.00 ± 5.15	10.3 ± 4.92	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del EPDS tras la intervención (DM = -1.49, IC95%: -3.44, 0.46, p = 0.132)
Aoki et al. (2019)	QIDS-SR	NI	10 ² ± 6	NI	10 ² ± 8	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medianas del QIDS-SR tras la intervención (p = 0.27).
Khalifeh et al. (2019)	EPDS	14.5 ± 7.1	12.5 ± 6.2	12.8 ± 6.6	10.3 ± 5.9	No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en relación con la severidad de la sintomatología depresiva (B = 1.4, IC95%: -1.6, 4.5, p > 0.005)
Loh et al. (2007)	PHQ-9	14.7 ± 5.5	13.7 ± 5.8	14.4 ± 5.1	14.6 ± 5.3	No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones medias del PHQ-9 tras la intervención (p > 0.05)

Nota: ¹ Error estándar: no se informa la DT. ² Mediana y rango intercuartílico: no se informan las medias y DT.
 EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; DT: desviación típica; HATD: herramienta de ayuda para la toma de decisiones compartida; PHQ: Patient Health Questionnaire; QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report; STAI-S: State-Trait Anxiety Inventory

Discusión

Esta RS tenía como objetivo explorar los efectos de diversas HATD sobre el conflicto decisional, la ansiedad y la depresión en personas adultas con diagnóstico o sintomatología elevada. De los ocho estudios incluidos, la mayoría de las intervenciones, principalmente basadas en plataformas web, no lograron generar diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad o depresión. Sin embargo, algunos estudios sí reportaron reducciones significativas en el conflicto decisional, lo que sugiere un potencial de estas herramientas para mejorar el proceso de toma de decisiones en contextos clínicos. Específicamente, los estudios de Perestelo-Pérez et al. (2017) y Simon et al. (2012) mostraron una disminución significativa en el conflicto decisional tras el uso de herramientas de ayuda. En contraste, trabajos como los de Vigod et al. (2019) y Khalifeh et al. (2019) no encontraron diferencias significativas entre grupos. En cuanto a los síntomas de ansiedad y depresión, los resultados fueron heterogéneos: mientras que algunos estudios informaron mejoras leves, estas no fueron significativas en la mayoría de los casos, como ocurrió en los ensayos de Vigod et al. (2019) y Metz et al. (2018).

Las herramientas analizadas, como las plataformas digitales o el uso de folletos impresos, se diseñaron con el objetivo principal de facilitar decisiones informadas, proporcionando información clara sobre las opciones disponibles, sus riesgos y beneficios. Aunque su impacto directo sobre los síntomas de ansiedad y depresión parece limitado, los hallazgos sugieren que estas intervenciones sí pueden mejorar la calidad del proceso decisional. Esto destaca la importancia de continuar investigando cómo optimizar dichas herramientas para aumentar su efectividad en la mejora del bienestar emocional de los pacientes, no solo por su potencial clínico, sino también por un imperativo ético de garantizar que todas las personas puedan participar de forma informada, autónoma y apoyada en decisiones que afectan directamente su salud mental y su calidad de vida. A pesar de las variaciones en los resultados, los estudios incluidos sugieren que la implementación de intervenciones basadas en la TDC puede ser una estrategia prometedora para apoyar a los pacientes en la gestión de su salud mental.

En comparación con otros ámbitos de la salud, como el tratamiento de enfermedades físicas, diversos estudios destacan la efectividad de las herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (TDC). Por ejemplo, las revisiones sistemáticas de Mahumud et al. (2024) y Stacey et al. (2024) evidencian cómo estas

intervenciones favorecen una mayor participación del paciente y promueven decisiones más informadas y coherentes con sus valores y preferencias personales. Cabe señalar que, en estos contextos, la efectividad de las intervenciones se evalúa comúnmente mediante indicadores objetivos y biométricos, lo que facilita su medición. En contraste, la evaluación de herramientas de TDC en salud mental implica desafíos adicionales. En este campo, los resultados pueden depender en gran medida de indicadores subjetivos, como la percepción de calidad de vida o el malestar emocional, lo que exige enfoques más integradores y sensibles al contexto. Además, factores sociales, culturales y psicológicos pueden modular la efectividad de las intervenciones, lo que refuerza la necesidad de enfoques multidisciplinarios que contemplen estas dimensiones.

Las herramientas analizadas en este estudio no solo proporcionan un marco para evaluar y mejorar las intervenciones, sino que también tienen implicaciones significativas en la forma en que se implementan las políticas y estrategias de salud pública. La importancia de estas herramientas radica en su capacidad para facilitar la toma de decisiones informadas, basadas en datos y evidencias, lo que permite optimizar recursos y maximizar el impacto de las intervenciones. Además, estas herramientas no solo afectan a los profesionales de la salud, sino que también influyen en las comunidades y los individuos, al permitir una comprensión más profunda de las necesidades y realidades locales. En un contexto de creciente complejidad y diversidad de los problemas de salud, las herramientas que promueven enfoques personalizados y adaptados a contextos específicos son esenciales para garantizar la efectividad de las estrategias y, por ende, mejorar los resultados a largo plazo.

Entre las principales fortalezas de esta RS destaca el enfoque sistemático y riguroso en la identificación, selección y análisis de los estudios. El uso de criterios de inclusión y exclusión bien definidos, junto con una metodología transparente, garantiza la calidad y la validez de los estudios seleccionados, lo que aumenta la confiabilidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, esta revisión también presenta algunas limitaciones inherentes a su diseño. En primer lugar, la calidad heterogénea de los estudios incluidos puede haber influido en la consistencia de los hallazgos, ya que algunos estudios presentaron sesgos metodológicos o tamaños de muestra reducidos. Además, la disponibilidad limitada de datos en ciertos contextos o poblaciones específicas puede haber restringido la generalización de los resultados. Estas

limitaciones deben ser consideradas al interpretar los hallazgos de la revisión y sugieren áreas para futuras investigaciones que puedan abordar las brechas de conocimiento identificadas

De cara a futuras investigaciones, son necesarios más estudios, con muestras mayores y diseños rigurosos, que permitan seguir evaluando el impacto que este tipo de herramientas pueden tener sobre la sintomatología afectiva. Además, sería fundamental ampliar la evaluación de estas herramientas en otros ámbitos de la salud mental. A pesar de que los estudios revisados en esta revisión se centraron principalmente en áreas específicas, la expansión de la investigación a otros dominios podría proporcionar una comprensión más completa de cómo estas herramientas pueden ser adaptadas y aplicadas en contextos diversos. Además, incorporar perspectivas multidisciplinarias, incluyendo profesionales del ámbito de la salud mental, como psicólogos sanitarios y clínicos y psiquiatras, diseñadores de tecnología y pacientes, será clave para garantizar que estas herramientas sean efectivas, culturalmente adaptadas y centradas en la persona.

Como conclusión, los resultados de esta RS sugieren que las HATD pueden contribuir a mejorar la calidad del proceso decisional en personas con síntomas de ansiedad y/o depresión, especialmente al reducir el conflicto decisional. Sin embargo, su impacto directo sobre los niveles de ansiedad y depresión es aún limitado y poco consistente, lo que indica que estas intervenciones, aunque valiosas, deben seguir refinándose para adaptarse de forma adecuada a las necesidades específicas de las personas con problemas de salud mental. Estas herramientas, diseñadas para fomentar la autonomía y la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones clínicas, tienen un valor añadido que trasciende los resultados clínicos tradicionales. Su uso responde no solo a criterios de efectividad, sino también a un imperativo ético centrado en el respeto a los derechos del paciente, la equidad y la toma de decisiones informadas. Promover este tipo de intervenciones, por tanto, implica avanzar hacia una atención más humanizada y centrada en la persona.

Referencias

- Aoki, Y., Takaesu, Y., Inoue, M., Furuno, T., Kobayashi, Y., Chiba, H., Kakita, Y., Hori, M., Tachimori, H., & Watanabe, K. (2019). Seven-day shared decision making for outpatients with first episode of mood disorders among university students: A randomized controlled trial. *Psychiatry research*, 281, 112531. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112531>
- Asociación Americana de Psicología. (2019). Guías de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en tres cohortes de edad. Recuperado de sitio web de la APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed.). Arlington, VA: Publicación de la Asociación Americana de Psiquiatría
- Fernández, E., & Ruiz, J. (2021). Efectividad de las herramientas de ayuda en la adherencia al tratamiento en trastornos mentales. *Revista de Terapia Cognitiva*, 8(2), 75-90
- Fernández, J., & Gómez, E. (2021). La importancia de la comunicación en la toma de decisiones compartida: un enfoque desde la atención centrada en la persona. *Revista de Comunicación en Salud*, 15(2), 67-75
- González, A., & Martínez, M. (2021). Toma de decisiones compartida en la atención sanitaria: un enfoque centrado en la persona. *Revista de Atención Primaria*, 53(2), 123-130.
- González, A., & Pérez, M. (2021). Estrategias de toma de decisiones compartida en salud mental: un enfoque en la ansiedad y la depresión. *Revista de Psicología Clínica*, 37(2), 145-160.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. (2024). Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2022). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el

Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2013/06

Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.5 (updated August 2024). Cochrane, 2024. Available from www.training.cochrane.org/handbook

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Instituto Nacional de Estadística. (2021). Encuesta europea de salud en España 2019-2020.

Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en Atención (NICE). (2011). Trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en adultos: manejo. Guía NICE CG113]. Recuperado de [sitio web de NICE]

Khalifeh, H., Molyneaux, E., Brauer, R., Vigod, S., & Howard, L. M. (2019). Patient decision aids for antidepressant use in pregnancy: a pilot randomised controlled trial in the UK. *BJGP open*, 3(4), [bjgpopen19X101666](https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101666). Advance online publication. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen19X101666>

Khan, A., & Watson, J. (2006). Antidepresivos en el tratamiento de la depresión: una revisión de la evidencia. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 67(3), 1-8

Loh, A., Simon, D., Wills, C. E., Kriston, L., Niebling, W., & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 67(3), 324–332. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.023>

López, J., & Pérez, R. (2020). Herramientas para la toma de decisiones compartidas: una revisión sistemática. *Salud Pública de México*, 62(3), 345-352

Mahumud, R. A., Alam, K., Vinnakota, D., Khan, M. M., & Dawda, P. (2024). Effectiveness of shared decision-making for glycaemic control among type 2

- diabetes mellitus adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Health Promotion International*, daae029. <https://doi.org/10.1093/heapro/daae029>
- Martínez, J., & López, R. (2020). La adherencia al tratamiento en trastornos de ansiedad: el papel de las herramientas de decisión compartida. *Psicología y Salud*, 30(1), 25-34.
- Martínez, C., & Ruiz, A. (2023). Impacto de la toma de decisiones compartida en la satisfacción del paciente: un estudio en hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*, 37(4), 289-295.
- Metz, M., Elfeddali, I., Veerbeek, M., de Beurs, E., Beekman, A., & van der Feltz-Cornelis, C. (2018). Effectiveness of a multi-faceted blended eHealth intervention during intake supporting patients and clinicians in Shared Decision Making: A cluster randomised controlled trial in a specialist mental health outpatient setting. *PloS one*, 13(6), e0199795. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199795>
- Metz, M. J., Veerbeek, M. A., Twisk, J. W. R., van der Feltz-Cornelis, C. M., de Beurs, E., & Beekman, A. T. F. (2019). Shared decision-making in mental health care using routine outcome monitoring: results of a cluster randomised-controlled trial. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(2), 209–219. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1589-8>
- Moreno-Agostino, D., Wu, Y. T., Daskalopoulou, C., Hasan, M. T., Huisman, M., & Prina, M. (2021). Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 281, 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.035>
- Muench, F., & Hoh, K. (2013). El papel de la psicoterapia en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicología Clínica*, 69(5), 487-494.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. D., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Sanchez-Afonso, J. A., Perez-Ramos, J., Castellano-Fuentes, C. L., Sepucha, K., & Serrano-Aguilar, P. (2017). Effectiveness of a decision aid for patients with depression: A randomized controlled trial. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 20(5), 1096–1105. <https://doi.org/10.1111/hex.12553>
- Ramírez, C., & Ortega, S. (2023). Decisiones compartidas en el tratamiento de la ansiedad: revisión de la literatura. *Psicología y Bienestar*, 12(4), 300-315
- Sánchez, L., & Torres, P. (2022). Impacto de las herramientas digitales en la toma de decisiones en pacientes con depresión: un estudio de caso. *Revista de Salud Mental*, 15(3), 200-215.
- Sánchez, M., & Torres, L. (2022). Atención centrada en la persona y toma de decisiones compartida: un modelo integrador. *Revista de Medicina y Salud Pública*, 12(1), 45-58
- Simon, D., Kriston, L., von Wolff, A., Buchholz, A., Vietor, C., Hecke, T., Loh, A., Zenker, M., Weiss, M., & Härter, M. (2012). Effectiveness of a web-based, individually tailored decision aid for depression or acute low back pain: a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 87(3), 360–368. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.10.009>
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M. J., Bennett, C. L., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L., & Volk, R. J. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6>
- Vigod, S. N., Hussain-Shamsy, N., Stewart, D. E., Grigoriadis, S., Metcalfe, K., Oberlander, T. F., Schram, C., Taylor, V. H., & Dennis, C. L. (2019). A patient decision aid for antidepressant use in pregnancy: Pilot randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 251, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.051>

Anexos

Anexo 1. Checklist de PRISMA

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	1
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	3
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	6
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	8
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	9 - 10
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	9
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	10 (Anexo 2)
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	10
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	10

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	10
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	10
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	NA
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	11
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	10 - 11
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	NA
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	NA
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	NA

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	NA
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	NA
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	NA
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	12
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	12 (Anexo 3)
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	13 – 19
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	20 - 22
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	23 - 28
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	26 - 28
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	26 -28

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	NA
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	NA
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	NA
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	NA
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	29 - 30
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	30
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	30
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	30
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	NA
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	NA
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	NA
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	NA
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	NA

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	NA

Anexo 2: Estrategias de búsqueda:**MEDLINE**

#	Consulta	Resultados
S16	S13 AND S14 AND S15	385
S15	S10 OR S11 OR S12	657,889
S14	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	61,043
S13	S1 OR S2 OR S3	1,825,589
S12	MH Randomized Controlled Trials as Topic	177,628
S11	AB (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	475,867
S10	TI (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	217,990
S9	TI (((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*)))	0
S8	AB ((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*))	80
S7	AB (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	47,623
S6	TI (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	7,302
S5	MM Decision Making, Shared	1,387
S4	MM Decision Support Techniques	13,233
S3	AB (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	1,695,199
S2	TI (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	598,877
S1	MM (Depression OR Depressive Disorder OR Anxiety OR Anxiety Disorders)	197,999

PsycINFO

#	Consulta	Resultados
S16	S13 AND S14 AND S15	109
S15	S10 OR S11 OR S12	78,707
S14	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	15,207
S13	S1 OR S2 OR S3	764,693

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

S12	Randomized Controlled Trials as Topic	13,750
S11	AB (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	67,782
S10	TI (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	29,408
S9	TI (((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*)))	0
S8	AB ((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*))	8
S7	AB (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	14,900
S6	TI (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	2,294
S5	Decision Making, Shared	8,729
S4	Decision Support Techniques	7,622
S3	AB (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	741,991
S2	TI (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	301,486
S1	Depression OR Depressive Disorder OR Anxiety OR Anxiety Disorders	629,085

CINAHL

#	Consulta	Resultados
S16	S13 AND S14 AND S15	198
S15	S10 OR S11 OR S12	227,443
S14	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	32,398
S13	S1 OR S2 OR S3	470,140
S12	Randomized Controlled Trials as Topic	4,244
S11	AB (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	165,374
S10	TI (randomized controlled trial OR randomised controlled trial OR RCT OR "clinical trial" OR "controlled trial" OR "random allocation"))	110,715

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

S9	TI (((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*)))	0
S8	AB ((decision* OR decid*) ADJ (support* OR aid* OR tool* OR instrument* OR technolog* OR technique* OR system* OR program* OR intervention*))	16
S7	AB (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	17,234
S6	TI (shared decision making OR SDM OR decision aid*)	5,288
S5	Decision Making, Shared	13,977
S4	Decision Support Techniques	10,848
S3	AB (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	349,187
S2	TI (depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder or anxiety or anxiety disorders or generalized anxiety disorder OR generalised anxiety disorder OR depress* OR anxious OR mood disorder OR dysthymia OR emotional distress OR panic disorder OR social anxiety disorder OR phobia OR stress OR worry)	178,889
S1	Depression OR Depressive Disorder OR Anxiety OR Anxiety Disorders	293,537

Anexo 3: listado de estudios excluidos a texto completo

Estudios excluidos	Razón de exclusión
Hadizadeh-Talasaz, F., Ghoreyshi, F., Mohammadzadeh, F., & Rahmani, R. (2021). Effect of shared decision making on mode of delivery and decisional conflict and regret in pregnant women with previous cesarean section: a randomized clinical trial. <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 21(1), 144.	POBLACION
Grasso, D. J., Ford, J. D., & Lindhiem, O. (2016). A Patient-Centered Decision-Support Tool Informed by History of Interpersonal Violence: "Will This Treatment Work for Me?". <i>Journal of interpersonal violence</i> , 31(3)	INTERVENCION
Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Anema, J. R., Beekman, A. T., Brouwers, E. P., Emons, W. H., van Lomwel, A. G., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Effectiveness of a blended web-based intervention on return to work for sick-listed employees with common mental disorders: results of a cluster randomized controlled trial. <i>Journal of medical Internet research</i> , 17(5)	INTERVENCION
Loh, A., Meier, K., Simon, D., Hänselmann, S., Jahn, H., Niebling, M., & Härter, W. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten [Development and evaluation of a training program in shared decision making for primary care of depressive patients]. <i>Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz</i> , 47(10), 977–984.	IDIOMA
Vigod, S. N., Hussain-Shamsy, N., Stewart, D. E., Grigoriadis, S., Metcalfe, K., Oberlander, T. F., Schram, C., Taylor, V. H., & Dennis, C. L. (2019). A patient decision aid for antidepressant use in pregnancy: Pilot randomized controlled trial. <i>Journal of affective disorders</i> , 251, 91–99	DISEÑO DE ESTUDIO
Wong, S. S., Thornton, J. G., Gbolade, B., & Bekker, H. L. (2006). A randomised controlled trial of a decision-aid leaflet to facilitate women's choice between pregnancy termination methods. <i>BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology</i> , 113(6), 688–694.	POBLACION
Watts, B. V., Schnurr, P. P., Zayed, M., Young-Xu, Y., Stender, P., & Llewellyn-Thomas, H. (2015). A randomized controlled clinical trial of a patient decision aid for posttraumatic stress disorder. <i>Psychiatric services (Washington, D.C.)</i> , 66(2), 149–154.	POBLACION
Carroll, A. E., Biondich, P., Anand, V., Dugan, T. M., & Downs, S. M. (2013). A randomized controlled trial of screening for maternal depression with a clinical decision	INTERVENCION

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Estudios excluidos	Razón de exclusión
support system. <i>Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA</i> , 20(2), 311–316.	
Rollman, B. L., Hanusa, B. H., Lowe, H. J., Gilbert, T., Kapoor, W. N., & Schulberg, H. C. (2002). A randomized trial using computerized decision support to improve treatment of major depression in primary care. <i>Journal of general internal medicine</i> , 17(7), 493–503.	INTERVENCION
Huijbregts, K. M., de Jong, F. J., van Marwijk, H. W., Beekman, A. T., Adèr, H. J., Hakkaart-van Roijen, L., Unützer, J., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2013). A target-driven collaborative care model for Major Depressive Disorder is effective in primary care in the Netherlands. A randomized clinical trial from the depression initiative. <i>Journal of affective disorders</i> , 146(3), 328–337.	INTERVENCION
Hong, J. S. W., Ostinelli, E. G., Kamvar, R., Smith, K. A., Walsh, A. E. L., Kabir, T., Tomlinson, A., & Cipriani, A. (2024). An online evidence-based dictionary of common adverse events of antidepressants: a new tool to empower patients and clinicians in their shared decision-making process. <i>BMC psychiatry</i> , 24(1), 532	INTERVENCION
Van der Voort, T. Y., van Meijel, B., Goossens, P. J., Hoogendoorn, A. W., Draisma, S., Beekman, A., & Kupka, R. W. (2015). Collaborative care for patients with bipolar disorder: randomised controlled trial. <i>The British journal of psychiatry : the journal of mental science</i> , 206(5), 393–400.	DISEÑO DE ESTUDIO
Xiang, D., Xia, X., & Liang, D. (2023). Developing and evaluating an interprofessional shared decision-making care model for patients with perinatal depression in maternal care in urban China: a study protocol. <i>BMC primary care</i> , 24(1), 230.	DISEÑO DE ESTUDIO
Perestelo-Pérez, L., Rivero-Santana, A., Ramos-García, V., Álvarez-Pérez, Y., Duarte-Díaz, A., Torres-Castaño, A., Trujillo-Martín, M. D. M., Del Pino-Sedeño, T., González-González, A. I., & Serrano-Aguilar, P. (2020). Effectiveness of a web-based decision aid for patients with generalised anxiety disorder: a protocol for a randomised controlled trial. <i>BMJ open</i> , 10(12), e039956.	DISEÑO DE ESTUDIO
Samalin, L., Honciuc, M., Boyer, L., de Chazeron, I., Blanc, O., Abbar, M., & Llorca, P. M. (2018). Efficacy of shared decision-making on treatment adherence of patients with bipolar disorder: a cluster randomized trial (ShareD-BD). <i>BMC psychiatry</i> , 18(1), 103.	DISEÑO DE ESTUDIO
Chakraborty, B., Ghosh, P., Moodie, E. E., & Rush, A. J. (2016). Estimating optimal shared-parameter dynamic	RESULTADO

Campus de la Orotava

Calle Inocencio García, 1 (38300) La Orotava

www.universidadeuropea.com

Estudios excluidos	Razón de exclusión
regimens with application to a multistage depression clinical trial. <i>Biometrics</i> , 72(3), 865–876.	
Fisher, A., Keast, R., Costa, D., Sharpe, L., Manicavasagar, V., Anderson, J., & Juraskova, I. (2020). Improving treatment decision-making in bipolar II disorder: a phase II randomised controlled trial of an online patient decision-aid. <i>BMC psychiatry</i> , 20(1), 447	POBLACION
Fisher, A., Sharpe, L., Costa, D., Anderson, J., Manicavasagar, V., & Juraskova, I. (2018). Phase II Randomised Controlled Trial of a patient decision-aid website to improve treatment decision-making for young adults with bipolar II disorder: A feasibility study protocol. <i>Contemporary clinical trials communications</i> , 12, 137–144.	DISEÑO DE ESTUDIO
Aoki, Y., Yaju, Y., Utsumi, T., Sanyaolu, L., Storm, M., Takaesu, Y., Watanabe, K., Watanabe, N., Duncan, E., & Edwards, A. G. (2022). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions. <i>The Cochrane database of systematic reviews</i> , 11(11), CD007297.	DISEÑO DE ESTUDIO
Samalin, L., Genty, J. B., Boyer, L., Lopez-Castroman, J., Abbar, M., & Llorca, P. M. (2018). Shared Decision-Making: a Systematic Review Focusing on Mood Disorders. <i>Current psychiatry reports</i> , 20(4), 23.	DISEÑO DE ESTUDIO
LeBlanc, A., Bodde, A. E., Branda, M. E., Yost, K. J., Herrin, J., Williams, M. D., Shah, N. D., Houten, H. V., Ruud, K. L., Pencille, L. J., & Montori, V. M. (2013). Translating comparative effectiveness of depression medications into practice by comparing the depression medication choice decision aid to usual care: study protocol for a randomized controlled trial. <i>Trials</i> , 14, 127	DISEÑO DE ESTUDIO
Bekker, H. L., Hewison, J., & Thornton, J. G. (2003). Understanding why decision aids work: linking process with outcome. <i>Patient education and counseling</i> , 50(3), 323–329.	RESULTADO
Rowe, S. L., Patel, K., French, R. S., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., & Moran, P. (2018). Web-Based Decision Aid to Assist Help-Seeking Choices for Young People Who Self-Harm: Outcomes From a Randomized Controlled Feasibility Trial. <i>JMIR mental health</i> , 5(1), e10.	POBLACION
Stratton, E., Choi, I., Calvo, R., Hickie, I., Henderson, C., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2019). Web-based decision aid tool for disclosure of a mental health condition in the workplace: a randomised controlled trial. <i>Occupational and environmental medicine</i> , 76(9), 595–602.	POBLACION