



**Manual básico**  
para una atención en  
**Salud mental** basada  
en la **evidencia**






**Manual básico**  
para una atención en  
**Salud mental** basada  
en la **evidencia**



Con la financiación de Fondos de Cohesión  
del Ministerio de Sanidad y Política Social  
y el patrocinio de la Consejería de Salud  
de la Junta de Andalucía





**Elabora** Grupo de evaluación y seguimiento de la estrategia del II PISMA sobre Gestión del conocimiento en Salud mental. Servicio Andaluz de Salud

**Edita** Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud

**Diseño** Catálogo Publicidad, S.L.

**Imprime** Alsur, S.C.A.

**Depósito Legal** GR 343-2012

**ISBN** 978-84-695-2650-7

Todos los derechos reservados

## equipo de elaboración

### **Cristina Moreno Corona (Coordinadora)**

*Psiquiatra. Unidad de Salud mental comunitaria (USMC)  
San Fernando. Unidad de gestión clínica de salud mental  
(UGCSM) Hospital (H) universitario Puerta del Mar. Cádiz*

### **Antonio Bordallo Aragón**

*Psiquiatra. USMC Málaga-Centro (El Limonar). UGCSM  
H. regional universitario (HRU) Carlos Haya. Málaga*

### **Matilde Blanco Venzalá**

*Psiquiatra. USMC Alcalá de Guadaíra. UGCSM H.  
especialidades Virgen de Valme. Sevilla*

### **Javier Romero Cuesta**

*Psiquiatra. USMC Antequera.  
Director de la UGCSM mental Área de Gestión  
Sanitaria Norte de Málaga. Málaga*

## edición del documento

### **Almudena Millán Carrasco**

*Psicóloga. Profesora. Escuela andaluza de Salud pública.  
Granada*

### **Antonio Olry de Labry Lima**

*Farmacéutico. Técnico. Escuela andaluza de Salud  
pública. Granada*

### **M<sup>a</sup> Paz Conde Gil de Montes**

*Médica de familia. Asesora técnica. Programa de Salud  
mental. Servicio andaluz de Salud. Sevilla*





# índice

<b>1</b>	<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Aplicación de la Estrategia sistematizada de asistencia basada en la evidencia</b> .....	<b>15</b>
2.1.	PRIMER PASO: Formulaciones de preguntas o dudas científicas .....	17
2.1.1.	Recomendaciones para la transformación de lagunas o dudas científicas en preguntas concretas y contestables .....	18
2.1.2.	Componentes del formato de preguntas PICO .....	19
2.1.3.	Ejemplo de pregunta con formato PICO .....	20
2.2.	SEGUNDO PASO: Búsqueda de información disponible .....	22
2.2.1.	Herramientas y fuentes de búsqueda de información .....	22
2.2.2.	Estrategia sistemática de búsqueda de información disponible .....	34
2.3.	TERCER PASO: Análisis y síntesis de información .....	43
2.3.1.	Análisis de la información y lectura crítica .....	43
2.3.2.	Síntesis de la información. Realización de CAT .....	49
2.4.	CUARTO PASO: Generación de documentos orientativos y estrategias de implementación de evidencias .....	53
2.4.1.	Herramientas de difusión del conocimiento generado: protocolos, vías clínicas y GGPC .....	54
2.4.2.	Estrategias de difusión, implementación y aplicación .....	62
2.5.	QUINTO PASO: Evaluación del rendimiento .....	71
2.5.1.	Diseño de un programa de evaluación .....	71
<b>3</b>	<b>Modelo de sesiones clínicas basadas en la evidencia</b> .....	<b>75</b>
3.1.	Estructura de la sesión clínica .....	77

<b>4</b>	<b>Disponibilidad e intercambio de información. psicoevidencias .....</b>	<b>81</b>
4.1.	Instituciones que lo avalan .....	84
4.2.	Organización y composición .....	84
4.3.	¿Qué ofrece el portal Psicoevidencias? Utilidades .....	86
4.3.1.	Acceso a las fuentes más solventes y de más calidad de acceso a la evidencia actual .....	86
4.3.2.	Información básica sobre la atención basada en la evidencia (ASBE) .....	86
4.3.3.	Selección de contenidos publicados en fuentes de reconocida calidad para la práctica clínica en Salud mental .....	87
4.3.4.	Síntesis y clasificación de prácticas y recomendaciones según su nivel de evidencia .....	87
4.3.5.	Revisión de principales Web sanitarias .....	88
4.3.6.	Noticias relevantes para la atención a la salud mental .....	88
4.3.7.	Sesiones clínicas basadas en la evidencia .....	88
4.3.8.	Foros para el intercambio de conocimiento .....	88
4.3.9.	Oferta de cursos online .....	89
4.3.10.	Servicio de atención a la práctica clínica (SAP) .....	90
4.3.11.	E-boletín .....	90
	<b>Índice de siglas y abreviaturas .....</b>	<b>91</b>
	<b>Bibliografía .....</b>	<b>95</b>

**1**

# **introducción**



**C**ada vez más profesionales consideran útil aplicar los conocimientos aportados por la evidencia científica a su práctica clínica, conscientes de que ello contribuye a mejorar la calidad de la asistencia y los resultados para sus pacientes. La complejidad de nuestro entorno sanitario así como la variada y rápida proliferación de información científica disponible (a menudo sin validez garantizada o sometida a sesgos de publicación) requieren la utilización de herramientas adecuadas que ayuden a organizar dicha información.

Se hace necesario analizar esta abundante información con juicio crítico, almacenarla y difundirla. Este ciclo de mejora se cierra poniendo en práctica las recomendaciones seleccionadas y evaluándolas posteriormente. Para ello, se dispone de distintas herramientas que van desde técnicas de búsqueda en bases de datos hasta guías y protocolos de práctica clínica. Se cuenta con otras estrategias como la lectura crítica de artículos científicos, las revisiones bibliográficas y análisis de evidencias, las vías clínicas, la utilización de portales/páginas Web sobre medicina basada en la evidencia y los informes de agencias de evaluación.

Por su parte, el II Plan Integral de Salud Mental, en el objetivo 1 de la línea estratégica 15.3, planteaba la necesidad de «potenciar la incorporación de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica y extender la cultura de la atención basada en la evidencia en la red de atención a la Salud mental».

En este contexto, el II Plan integral de Salud mental, a través del Grupo de evaluación y seguimiento de la línea de Gestión del conocimiento en Salud mental, edita el presente texto. Se trata de un paso más, junto a iniciativas de formación y comunicación, para el acercamiento del colectivo profesional de la Salud mental a la evidencia científica.

Se pretende ofrecer un manual metodológico básico y de iniciación a la elaboración y utilización de los diversos documentos y recursos. Persigue también, dar a conocer herramientas para apoyar la toma de decisiones clínicas o para evaluar nuestra práctica tanto en su aplicación local como en toda la red sanitaria. Por último, busca potenciar, en el personal sanitario, una actitud de autocrítica ante el conocimiento y la capacidad de crecer y aprender de sus propios aciertos y errores.

## **Estrategia sistematizada de asistencia basada en la evidencia**

En la práctica diaria, nuestras decisiones clínicas suelen sustentarse en:

- conocimientos científicos y técnicos adquiridos;
- propia experiencia y pericia profesional;
- múltiples aspectos institucionales y recursos disponibles (contexto);
- características y preferencias de cada paciente.

Sin embargo, a veces nuestros conocimientos no resuelven los problemas clínicos o nos planteamos dudas conceptuales o de aplicación. Por este

motivo se hace necesario utilizar herramientas que nos ayuden a encontrar y aplicar información científica de utilidad para la práctica clínica. Esas herramientas se engloban dentro del campo que ha sido denominado *Asistencia sanitaria basada en la evidencia* (ASBE).

La ASBE se define como una estrategia que permite el uso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones clínicas dentro de un ámbito asistencial real. Permite plantearse preguntas sobre problemas clínicos concretos, buscar información y aplicar los resultados relevantes, una vez analizados y sintetizados, en nuestra práctica diaria (Sackett y cols., 1996).

El presente manual pretende dar directrices básicas en este ámbito aportando estrategias simples e instrucciones esquemáticas y muy operativas. Se ha diseñado como una lectura para iniciarse en el complejo proceso de elaboración de material basado en la evidencia. Revisa ese proceso desde la definición de su alcance y objetivos hasta la propuesta final de recomendaciones, pasando por los capítulos clínicos de búsqueda y de análisis crítico de evidencias.

Este manual realizará, también, un esbozo de otras estrategias indispensables para la mejora real de la calidad de nuestra práctica clínica, como el proceso básico de evaluación, revisión periódica y actualización de documentos o materiales basados en la evidencia.





**2**

**aplicación  
de la estrategia  
sistematizada de  
asistencia basada  
en la evidencia**



La ASBE implica, obligatoriamente, un procedimiento sistemático. Este documento es un manual de iniciación a la aplicación de los 5 pasos sucesivos de la sistemática clásica propuestos por Rosenberg y Donald (1995).

<b>1<sup>ER</sup> PASO</b>	Formulación de la duda de conocimiento, traducible en una pregunta concreta.
<b>2<sup>º</sup> PASO</b>	Búsqueda bibliográfica en fuentes de información.
<b>3<sup>ER</sup> PASO</b>	Análisis y valoración crítica de la validez (cercanía a la realidad) y utilidad (aplicabilidad en la práctica clínica) de la información encontrada.
<b>4<sup>º</sup> PASO</b>	Aplicación clínica al caso o paciente: Síntesis de información, realización de documentos clínicos y recomendaciones, difusión, implementación y aplicación de los mismos.
<b>5<sup>º</sup> PASO</b>	Evaluación de resultados.

## 2.1. PRIMER PASO:

### Formulaciones de preguntas o dudas científicas

El primer paso a realizar en la aplicación de la estrategia sistemática de la ASBE, consiste en la identificación del problema planteado y su transformación a una pregunta (Rosenberg y Donald, 1995).

### 2.1.1. Recomendaciones para la transformación de lagunas o dudas científicas en preguntas concretas y contestables

Se deben plantear la pregunta o preguntas de la misma manera en que se formularía una hipótesis científica: ¿Qué queremos obtener y para qué?

Si surgen varias cuestiones es necesario seleccionar por cuál empezar. Para priorizar las preguntas debemos tener en cuenta:

- El beneficio que perseguimos para el o la paciente.
- La facilidad para encontrar las respuestas.
- La importancia que tenga la pregunta para nuestra formación.
- La prevalencia del problema en nuestra práctica clínica

#### **Características básicas de una buena pregunta**

- 1 Claridad
- 2 Precisión
- 3 Sencillez
- 4 No debe formular más de una pregunta en una y evitar frases subordinadas.

No hay que olvidar:

- 1 Tomarse el tiempo necesario.

- 2 Especificar el área o categoría en la que se genera la duda:
  - a. Área de tratamiento
  - b. Área de diagnóstico
  - c. Área de pronóstico
  - d. Área de causa/efecto de la decisión
  
- 3 Utilizar una estrategia sistemática de transformación de la duda en pregunta en formato «PICO».

## 2.1.2. Componentes del formato de preguntas PICO

¿Cuál es el formato de una pregunta PICO? (Fleming, 1999). Las iniciales de la palabra «PICO» hacen referencia a ese formato o procedimiento de elaboración de preguntas:

### **P. Population:**

**Población** *¿Qué características epidemiológicas son relevantes en nuestra pregunta (sexo, edad, diagnóstico, etc.)?*

Este paso permite que nos interroguemos y concretemos los individuos o grupos de individuos sobre los que tenemos interés.

### **I. Intervention:**

**Intervención** *¿Qué intervención terapéutica o diagnóstica estamos pensando en aplicar?*

Es necesario definir la intervención de forma precisa: tipo y duración de la intervención terapéutica que deseamos estudiar, descripción detallada de la prueba diagnóstica que se precisa evaluar, etc.

### C. Comparison:

**Comparación** *¿Queremos comparar la intervención diagnóstica o terapéutica con otra? ¿Con cuál?*

Esta parte revisa las diferentes opciones terapéuticas, diagnósticas o causales existentes y compararlas entre si. También es posible compararlas con placebo o, si desconocemos cuáles son las posibilidades de intervención, con un *gold standard*, esto es con una intervención, método diagnóstico o tratamiento considerado de referencia por la comunidad científica.

### O. Outcome:

**Resultado:** *¿Cuál es el resultado clínico o el pronóstico esperado?*

En este componente hay que especificar claramente las variables elegidas para evaluar el resultado como la reducción del número de episodios agudos o ingresos, la remisión de síntomas específicos de cierta gravedad –Ej. alteraciones de la conducta o gestos autolíticos–, la aparición de determinados efectos secundarios, etc.

## 2.1.3. Ejemplo de pregunta con formato PICO

Pero veamos mejor un ejemplo.

**1** Mi duda: *¿Cómo trato a un/a adolescente con alucinaciones?*

**2** Aplicamos formato PICO a mi duda:

**TABLA 1. EJEMPLO DE APLICACIÓN DEL FORMATO PICO**

<b>PICO</b>	<b>Pregúntate</b>	<b>Ejemplo</b>
<b>Población</b> (paciente/condición)	¿Qué grupo de pacientes me preocupa?	<i>Adolescentes con alucinaciones</i>
<b>Intervención</b> (fármacos, psicoterapia, técnicas diagnósticas, etc.)	¿Qué intervención elegiría?	<i>Antipsicótico atípico</i>
<b>Comparación</b> (opcional)	¿Con qué otro tipo de intervención la compararía?	<i>Psicoterapia sin tratamiento farmacológico</i>
<b>Outcome</b> (resultado clínico esperado)	¿Qué esperaría que se cumpliera o que mejorara?	<i>Disminución de la experiencia alucinatoria</i>

Fuente: Elaboración propia

**3** Reformulación de la pregunta: Con los mismos componentes se pueden enunciar distintas preguntas:

- *¿Los/as adolescentes con alteraciones sensorperceptivas mejoran su experiencia alucinatoria cuando se utilizan fármacos antipsicóticos atípicos?*
- *¿Qué tratamiento resulta más efectivo para tratar la experiencia alucinatoria en adolescentes con alteraciones sensorperceptivas, los antipsicóticos atípicos o la psicoterapia sin tratamiento farmacológico?*

## 2.2. SEGUNDO PASO:

### Búsqueda de información disponible

Una vez planteada la pregunta hemos de buscar información para responderla. A continuación resumimos información sobre cómo y dónde buscarla.

#### 2.2.1. Herramientas y fuentes de búsqueda de información

Según los diferentes diseños de recogida de datos o estudios se dispone de dos tipos de fuentes de información:

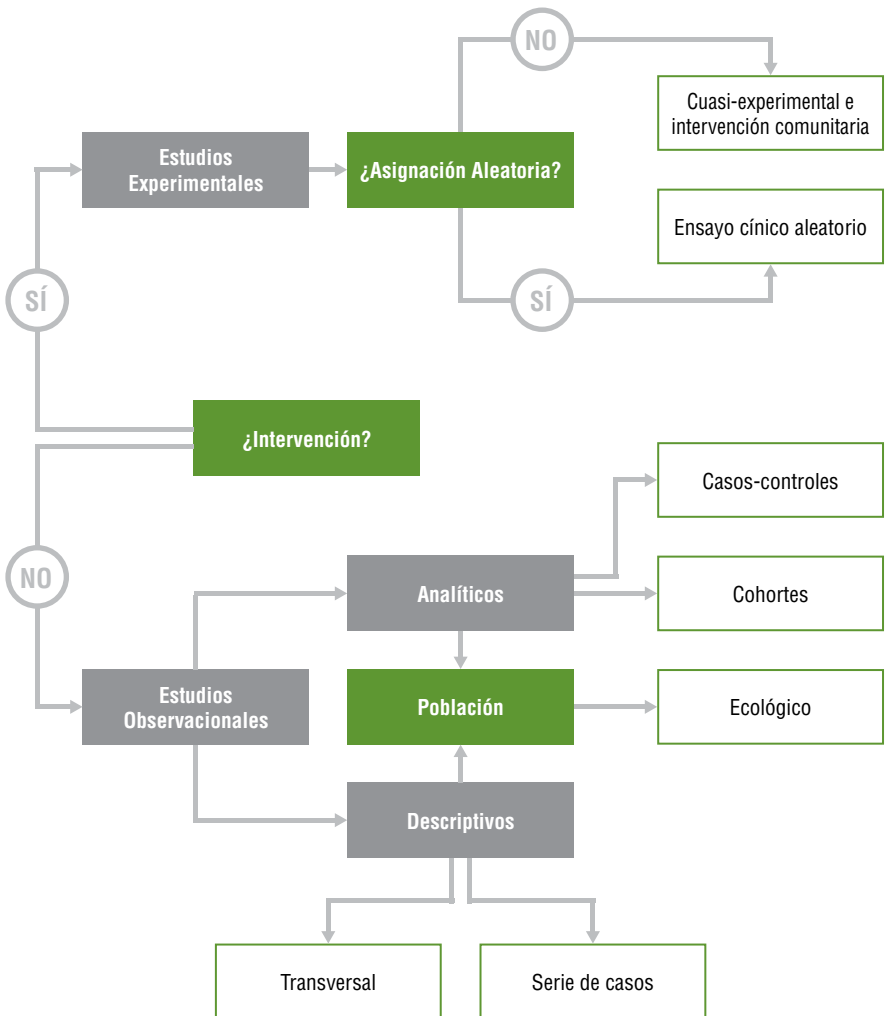
- 1** *Fuentes primarias*: Constituidas por publicaciones de estudios que generan información original (Kragh, 1989).
- 2** *Fuentes secundarias*: Son las creadas a partir de las fuentes primarias, tras cribado y valoración de las mismas. Surgen ante la necesidad de centrar la búsqueda y de organizar, entender e interpretar los hallazgos (Kragh, 1989).

#### Fuentes primarias de información

El siguiente gráfico resume los distintos tipos de estudios que dan lugar a fuentes primarias (Perea, 1998).



GRÁFICO 1. FUENTES PRIMARIAS



Fuente: Perea Milla, 1998

En el siguiente esquema se explican brevemente los tipos de estudios que generan fuentes primarias de información científica (Perea, 1998):

## ESTUDIOS OBSERVACIONALES:

Son aquellos en los que el personal investigador no interviene ni manipula, convirtiéndose en un mero observador y medidor de un efecto y de los factores asociados a él.

### ESTUDIOS DESCRIPTIVOS:

Permiten monitorizar la propia experiencia describiendo hallazgos y generando hipótesis

**Series de casos.** Identificación, observación y descripción clínica de un grupo de pacientes que tienen un diagnóstico similar, en los cuales se valora alguna característica de la enfermedad: evolución, respuesta a un tratamiento, etc. Pueden tener carácter prospectivo o retrospectivo.

**Estudios transversales.** Estudios de prevalencia<sup>1</sup> mediante observación simultánea de los factores de exposición y efecto (enfermedad o síntoma) en una población determinada en un momento concreto.

### ESTUDIOS ANALÍTICOS:

Establecen relaciones de asociación (casos y controles) o de causalidad (cohortes) entre las diferentes variables a estudiar.

**Estudios de cohortes o de seguimiento.** Estudios prospectivos de seguimiento de uno o más grupos de individuos que presentan diferentes grados de exposición a un factor de riesgo. Se mide la asociación de la incidencia<sup>2</sup> del efecto estudiado (enfermedad, síntoma...) con dicha exposición.

**Casos-contrroles.** Estudios retrospectivos que identifican a personas con una enfermedad o síntoma determinado y se comparan con un grupo control (sin la enfermedad o síntomas a estudiar). La relación entre uno o varios factores con la enfermedad (tóxicos, comorbilidad, genética, etc.) se examina comparando la frecuencia de exposición a esos factores entre los casos y los controles.

1 Prevalencia: número de casos de una característica o evento (Ej. Enfermedad en una población y en un momento dado).

2 Incidencia: número de casos nuevos que surgen en una población a lo largo de un período de tiempo (Bolumar y cols., 2002).

**Estudios ecológicos.** La unidad de análisis son poblaciones o comunidades bien delimitadas. Estos datos agregados pueden usarse desde una orientación descriptiva o analítica.

## ESTUDIOS EXPERIMENTALES:

Estudios prospectivos en los que se valora el efecto de una o varias intervenciones. En estos diseños existe una intervención planificada y se decide la asignación de los sujetos participantes en el estudio a los grupos de intervención. Aunque, *no obstante, existen estudios experimentales en los que no siempre están presentes ambos aspectos.* Permiten evaluar relaciones causa-efecto.

**Ensayo clínico aleatorio (ECA) o estudio aleatorio controlado.** Son los experimentos realizados en las condiciones de control ideales. La intervención es planificada y controlada por el equipo investigador. Los sujetos son aleatoriamente asignados a dos grupos: uno (grupo experimental) recibe el tratamiento o intervención que se está probando y el otro (grupo de comparación o control) recibe uno alternativo. Los dos grupos son seguidos para observar cualquier diferencia en los resultados, evaluándose la eficacia del tratamiento.

**Estudios comunitarios.** Se estudia la influencia de un determinado factor de exposición sobre grupos amplios de sujetos sanos en comparación con otros de un grupo control.

**Estudios cuasi-experimentales.** Estudios prospectivos *que miden el efecto* (variable o variables de interés) de una intervención en personas seleccionadas sin aleatorización<sup>3</sup>. Puede compararse el efecto antes y después de la intervención (diseño antes-después). Este diseño antes-después, puede contar con grupo control o no.

---

<sup>3</sup> Los individuos no son asignados al azar a los grupos ni emparejados, sino que dichos grupos ya estaban formados antes del experimento. Son grupos intactos.

## Fuentes secundarias de información

En este caso se analizan fuentes que exploran, resumen y concluyen sobre datos o fuentes primarias (Kragh, 1989). En la siguiente tabla-resumen se recogen los distintos tipos de estudios que generan datos secundarios:

**Metaanálisis.** En lugar de resumir, como hacen las revisiones sistemáticas, los metaanálisis permiten analizar, mediante la combinación de los datos de distintos estudios para presentar un resultado global (Egger y cols., 1997). Esta metodología permite reforzar la precisión y exactitud de los resultados.

### FUENTES

- Cochrane Library y Cochrane Library Plus

**Revisiones sistemáticas.** Sintetizan los resultados de múltiples investigaciones primarias en relación a una pregunta concreta. Es decir, ofrecen un resumen de las conclusiones sobre la efectividad, proporcionando una síntesis de las evidencias conocidas sobre el tema (Abraira, 2003).

Siguen fases de desarrollo definidas y se presentan en un documento estructurado, sin hacer recomendaciones explícitas (contrariamente a las Guías de Práctica Clínica). Para Egger y cols. (1997), son los procesos que permiten identificar sistemáticamente y evaluar los artículos con una metodología explícita y repetible.

### FUENTES

- Cochrane Library y Cochrane Library Plus
- Medline: clinical queries

**Revistas de resúmenes.** Evalúan y resumen publicaciones primarias o revisiones (un resumen por cada estudio). Se publican de forma estructurada, con un comentario, y la información no necesita ser evaluada de nuevo porque ya lo ha sido previamente en las publicaciones resumidas.

FUENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Evidence-Bases Mental Health (EBMH)</li> <li>■ Bandolier y Bandolera</li> </ul>
---------	--

**Recursos de síntesis.** Integran toda la evidencia de calidad disponible desde las más básicas y la presentan de forma clínica. Incluyen diversos tipos de publicaciones y abordan varios aspectos de una enfermedad.

FUENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Clinical Evidence</li> <li>■ Dynamed</li> <li>■ FirstConsult</li> <li>■ Infotriever</li> </ul>
---------	---

**CATs (Critical appraisal topics).** Son resúmenes de la evidencia clínica elaborada a partir de una pregunta clínica concreta. No son exhaustivos, presentan aspectos parciales.

FUENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ATTRACT</li> <li>■ Murcia Salud</li> <li>■ OTCats</li> <li>■ Cat Crawler</li> <li>■ BET (best evidence topic)</li> <li>■ Psicoevidencias</li> </ul>
---------	--

**Guías de Práctica Clínica (GPC)** (ver apartado *Ampliando conceptos*). Conjunto de instrucciones, directrices o recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para informar a profesionales y pacientes sobre decisiones clínicas específicas.

FUENTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ NGC (National Guideline Clearinghouse)</li> <li>■ SING</li> <li>■ GUIASALUD</li> <li>■ NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP (NZGG)</li> <li>■ CMA</li> <li>■ FISTERRA</li> </ul>
---------	---

**Informes de agencia de evaluación.** Documentos estructurados para hacer recomendaciones en la toma de decisiones. Tratan aspectos relativos a la eficacia, efectividad y eficiencia de una tecnología médica o quirúrgica en un contexto definido.

#### FUENTES

- INAHTA:  
Red internacional de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, que posee su propia base de datos
- AETS:  
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del instituto de Salud Carlos III.
- AETSA:  
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, con su buscador de informes.

#### Otras fuentes secundarias de información

#### FUENTES

- Libros electrónicos → eMedicine
- Consensos → Diversas fuentes
- Revisiones → Uptodate
- Sobre ensayos clínicos → Clinical trails medline

## Grado de evidencia de los diferentes tipos de estudios

Se puede jerarquizar el grado de evidencia según el rigor científico ligado a cada tipo de fuente. Aunque, hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí (Primo, 2003). A continuación se muestra la tabla de jerarquía de los estudios por el tipo de diseño según el American Association for Medical Transcription (AATM):

TABLA 2. NIVELES DE CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Tipo de estudio	Grado de evidencia
Metaanálisis de Ensayos Clínicos Aleatorios	GRADO I
Ensayo clínico aleatorio (ECA)	GRADO II
Ensayo clínico aleatorio (ECA) con muestras pequeñas	GRADO III
Estudios cuasi-experimentales	GRADO IV
Estudios de cohortes	GRADO V
Estudios de casos y controles	GRADO VI
Series de casos	GRADO VII
Comité de expertos	
Casos únicos	GRADO VIII

Fuente: Primo, 2003

## Tipo de diseño idóneo según la pregunta a la que pretende responder

Además del grado de evidencia, se debe tener en cuenta que cada tipo de fuente o estudio tiene indicaciones preferentes, según el área de conocimiento en el que se genera la duda o la investigación. A continuación, se muestra una tabla indicativa del diseño de estudio idóneo, según el tipo de pregunta a la que pretende responder (Phillips y cols., 2002).

**TABLA 3. TIPO DE FUENTES O ESTUDIOS ADECUADOS PARA DISTINTOS ÁREAS DE EXPLORACIÓN**

Tipo de Pregunta	Tipo de estudio idóneo
Sobre diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudio transversal</li> <li>■ Revisión sistemática (RS)</li> <li>■ Guía de práctica clínica (GPC)</li> <li>■ Metaanálisis</li> </ul>
Sobre etiología y factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudio de cohortes</li> <li>■ Caso control</li> <li>■ Series de casos</li> <li>■ RS</li> <li>■ GPC</li> <li>■ Metaanálisis</li> </ul>
Sobre pronóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Estudio cohortes/ Informes de controles no tratados de ECAs</li> <li>■ Series de casos</li> <li>■ RS</li> <li>■ GPC</li> <li>■ Metaanálisis</li> </ul>
Sobre intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ECA</li> <li>■ RS</li> <li>■ GPC</li> <li>■ Metaanálisis</li> </ul>
Sobre frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Incidencia: Estudio de cohortes</li> <li>■ Prevalencia: Estudio transversal</li> <li>■ RS</li> <li>■ GPC</li> <li>■ Metaanálisis</li> </ul>



## Ampliando conceptos sobre guías de práctica clínica

### Definición

Las guías de práctica clínica (GPC, en inglés *practice guidelines*) son «documentos informativos que incluyen recomendaciones, dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, en base a una revisión sistemática de la evidencia y a la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud» (Field y Lohr, 1992). Las guías de práctica clínica (GGPC) explicitan claramente:

- Recomendaciones precisas para la práctica clínica.
- Beneficios, daños y costes.

### Objetivos de las Guías de Práctica Clínica

- Disminuir la variabilidad<sup>4</sup> en la práctica profesional sanitaria,
- disminuir la incertidumbre,
- mejorar la práctica clínica, mejorando la calidad asistencial (soporte científico) y en definitiva la salud de la población,
- mejorar la eficiencia en la utilización de recursos.

### Grado de evidencia de las recomendaciones propuestas por las GGPC

Las guías de práctica clínica pueden jerarquizarse en diferentes grados de recomendación según el rigor científico y fortaleza de la evidencia científica que la avala la adopción del procedimiento médico o intervención sanitaria propuesta (Primo, 2003).

---

4 Aizpuru y cols. (2008) señala como en la literatura se encuentra una amplia heterogeneidad de la práctica clínica en Salud mental. Esta variabilidad se relaciona tanto con factores de la demanda (distinta morbilidad, diferencias socioeconómicas de las poblaciones) como con factores de la oferta (estilo de práctica, recursos asistenciales, distintas políticas de desarrollo de la atención a la salud mental, etc.)

Existen muchas nomenclaturas diferentes para indicar los diferentes grados de evidencia y recomendaciones, aunque actualmente se tiende a la simplificación y al consenso en su uso. A continuación, se presenta el modelo de jerarquía de evidencias científicas y recomendaciones de la agencia escocesa Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), una de las más utilizadas en la actualidad (Primo, 2003).

**TABLA 4. MODELO DE JERARQUÍA DE EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y RECOMENDACIONES DE LA SIGN**

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con un riesgo muy bajo de sesgo
1+	Bien realizado metaanálisis, revisiones sistemáticas o ECA con un riesgo bajo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas o ECA con un alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones de calidad de alta sistemática de casos y controles o estudios de cohorte o de control de alta calidad o de cohorte caso estudios con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Bien realizado de casos y controles o estudios de cohortes con un riesgo bajo de sesgo o y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	De casos y controles o estudios de cohortes con alto riesgo de sesgo y un riesgo significativo de que la relación no es causal
3	Estudios no analíticos, por ejemplo, informes de casos, series de casos
4	La opinión de personas expertas

Grados de recomendaciones	
<b>A</b>	<p>Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ECA clasificados como 1 + + y directamente aplicable a la población objetivo, <i>o</i></p> <p>Un cuerpo de evidencia constituido principalmente por estudios clasificados como 1 +, directamente aplicables a la población objetivo, y que demuestren consistencia global de los resultados</p>
<b>B</b>	<p>Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2 + coherencia global +, directamente aplicables a la población objetivo, y la demostración de los resultados, <i>o</i></p> <p>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1 + + <i>o</i> 1 +</p>
<b>C</b>	<p>Un cuerpo de evidencia incluidos los estudios clasificados como 2 +, directamente aplicables a la población diana y que demuestren consistencia global de los resultados, <i>o</i></p> <p>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 + +</p>
<b>D</b>	<p>Pruebas de nivel 3 o 4, <i>o</i></p> <p>Evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2 +</p>

Fuente: Primo, 2003

Por su sencillez, se muestra la propuesta de clasificación recomendada por la Agencia de Gobierno de los EE.UU. para el cuidado de la salud y la investigación (AHCPR) (American Academy of Family Physician –AAFP–).

TABLA 5. ESCALA DE FORTALEZA DE LAS RECOMENDACIONES

		Base de evidencia	Estudios incluidos
Grado de recomendaciones	A	Recomendación sobre la base de pruebas científicas sólidas y de calidad	Al menos un ensayo aleatorizado y controlado
	B	Recomendación basada en pruebas científicas limitadas o inconsistentes	Estudios bien ejecutados, sin ensayos aleatorizado y controlados disponibles: estudios de cohortes y de casos clínicos o estudios epidemiológicos
	C	Recomendación basada en el consenso o la opinión de expertos	Requiere informes del comité de expertos u opiniones y/o experiencia clínica de autoridades respetadas. Indica la ausencia de estudios de aplicación directa de buena calidad

Fuente: American Academy of family physician

Se puede profundizar sobre las GGPC en la publicación «Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema nacional de salud. Manual metodológico» (Grupo de trabajo sobre GPC, 2006).

## 2.2.2. Estrategia sistemática de búsqueda de información disponible

Para disponer de fuentes fiables (primarias y secundarias) de información científica, se hace necesario conocer alguna **estrategia sencilla y sistemática de búsqueda de información** que nos facilite el acceso de

un modo rápido y prefiltrado a las fuentes (Meneses y cols., 2005). En el recuadro siguiente se plantea una secuencia para sistematizar la búsqueda de información científica:

**PRIMER PASO.** No ir directamente a Google o a PUBMED sin pasar antes por las fuentes prefiltradas de la evidencia.

**SEGUNDO PASO.** Consultar metabuscadores (motores que permiten hacer búsquedas de forma simultánea en varias bases de datos y ofrecen información de distinto tipo).

#### Metabuscadores

- Tripdatabase  
<http://www.tripdatabase.com>
- Excelenciaclínica.net  
<http://www.excelenciaclinica.net>
- Evidence in Health and Social Care  
<http://www.evidence.nhs.uk>

**TERCER PASO.** Consultar fuentes filtradas:

#### Fuentes de Revisiones sistemáticas

- Cochrane  
<http://www.cochrane.org>

#### Fuentes de Revista de resúmenes

- Bandolier  
<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>  
<http://www.infodoctor.org/bandolera>

## Fuentes de guías de práctica clínica (Bravo, 2005)

### Almacenes de GPC

- NGC (National Guidelines Clearinghouse)  
<http://www.guideline.gov>
- CPG Infobase (CMA) (Canadian Medical Association)  
<http://www.cma.ca>
- Nelh Guidelines Finder  
<http://www.evidence.nhs.uk>
- GAC (Guidelines Advisory Committee)  
<http://www.gacguidelines.ca>
- Guía Salud  
<http://www.guiasalud.es>

### Buscadores y repertorios de GPC

- Tripdatabase  
<http://www.tripdatabase.com>
- Medlineplus  
<http://www.medlineplus.gov>
- Répertoire des recommandations de bonnes pratiques et des conférences de consensus francophones  
<http://doccismef.chu-rouen.fr>
- Pubgle  
<http://www.pubgle.com>
- National Quality Measures Clearinghouse  
<http://www.guidelines.gov>

### Elaboradores de GPC

- NZGC (New Zealand Guidelines Group)  
<http://www.nzgg.org.nz>
- SING (Scottish Intercollegiate Guidelines Network)  
<http://www.sign.ac.uk>

- EMB Guidelines  
<http://onlinelibrary.wiley.com>
- HSTAT (Health Services/Technology Assessment Texts)  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK16710>
- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)  
<http://www.nice.org.uk>

**CUARTO PASO.** Consultar fuentes primarias:

#### Buscadores de artículos

- PUBMED  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?DB=pubmed>

Es aconsejable acceder por su página secundaria:

CLINICAL QUERIES (recupera la información de manera exhaustiva según diseño o tipo de publicación)

- Health Evidence  
<http://health-evidence.ca/articles/search>

Como complemento a la secuencia de búsqueda sistematizada es aconsejable consultar, además, recursos específicos según temas, áreas de conocimiento o competencias profesionales tal como se propone a continuación.

## Recursos de información científica específica por temas

- FDA (medicamentos, sustancias, alimentos): <http://www.fda.gov>
- CDC (infecciones): <http://www.cdc.gov>
- ONCOLINK (cáncer): <http://www.oncolink.com>

## Fuentes de información específica por categoría profesional

### Recursos de enfermería

- JBI COCONNECT+: Plataforma informática que ofrece recursos y herramientas. Recurso del Instituto Joanna Briggs de acceso gratuito en el territorio español por suscripción del Ministerio de Sanidad y Consumo:  
[http://qa.jbiconnect.org/mental\\_health/home/index.php](http://qa.jbiconnect.org/mental_health/home/index.php)
- Best Practice Information Sheet: Traducción española de las revisiones sistemáticas realizadas por el Instituto Joanna Briggs y sus Centros Colaboradores. Alojada en el ISCIII:  
[http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best\\_Practice.htm](http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best_Practice.htm)
- Nodo Cochrane de Cuidados de Enfermería: Su función es apoyar la realización, difusión y utilización de revisiones sistemáticas en el ámbito de los cuidados de enfermería. Dentro de éste, el Centro Colaborador Español se encarga del Nodo de Priorización de Revisiones en Cuidados para Idiomas diferentes del inglés:  
[http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/nodo\\_cochrane/nodo\\_cochrane.php](http://www.evidenciaencuidados.es/evidenciaencuidados/nodo_cochrane/nodo_cochrane.php)
- Cochrane Nursing Care Field: Apoyo a la Cochrane en lo relacionado con la enfermería:  
<http://cnf.cochrane.org>
- Cuiden Evidencia: Base de datos especializada en Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) del Observatorio EBE de la Fundación Index. Incluye



toda la producción científica generada en la enfermería española bajo el modelo de la EBE y artículos de investigación especialmente relevantes publicados a nivel internacional, fundamentalmente en inglés. Acceso mediante suscripción:

<http://www.index-f.com/ciberindex.php?l=3&url=/bdevidencia/form>

- Guía metodológica para la elaboración de protocolos basados en la evidencia: Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009:

<http://issuu.com/hospitalobispopolanco/docs/guia-metodologica-para-elaboracion-protocolosbe?mode=embed&layout=http%3A//skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true>

- Protocolos de cuidados de enfermería basados en la evidencia: Grupo de Trabajo de Enfermería Basada en la Evidencia de Aragón. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2009:

<http://issuu.com/hospitalobispopolanco/docs/protocolos-de-cuidados-be?mode=embed&layout=http%3A//skin.issuu.com/v/light/layout.xml&showFlipBtn=true>

- Observatorio de enfermería basada en la evidencia: De la Fundación Index: <http://www.index-f.com/oebe/inicio.php>

- Evidence Based Nursing: Revista electrónica de acceso gratuito excepto el último año:

<http://ebn.bmj.com>

- **Evidentia:** Revista con acceso mediante suscripción Universidad de Salamanca:  
<http://www.index-f.com/evidentia/inicio.php>
- **Evaluation in Clinical Practice:** Revista electrónica que promueve la evaluación y desarrollo de la práctica clínica en medicina, enfermería y otras ciencias de la salud. Se accede a través del sitio del Instituto Joanna Briggs (JBI On-Line Journal and Publications):  
<http://es.connect.jbiconnectplus.org/Journals.aspx>
- **International Journal of Evidence-Based Healthcare:** Revista a texto completo de revisiones sistemáticas y otros documentos relacionados con la práctica basada en la evidencia. Se accede a través del sitio del Instituto Joanna Briggs (JBI On-Line Journal and Publications):  
<http://www.wiley.com>
- **JBI On-Line Journal and Publications Collection:** Colección de revistas gratuitas accesibles a través del Instituto Joanna Briggs:  
<http://es.connect.jbiconnectplus.org>
- **Journal of Evaluation in Clinical Practice:** Revista electrónica gratuita. Se accede a través del sitio del Instituto Joanna Briggs (JBI On-Line Journal and Publications):  
<http://www.ingentaconnect.com>
- **Worldviews on Evidence-Based Nursing:** Revista electrónica. Se accede a través del sitio del Instituto Joanna Briggs (JBI On-Line Journal and Publications):  
<http://www.nursingsociety.org>

- Práctica basada en la evidencia:  
<http://www.terra.es/personal3/josevb/evidencia.htm>
- Evidencia Enfermería: Página Web de la Sociedad Científica Española de Enfermería-SCELE:  
[http://www.scele.enfe.ua.es/web\\_scele/evidenc\\_enfermer.htm](http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/evidenc_enfermer.htm)
- Enfermería Basada en la Evidencia: Blog de reciente creación:  
<http://ebevidencia.blogspot.com/>

### Recursos de terapia ocupacional (TO)

- Terapia-ocupacional.com: Portal de TO en español:  
[http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb\\_psicosocial\\_TOJMMazorra.shtml](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rhb_psicosocial_TOJMMazorra.shtml)
- Evidence-Based OccupationalTherapy: Página en inglés sobre terapia ocupacional basada en pruebas:  
<http://www.otevidence.info>
- CATs de TO: Preguntas clínicas. Cats, sobre terapia ocupacional:  
<http://www.otcats.com/index.html>
- PEDro (Physiotherapy Evidence Database): Fisioterapia basada en la evidencia:  
<http://www.pedro.org.au/>
- Rehabilitation Sciences' Evidence-based Practice Web Site: Rehabilitación basada en la evidencia:  
<http://fss.hs.uottawa.ca/EBCpg/english/main.htm>

- Asociación Americana de TO: Con suscripción:  
<http://www1.aota.org/otsearch/>
- Otseeker: Buscador sobre terapia ocupacional:  
<http://www.otseeker.com/>
- Asignatura terapia ocupacional aplicada de la Universidad Miguel Hernández de Elche: Blog de apoyo a la realización del trabajo sobre terapia ocupacional basada en la evidencia:  
<http://terapiaocupacionalaplicadaumh.blogspot.com/2010/06/salud-mental-adicciones.html>
- Nodo de Terapia ocupacional de JBI CONNECT Plataforma informática única, especializada, que proporciona a profesionales de la práctica clínica y pacientes recursos y herramientas para la toma de decisiones clínicas. Se accede a través del sitio del Instituto Joanna Briggs (JBI On-Line Journal and Publications):  
<http://es.jbiconnect.org/ot/home/entry/index.php>

### Recursos de trabajo social (TS)

- Social Work Resources on the Web: Recopila diferentes webs de TS disponibles en la red:  
<http://www.socialworker.com/websites.htm>
- SaxInstitute: Policy relevant Evidence: Pulse:  
<http://www.saxinstitute.org.au>

- Web personal de Trinidad Ortega, TS:  
<http://misitiodetrabajosocial.netai.net/>
- Red social de TS: De iniciativa privada:  
<http://trabajosocialred.es/>
- Directorio de revistas digitales de trabajo social:  
<http://www1.universia.net/CatalogaXXI/C10046PPCLII1/S11846/P11840NN1/INDEX.HTML>

## 2.3. TERCER PASO:

### Análisis y síntesis de información

El tercer paso propuesto consiste en analizar y criticar la información ya identificada (paso anterior) mediante una serie de herramientas de ayuda.

#### 2.3.1. Análisis de la información y lectura crítica

Tras consultar y seleccionar trabajos, artículos o estudios científicos es necesario proceder al análisis de la información obtenida a fin de valorar los resultados, la validez de la información (cercanía a la realidad) y la posibilidad de aplicabilidad a nuestro entorno. En el siguiente esquema aparecen distintos tipos de instrumentos o herramientas de ayuda para la valoración crítica de información científica.

Instrumentos de valoración crítica	Tipos de información evaluada	Localización
<b>CASP</b> (Critical Appraisal Skills Programme. RU)	Programa de habilidades en lectura crítica de artículos científicos. Formato en inglés	<a href="http://www.phru.nhs.uk/casp/casp.htm">http://www.phru.nhs.uk/casp/casp.htm</a>
<b>CASPe</b> (Critical Appraisal Skills Programme España)	Idem. Formato en español	<a href="http://www.redcaspe.org">http://www.redcaspe.org</a>
Criterios <b>AGREE</b>	Valoran guías de práctica clínica	<a href="http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf">http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf</a>
Criterios <b>CONSORT</b>	Valoran ensayos clínicos controlados	<a href="http://www.consort-statement.org">http://www.consort-statement.org</a>
Criterios <b>QUORUM</b>	Valoran revisiones sistemáticas	The Lancet; 354 (9193): 1896-1900
Criterios <b>PRISMA</b> (actualización de los QUORUM)		<a href="http://www.prisma-statement.org">http://www.prisma-statement.org</a>
Guía para usuarios de la literatura médica de la Revista JAMA (realizada por el Evidence-Based Medicine Working Group, traducida al español en 1997)	Para artículos de tratamiento o prevención	JAMA 1993; 270: 2598-2601
	Para artículos de diagnóstico	JAMA 1994; 271: 389-391
	Para artículos de efectos nocivos	JAMA 1994; 271: 1615-1619
	Para artículos de pronóstico	JAMA 1994; 272: 234-237
	Para artículos de revisión de conjunto	JAMA 1994; 272:1367-1371

## Programa CASP de lectura o valoración de artículos científicos

Este programa CASP (*Critical appraisal skills programme*) se caracteriza por facilitar la evaluación de la literatura científica en forma de parrillas de preguntas, que guían el proceso de la lectura crítica (Institute of Health Sciences, 1993).

En el siguiente cuadro se resumen los aspectos evaluados.

Aspectos analizados en CASP	Pregunta específica
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Validez interna del estudio</li> <li>■ Adecuación y corrección metodológicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>¿Son válidos los resultados del estudio?</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fiabilidad</li> <li>■ Resultados de la investigación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>¿Cuáles son los resultados?</i></li> <li>■ <i>¿Cómo son medidos?</i></li> <li>■ <i>¿Son precisos?</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Replicabilidad</li> <li>■ Aplicabilidad de los resultados a mi ámbito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <i>¿Me serán útiles estos resultados en mi caso concreto?</i></li> </ul>

En la siguiente tabla se recoge con detalle el procedimiento del formato en español de CASP, el CASPe (Red CASP España, 2011).

TABLA 5. PROCEDIMIENTO CASPE

<b>CASPe: Valoración crítica de ensayos clínicos</b>	
<b>ESTUDIOS</b>	<b>SOBRE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS</b>
<b>A. ¿Son válidos los resultados en el ensayo?</b>	
<b>Preguntas «de eliminación»</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se orienta el ensayo sobre una pregunta claramente definida?</li> <li>2. ¿Se realizó la asignación de pacientes a los tratamientos de manera aleatoria?</li> <li>3. ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio la totalidad de pacientes que entraron en él?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Existió una prueba de referencia adecuada?</li> <li>2. ¿Incluyó la muestra de pacientes un espectro adecuado de pacientes?</li> <li>3. ¿Existe una adecuada descripción de la prueba?</li> </ol>
<b>¿Merece la pena continuar? (Preguntas detalladas)</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Se ha mantenido un diseño «ciego» respecto al tratamiento, para pacientes, personal clínico y personal del estudio?</li> <li>5. ¿Eran similares los grupos al inicio del ensayo?</li> <li>6. Aparte de la intervención experimental, ¿se ha tratado a los grupos de la misma forma?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Hubo evaluación «ciega» de los resultados?</li> <li>5. ¿Influyeron los resultados de la prueba objeto de evaluación en la realización del estándar de referencia?</li> </ol>
<b>B. ¿Cuáles son los resultados?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿Cuál es la magnitud del efecto?</li> <li>8. ¿Cómo es la precisión de la estimación del efecto del tratamiento?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. ¿Se presentan los cocientes de probabilidad (likelihood, ratios) o los datos para calcularlos?</li> <li>7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?</li> </ol>
<b>C. ¿Son los resultados aplicables en mi medio?</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. ¿Se pueden aplicar los resultados en mi medio o población local?</li> <li>10. ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?</li> <li>11. ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. ¿Serán satisfactorios en mi ámbito la reproducibilidad de la prueba y su interpretación?</li> <li>9. ¿Es aceptable la prueba en mi paciente?</li> <li>10. ¿Modificarán los resultados de la prueba la decisión sobre cómo actuar?</li> </ol>



SOBRE ETIOLOGÍA	SOBRE PRONÓSTICO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se han utilizado unos grupos de comparación claramente identificados que sean similares en cuanto a factores determinantes importantes del resultado aparte del que se investiga?</li> <li>2. ¿Se han evaluado las exposiciones y los resultados de la misma forma en los grupos que se comparan?</li> <li>3. ¿Ha sido el seguimiento suficientemente largo y completo?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Fue una muestra representativa y bien definida de pacientes en un momento similar en el curso de la enfermedad?</li> <li>2. ¿Fue el seguimiento lo suficientemente prolongado y completo?</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. ¿Es correcta la relación temporal?</li> <li>5. ¿Existe un gradiente en la relación dosis-respuesta?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. ¿Se utilizaron criterios objetivos y no sesgados para los resultados?</li> <li>4. ¿Se hizo un ajuste por los factores pronósticos importantes?</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿Cuál es la fuerza de la asociación entre la exposición y el resultado?</li> <li>8. ¿Qué precisión tiene la estimación del riesgo?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿Cuál es la probabilidad del(los) evento(s) en un periodo de tiempo determinado?</li> <li>6. ¿Cuál es la precisión de las estimaciones?</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. ¿Son aplicables los resultados a mi práctica clínica?</li> <li>10. ¿Cuál es la magnitud del riesgo?</li> <li>11. ¿Debo intentar detener la exposición?</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. ¿Es el tipo de pacientes del estudio similar al mío?</li> <li>8. ¿Conducen los resultados a seleccionar o a evitar un tratamiento?</li> <li>9. ¿Son útiles los resultados para tranquilizar o aconsejar a los/as pacientes?</li> </ol>

## Instrumento AGREE para valoración de guías de práctica clínica

### Definición

El AGREE (Appraisal of guidelines research and evaluation collaboration) es un instrumento de medida de calidad de guías de práctica clínica (GPC) validado y de consenso internacional (The AGREE Collaboration, 2001a). Puede ser utilizado en cualquier tipo de GPC (sanitaria, de gestión, etc.) cualquiera que sea su formato (digital o papel). Existe una versión española (The AGREE Collaboration, 2001b) de este proyecto colaborativo.

### Objetivos

El instrumento AGREE permite:

- 1 Desarrollar criterios comunes para la elaboración de GPC.
- 2 Definir cuáles deben ser los criterios de calidad que deben cumplir las GPC.
- 3 Establecer un modelo de evaluación y monitorización de dichos criterios de calidad.
- 4 Promover la difusión de estos criterios entre los miembros participantes y demás Comunidad Científica, favoreciendo las colaboraciones internacionales.

### Descripción de la herramienta AGREE

Este instrumento Consta de 23 preguntas tipo Likert que se puntúan entre 1 (Muy en desacuerdo) y 4 (Muy de acuerdo). La evaluación debe realizarse por 4 personas, permitiendo así que el resultado sea más sensible y

específico. La puntuación final permite clasificar a la GPC en 3 categorías (1. «Muy recomendada», 2. «Recomendada con condiciones o modificaciones» y 3. «No recomendada»: si los valores obtenidos son inferiores a los anteriores, tanto por ítems como por áreas). Cabe destacar que estos 23 ítems se agrupan en 6 áreas de valoración:

- **Área 1:** Claridad en el alcance y objetivos (aspectos clínicos/población diana).
- **Área 2:** Participación de las partes implicadas (profesionales, pacientes).
- **Área 3:** Rigor en la elaboración (metodología del estudio y de las recomendaciones), revisión y actualización.
- **Área 4:** Claridad y presentación (condiciones, recomendaciones).
- **Área 5:** Aplicabilidad (barreras, costes, monitorización, etc.).
- **Área 6:** Independencia editorial (conflicto de intereses).

### 2.3.2. Síntesis de la información. Realización de CAT

Ya se han visto cuáles son algunas de las herramientas más interesantes de síntesis de información a utilizar en el procedimiento de búsqueda de evidencias asistenciales (revisiones sistemáticas bibliográficas, resúmenes y recursos de síntesis, metaanálisis, CATs). Por su gran especificidad, en este apartado se detalla el proceso de **realización de CATs** (en inglés, Critically Appraised Topics). Su equivalente en español es Tema Valorado Críticamente (TVC) o Tema Evaluado Críticamente (TEC), aunque el acrónimo CAT se usa con frecuencia en español.

## Definición

Breve resumen escrito de la evidencia sobre un tema muy práctico y concreto. Tras hacernos una pregunta (formato PICO) y realizar una búsqueda científica (según estrategia propuesta), el CAT pretende sintetizar el análisis crítico y la conclusión final a partir de la información encontrada.

Ventajas	Limitaciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aportan información sobre la evidencia de forma rápida</li> <li>■ Son concisos y prácticos</li> <li>■ Facilidad para su uso rutinario</li> <li>■ Alto valor educativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Búsquedas muy rápidas que pueden llevar a conclusiones erróneas</li> <li>■ Fácilmente obsoletos, lo cuál exige una renovación constante de evidencias</li> </ul>

## Estructura de un CAT

El documento CAT se desarrolla de forma esquemática con los siguientes apartados:

- **Título:** que da una respuesta declarativa a la pregunta.
- **Escenario clínico:** situación de un paciente determinado.
- **Punto clave:** cómo usar esa evidencia en la clínica.
- **Estrategia de búsqueda:** qué bases de datos se han usado y cómo.
- **La evidencia:** resumen del tipo de artículo con tablas resumen que aporten medidas como número necesario de tratamientos (NNT), Odds Ratio (OR), etc.
- **Comentarios:** conclusiones o discusión al hilo de la evidencia hallada.
- **Referencias:** cita de las fuentes de datos que se han usado.

- **Autor:** persona responsable de la elaboración del CAT.
- **Fecha de caducidad:** se registra la fecha de elaboración y se orienta la fecha en que sería necesaria una revisión.

A continuación se muestra un ejemplo de CAT (Miguel, 2011).

PREGUNTA COMPLETA **¿Es la terapia familiar más eficaz para el tratamiento de la anorexia nerviosa que la terapia individual?**

- **Paciente o Problema:** Pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa
- **Intervención:** Terapia familiar
- **Comparación:** Comparar ésta con la terapia individual para la anorexia nerviosa
- **Resultado esperado:** Mejoría clínica

**Resumen de la evidencia:** Hemos encontrado 1 revisión sistemática y 2 ensayos aleatorizados en que comparan la terapia familiar con la terapia individual en pacientes con anorexia nerviosa (AN).

En la revisión se analizaban 13 ensayos. En dos de ellos (81 participantes) se encontró alguna evidencia para sugerir que la terapia familiar puede ser más eficaz que el tratamiento habitual en las tasas de remisión a corto plazo (95%). Los resultados basados en otro de ellos (30 participantes) no fueron significativos para la terapia de familia sobre otras intervenciones educativas (95%). **1**

En el primer ensayo aleatorizado (37 participantes) se encontró que la terapia familiar dio lugar a ganancias de peso más importantes y a tasas más altas de reanudación de la menstruación. Al cabo de un año de seguimiento, ambos tratamientos mostraban importantes mejoras en lo referido a actitud alimentaria, depresión y conflictos familiares relacionados con la alimentación. **2**

En el segundo ensayo aleatorizado (22 participantes) la terapia familiar dio lugar a un mayor aumento del índice de masa corporal que la terapia individual. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en lo referente a actitudes alimentarias y a conductas interiorizadas. **3**

### Referencias:

- 1** Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N. Family therapy for anorexia nervosa. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No.: CD004780. DOI: 10.1002/14651858.CD004780.pub2.
- 2** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999;38(12):1482. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(2):129.
- 3** J Dev Behav Pediatr 1994; 15(2):111. Int J Eat Disord 1995;17(4): 313

### Conclusiones:

Podemos concluir que no existe evidencia suficiente para afirmar la superioridad de la Terapia Familiar con respecto a la Terapia

Individual en la mejora de los síntomas clínicos en el tratamiento de la anorexia nerviosa.

### Evaluación de la evidencia:

Grado	Estudio	Número
1	Revisión Sistemática/Metaanálisis	1
2	Ensayo clínico aleatorizado	2
3	Cohortes/Caso Control	0
4	Opinión de Expertos	0
G	Guías de Práctica Clínica	0

## 2.4. CUARTO PASO:

### Generación de documentos orientativos y estrategias de implementación de evidencias

Tras obtener la información y analizar su validez y utilidad, debemos proceder a recoger los resultados en documentos que permitan presentarla, difundirla y aplicarla a nuestro medio local (García y Minué, 2002). Así, en este apartado se revisan las herramientas para difundir el conocimiento generado (elaboración de protocolos y guías de práctica clínica) y las estrategias de difusión, implementación y aplicación del conocimiento difundido.

## 2.4.1. Herramientas de difusión del conocimiento generado: protocolos, vías clínicas y GGPC

En el siguiente esquema se resumen las distintas herramientas que se usan para difundir conocimiento tras su análisis y valoración.

### Herramientas basadas en la evidencia

Guías de  
práctica  
clínica  
(GPC)

Documentos informativos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, en base a una revisión sistemática de la evidencia y a la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud.(Field y Lohr, 1992).

### Herramientas basadas en el consenso

Técnicas para llegar a acuerdos y consenso en caso de ausencia de evidencia o de evidencias contradictorias.

Protocolos  
clínicos

Contrariamente a las GPC, son secuencias lógicas de actividades a desarrollar frente a un problema de salud concreto. Son más normativos y organizativos que científicos. Surgen como consecuencia del consenso y no se prestan a interpretaciones o a decisiones alternativas.

Planes de  
cuidados

Nombre dado a los soportes que permiten la formalización organizada de todos los elementos de la gestión de cuidados (diagnóstico enfermero, signos, etiologías, objetivos terapéuticos, etc.) (Charrier y Ritter, 2005).



Vías clínicas	Son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología y que presentan un curso clínico predecible. Definen cuándo, cómo y en qué secuencia la atención y/o cuidado se ha de proporcionar y además especifica los objetivos de cada fase (García Caballero y cols., En red)
GPC basadas en consenso	Cuando la evidencia no existe o es contradictoria las recomendaciones se basan en acuerdos y consenso entre profesionales. (García y Minué, 2002)

Antes de entrar en materia debemos manejar algunos términos (Grupo de trabajo sobre GPC, 2006) que aparecerán en los distintos documentos de difusión del conocimiento como los siguientes:

- 1 Procesos:** concatenaciones complejas de decisiones, actividades y tareas llevadas a cabo por diferentes profesionales y diseñadas para generar un resultado específico .
- 2 Algoritmos:** listados simples de instrucciones que especifican una sucesión de pasos necesarios para resolver un problema.
- 3 Diagramas de flujo:** Son esquemas que representan gráficamente el algoritmo por medio de flechas.

En los siguientes apartados se aporta un resumen de que son y cómo se elaborar las guías de práctica clínica y vías clínicas. Si se desea profundizar sobre esos contenidos se recomienda consultar la bibliografía citada.

## Guías de práctica clínica

### Tipos de guías de práctica clínica

Dependiendo del método de elaboración, las GPC pueden estar basadas en la evidencia, basadas en el consenso o basadas en la opinión de personas expertas (Liberati y Barro, 1998). Las diferencias entre los tres métodos para la elaboración de GPC se resumen en la tabla siguiente:

TABLA 5. METODOLOGÍA DE DISEÑO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Opinión de expertos	Consenso	Evidencia
No estructurado Rápido y barato	Estructurado Lento y Caro	Estructurado Lento y caro
Informal	Formal	Formal
Potenciales conflictos de intereses, y un único punto de vista seleccionado.	Muchos participantes Diferentes puntos de vista	Explícito Método reproducible
Evidencia implícitas	Evidencia implícita	Evidencia explícita
Definición de persona experta según contenido	Posible enfrentamiento entre participantes	Metodología formal y rigurosa
Desavenencias entre personas expertas	Como el consenso es la meta, se puede llegar a él a expensas de la evidencia	Todos los métodos y decisiones están disponibles para ser revisados (transparencia absoluta)
Estrategias sesgadas en el muestreo de los resultados de las investigaciones	Puede haber sesgos en la selección de estudios.	Muestreo riguroso, explícito y reproducible

### ¿Cómo se hace una GPC?

Son procedimientos muy laboriosos y largos, basados en la siguiente secuencia de acciones (Grupo de trabajo sobre GPC. Sistema Nacional de Salud. Manual, 2007):

- Definición del problema por parte de un equipo multidisciplinar.
- Filtrado de los conocimientos.
- Producción de recomendaciones (Saura y cols, 2001).
- Puesta en funcionamiento.
- Análisis de los resultados.
- Reformulación de las recomendaciones.

Las GGPC tienen que tener las siguientes características generales:

- Claridad y sencillez en su estructura y presentación.
- Especificidad.
- Aplicabilidad.
- Fiabilidad.
- Flexibilidad.
- Participación de mismo equipo multidisciplinar.

### ¿Qué debe incluir una GPC de buena calidad?

Según Saura y cols. (2001) una guía de buena calidad debe incluir los siguientes apartados:

- El objetivo general que persigue: la condición clínica específica que aborda y la población diana.

- El grupo potencial de usuarios (profesionales y pacientes).
- La metodología utilizada en:
  - el proceso de recopilación y síntesis de la evidencia,
  - la elaboración de las recomendaciones,
  - su actualización,
  - su revisión externa,
  - su validación de calidad (método AGREE),
  - la descripción de la experiencia piloto previa (si se ha realizado).

### Caducidad de las GGPC

Las GGPC son instrumentos dinámicos y cambiantes, cuya vigencia no suele ser mayor a 2-3 años, por ello es necesario el ciclo de evaluación-actualización-difusión permanente, a través de grupos de trabajo formales.

## Vías clínicas

### Sinónimos

Mapas de cuidados, guías prácticas, protocolos de atención, atención coordinada, vías de atención integrada, vías de atención multidisciplinaria, programas de atención colaborativa, vías de alta anticipada, vías de atención, gestión de casos clínicos (García Caballero y cols., en red).

### Definición

Como ya se ha visto, las vías clínicas son planificaciones asistenciales muy precisas que definen detalladamente la secuencia, duración y res-

ponsabilidad de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la máxima eficiencia en el proceso asistencial (García Caballero y cols., En red).

Son herramientas de transcripción de guías, protocolos, algoritmos y recomendaciones que permiten planificar y coordinar. Detalla tareas y actividades del día a día y de diferentes profesionales (sin dejar tiempos muertos ni retrasar decisiones claves) minimizando gran parte de las disfunciones en la prestación de servicios sanitarios.

### Forma de presentación del documento de la vía clínica

- Definición precisa de los términos de la vía.
- Autores y coordinador de la misma.
- Introducción, relevancia y datos actuales de la situación.
- Objetivos generales.
- Proceso de elaboración e implantación.
- Criterios de inclusión, exclusión, salida de la vía y alta.
- Matriz secuencial de actividades y cuidados (diagrama de Gantt).<sup>5</sup>
- Encuesta de satisfacción.
- Bibliografía.

A continuación se muestra un ejemplo de matriz temporal (diagrama de Gantt) de una vía clínica.

---

<sup>5</sup> El documento se presenta como una hoja en la que se representa una matriz temporal. En el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones (días/horas) y en el de las coordenadas se distribuyen todas las tareas e intervenciones a realizar por los diferentes profesionales.

*Actividades relacionadas con la aplicación del protocolo de seguridad para pacientes bajo tratamiento con antipsicóticos, en la consulta de la Unidad de Salud Mental Comunitaria.*

Actividad/día	Consultas			
	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>
<b>CONSULTA DE PSIQUIATRÍA</b>				
Valoración antecedentes somáticos	X			
Valoración antecedentes familiares	X			
Valoración somática actual	X			
Valoración factores riesgo	X			
Solicitud analítica		X		
Derivación a enfermería		X		
Información sobre antipsicóticos familia			X	
Información sobre antipsicóticos al paciente			X	
Valoración resultados analítica			X	
Derivación a AP si procede			X	
Derivación a Endocrino si procede			X	
Entrevista familiar				X
<b>CONSULTA DE ENFERMERÍA</b>				
Valoración enfermera		X		
Valoración hábitos de riesgo		X		
Información sobre hábitos vida saludable			X	
Inclusión en grupo de movilidad corporal				X
Entrevista familiar				X
<b>CONSULTA DE TRABAJO SOCIAL</b>				
Valoración social		X		
Entrevista familiar				X

## ¿Qué aportan las vías clínicas?

Según García Caballero y cols. (En red) las vías clínicas aportan:

- Integración de la atención y los cuidados.
- Responsabilidad clara en cada actuación.
- Secuencia definida por tiempos.
- Verificación de todas las actividades.
- Implementación de otros procesos (recomendaciones, guías, etc.).
- Información transparente de otros aspectos.
- Satisfacción de personas usuarias.
- Indicadores claros y estándares específicos del proceso asistencial.
- Definición clara del consumo de recursos.

## Criterios para elegir un proceso transcribible a vía clínica

Según García Caballero y cols (en red) un proceso para poder ser transcrito como vía clínica debe de:

- Tener un curso clínico predecible.
- Ser prevalente.
- Conllevar elevados costes.
- Ser llevado a cabo con una variabilidad en la práctica no justificada.
- En él participan varias especialidades.
- Tener posibilidades de mejora.

## 2.4.2. Estrategias de difusión, implementación y aplicación

Antes de entrar en materia revisemos algunas definiciones (Costa y Etxeberría, 2009):

### Difusión

Transmisión libre y pasiva de información a los/as profesionales. Utiliza diferentes formatos (papel, digital,...) y canales (entrega directa, correo postal, intranet, e-mail,...). No es información controlada ni planeada.

### Diseminación

Comunicación de información a los/as profesionales a fin de mejorar conocimientos y habilidades. Es un concepto más activo que el anterior ya que implica una transmisión directa de los contenidos de las recomendaciones en forma de charla, presentación, taller, etc.

### Implementación

Va más allá de la difusión o diseminación, implica la aplicación. Es el proceso práctico que pone en marcha actividades e intervenciones concretas para convertir las estrategias en resultados. Es un proceso complejo y polifacético que necesita de habilidades, recursos y tiempo, creatividad y buenos/as profesionales (desde el punto de vista clínico y por su predisposición al cambio). Por todo ello la implementación supone:

- Poner las recomendaciones en el lugar en donde se toman las decisiones, de forma planificada, sistemática y adaptada al contexto.



- Asegurar una comunicación efectiva.
- Planificar estrategias en el ámbito educativo, organizativo, financiero, etc.
- Planificar estrategias de cambio y para superar las barreras.

Las estrategias o actividades de implementación deben tener impacto (Costa y Etxeberría, 2009):

- 1 aumentando los conocimientos de los/as profesionales,
- 2 cambiando sus actitudes (que faciliten la aceptación de las recomendaciones propuestas),
- 3 cambiando sus hábitos y comportamientos (mediante la adquisición de conocimientos y habilidades) y/o,
- 4 modificando resultados y mejorando la calidad asistencial y la salud de la población.

## **Fases en la realización de la implementación**

Según Costa y Etxeberría (2009) las fases de un proceso de implementación deben ser las siguientes:

- 1 Identificación de barreras y facilitadores para el cambio
- 2 Elección de estrategias de implementación dirigidas a las barreras

### 3 Fase de Diseño del Plan de Implementación

### 4 Fase de Acción: Puesta en marcha del Plan

### 5 Fase de Reevaluación

### 6 Fase de Mejora

A continuación se revisa cada una de estas fases.

#### 1. Identificación de barreras y facilitadores para el cambio

Las barreras y facilitadores se definen como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, la implementación del cambio en la práctica profesional, manifestándose en la adherencia, o falta de adherencia, a la aplicación de determinadas recomendaciones.

Aquellas estrategias y planes de implementación que identifiquen y tengan en cuenta las barreras y facilitadores (potenciales o reales que van surgiendo) y tomen medidas para superarlas/aprovecharlas tendrán mayor probabilidad de éxito de implementación (Costa y Etxeberría, 2009).

La identificación de las barreras se puede realizar mediante diferentes metodologías, a continuación se presentan las más utilizadas:

- Entrevistas con profesionales clave de la organización.
- Observación directa de la práctica clínica diaria.

- Realización de encuestas a todo un colectivo o una muestra de profesionales.
- Mediante la metodología de tormenta de ideas en pequeños grupos o con todo el equipo.
- Grupos nominales (personas expertas): A través de una pregunta formulada a un grupo de entre 10 y 15 personas se obtienen respuestas que posteriormente son clasificadas y reordenadas por importancia mediante el consenso entre los/as participantes.

Pero, ¿cuáles son los principales motivos de resistencia al cambio?, según Costa y Etxeberría (2009):

- Falta de información.
- Temor a no saber adaptarse.
- Desconfianza en el apoyo de la organización.
- Temor a perder poder, autonomía o privilegios.
- Dificultad para asumir responsabilidades o los errores.
- No sentirse implicado/a.
- Intereses ocultos opuestos al cambio.
- No ver beneficios individuales.
- Rechazo a lo extraño.

Y ¿qué tipos de barreras y facilitadores se pueden detectar en nuestra organización? A continuación se presenta una tabla con un resumen de potenciales barreras y facilitadores, tomadas del manual «Implementación de guías de práctica clínica en el Sistema nacional de salud. Manual metodológico» (Grupo de trabajo sobre implementación de GPC, 2007).

TABLA 6. PRINCIPALES BARRERAS Y FACILITADORES DEL CAMBIO

Barreras	Facilitadores
----------	---------------

**CLASIFICACIÓN.** Profesional de la salud (competencia, actitudes, opiniones, motivación para el cambio y características individuales)

Falta de acuerdo con las recomendaciones (diferencias en la interpretación de la evidencia).	Presencia de profesionales innovadores y con mayor predisposición al cambio.
Falta de formación, entrenamiento o habilidades para seguir las recomendaciones clínicas.	
Preferencias personales y experiencias individuales percibidas como más efectivas que las recomendaciones.	

**CLASIFICACIÓN.** Contexto social (pacientes, colegas)

Falta de adherencia al tratamiento por parte de los o las pacientes.	Colaboración con otros centros para crear redes de aprendizaje.
Demandas de los/as pacientes a un determinado tratamiento o prueba.	

**CLASIFICACIÓN.** Factores relacionados con el sistema (organización y estructura, medidas económicas)

Procesos poco estandarizados que dificultan la implementación de recomendaciones.	Objetivos de mejora claros y adaptados a nivel local.
---	---

Falta de tiempo, sobrecarga de trabajo.	Capacidad de medir el funcionamiento de un proceso, procedimiento o servicio.
Poder y autoridades establecidas dentro de las organizaciones que dificultan los procesos de cambio.	Sistemas de información que faciliten el seguimiento, aplicación y evaluación de las GPC.
Rotación de profesionales y personal sustituto que dificultan el mantenimiento de la intervención en el tiempo.	Trabajo multidisciplinario en la adopción de las recomendaciones clínicas.
Falta de trabajo en equipo.	Líderes que prioricen la efectividad de la práctica dentro de la organización.
Dotación insuficiente de los servicios sanitarios y recursos mal distribuidos.	Buena comunicación con los equipos a nivel local, consenso en las recomendaciones a implementar.

**CLASIFICACIÓN.** Aspectos relacionados con las propias GPC

Recomendaciones clínicas elaboradas con poco rigor metodológico, de baja calidad y poco creíbles a nivel clínico.	Disposición de GPC en formatos prácticos, promovida por organismos oficiales.
GPC poco prácticas, que no faciliten el juicio clínico, demasiado rígidas.	
Recomendaciones demasiado complejas y con un coste muy alto en su implementación.	

## 2. Elección de estrategias de implementación dirigida a las barreras

La implementación debe hacerse con un procedimiento sistemático, riguroso y dentro de una planificación estratégica que tenga en cuenta el contexto local así como las barreras y los elementos facilitadores detectados (Costa y Etxeberría, 2009).

Veamos, en los siguientes esquemas, un catálogo de intervenciones de implantación (Costa y Etxeberría, 2009) organizadas según los siguientes criterios:

### 1 Intervenciones según tipo de barreras detectadas:

Barreras	Tipo de intervención
Barreras estructurales/organizacionales	Estructural/organizacional
Recomendación contraria a las normas y prácticas locales	Basada en la influencia social
Desconocimiento del problema de calidad	Audit y feedback
Conocimientos, habilidades y actitudes de los/as profesionales	Intervenciones educativas
Procesamiento de la información durante la consulta	Recordatorios

### 2 Intervenciones según objetivos hacia los que va dirigido el cambio:

<b>Tipo de intervención</b>	
<b>OBJETIVO.</b> Relacionado con el colectivo profesional	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Distribución de material educativo: en mano, correo, etc.</li> <li>■ Sesiones formativas</li> <li>■ Proceso de Consenso Local entre profesionales implicados</li> <li>■ Visitas de líderes de opinión (profesionales influyentes) o de facilitadores (técnicos con formación específica)</li> <li>■ Intervenciones mediadas por pacientes (encuestas,...)</li> <li>■ Auditoría y retroalimentación (resumen de la actuación de los/as profesionales)</li> <li>■ Recordatorios (papel, en ordenador, etc.)</li> <li>■ Medios de comunicación de masas dirigidos a la población (publicidad, pósters, etc.)</li> </ul>	
<b>OBJETIVO.</b> Financiero	
Hacia la institución	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pago por servicio</li> <li>■ Incentivos, becas</li> <li>■ Incentivos de acreditación, carrera profesional,...</li> <li>■ Penalizaciones</li> </ul>
Hacia el/la paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Copago</li> <li>■ Sanciones</li> </ul>
<b>OBJETIVO.</b> Relacionado con la organización	
Hacia profesionales	Revisión de roles profesionales, equipos clínicos multidisciplinarios, continuidad de cuidados, satisfacción de los o las profesionales, comunicación y discusión de casos,...
Hacia pacientes	Circuito de reclamaciones y sugerencias, participación ciudadana,...
Estructurales	Cambio del entorno y lugar, instalaciones, equipamiento, sistemas de información y registros, cartera de servicios, mecanismos de control de calidad
<b>OBJETIVO.</b> Regulador (cambios de prestación o costes mediante normativas)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Cambios responsabilidades del profesional</li> <li>■ Manejo de queja de pacientes</li> <li>■ Acreditación</li> </ul>	

### 3. Fase de diseño del plan de implementación

Para realizar el plan de implementación propiamente dicho, es necesario precisar (Costa y Etxeberría, 2009):

- a. Recomendación de la que se parte: formato, accesibilidad, potencia, relevancia, etc.
- b. Equipo y profesionales con perfil adecuado para adaptar e implementar el cambio.
- c. Análisis riguroso del problema de salud: estado actual, barreras y facilitadores al cambio.
- d. Estrategia de implantación elegida.
- e. Modo de puesta en marcha: quién, qué, cuando, cómo y dónde.
- f. Modo de comunicación del plan.
- g. Recursos necesarios /formación.
- h. Mecanismos de medición y monitorización de resultados.
- i. Plan de mejora.

### 4. Fase de acción: puesta en marcha del plan

Es útil iniciar la ejecución del plan de implantación con un pilotaje que permita documentar los problemas encontrados y los hallazgos inesperados, realizar un análisis y, finalmente, iniciar la fase de mejora.

### 5 y 6. Fases de reevaluación y mejora

Los contenidos de estas fases se muestran en el próximo capítulo.



## 2.5. QUINTO PASO:

### Evaluación del rendimiento

Tras realizar la difusión e implementación de los documentos generados, mediante la búsqueda y análisis de la evidencia, es indispensable proceder a la evaluación de la aplicación de las recomendaciones propuestas. Con ello no solo se pretende conocer los resultados obtenidos, sino también establecer correcciones y mejoras.

Según la Organización Mundial de la Salud (Pineault y Daveluy, 1989), la evaluación es un proceso sistemático y permanente encaminado a aumentar la congruencia, la eficiencia y la eficacia de las actividades de salud. El objetivo de la evaluación es proporcionar a todas las partes implicadas (personal médico, personas demandantes de asistencia y políticos) información sobre el impacto y/o resultado de la asistencia así como sobre otras alternativas posibles de cualquier recurso o actividad sanitarios.

#### 2.5.1. Diseño de un programa de evaluación

La planificación de la evaluación debe realizarse paralelamente a los protocolos o guías que se pretenden implantar (debe formar parte de ellos) (Haaz, en red). Así, toda planificación de evaluación de procedimientos sanitarios debe:

##### 1. Formular criterios u objetivos específicos de evaluación.

Para ello es necesario concretar de manera precisa lo que se pretende evaluar señalando criterios o condiciones que deben darse para

considerar cumplido el objetivo a medir. Los criterios de evaluación deben ser:

- explícitos y claramente expresados,
- aceptados por todos los miembros implicados y
- fácilmente medibles y cuantificables.

La priorización de los aspectos a evaluar, debe basarse en su:

- trascendencia (relevancia),
- capacidad trazadora (informa sobre todo el proceso asistencial),
- factibilidad (capacidad de recogida de datos e información),
- simplicidad y validez (informa sobre lo que realmente queremos conocer).

### **Ejemplo de objetivo/criterio a evaluar:**

Los/as pacientes con síntomas psicóticos no deben esperar más de 7 días la primera consulta con el personal facultativo de la unidad

Hacer medible aquello que queremos evaluar mediante el establecimiento de indicadores. Forma particular, normalmente numérica, en la que se mide o evalúa cada uno de los criterios, los indicadores deben:

- ser fáciles de registrar,
- poder enunciarse con objetividad y sencillez,
- no ser interpretables.

**Ejemplo de indicador:**

Porcentaje de pacientes con síntomas psicóticos que esperan  $\leq 7$  días a la primera consulta con el personal facultativo en la unidad.

**Fórmula numérica del indicador:**
$$\frac{\text{Pacientes con síntomas psicóticos que esperan } \leq 7 \text{ días a la primera consulta con p. facultativo en la unidad} \times 100}{\text{Total de pacientes con síntomas psicóticos atendidos/as en la unidad}}$$

## 2. Establecer un estándar

Se trata del rango dentro del cual (máximo y mínimo) puede considerarse un nivel de cumplimiento aceptable del objetivo (criterio). No debe ser nunca del 100% ya que siempre sucederán imprevistos que impedirán tal cumplimiento.

**Ejemplo de estándar:**

El 90% de los/as pacientes con síntomas psicóticos, serán atendidos/as en menos de 7 días en primera consulta por un/a facultativo/a de la unidad.

## 3. Precisar otros elementos

- Fuentes de datos que proporcionarán los datos para los indicadores: historias clínicas, encuestas, observación directa, informes, registros específicos, etc.
- Periodicidad con la que se recogerán y analizarán los datos.
- Personas encargadas de realizar la valoración.

Según López de Castro y Rodríguez Alcalá (2004), algunos de los elementos que obstaculizan el proceso de una buena evaluación son:

- la resistencia innata que todos tenemos a ser evaluados,
- la mala planificación de la misma,
- los sistemas de registro inadecuados,
- la ausencia de formación metodológica,
- la falta de tiempo,
- el sentimiento de que se trata de actividades impuestas desde la gerencia, etc.

La evaluación no finaliza con la obtención de indicadores. Es preciso unificar y resumir los datos obtenidos sobre los logros y los problemas detectados en el desarrollo de las actividades del protocolo o guía, analizarlos y extraer unas conclusiones que den paso a **propuestas concretas de acción futura**: ¿suspendemos el procedimiento?, ¿se continúa sin cambios?, ¿se modifica alguna actuación?, ¿se añaden nuevas actividades?, etc. No hacerlo así supone perder el tiempo (López de Castro y Rodríguez Alcalá, 2004).

Los resultados de la evaluación han de ser difundidos entre el colectivo profesional, de forma agregada o resumida. Esta retroalimentación de información, a quienes la originan, es fundamental para seguir implicando a los/as profesionales en la adaptación de estrategias sanitarias.

**3**

**modelo  
de sesiones  
clínicas basadas  
en la evidencia**



Las sesiones clínicas basadas en la evidencia no pretenden sustituir a las clásicas sesiones clínicas de los servicios, sino que su finalidad es complementarlas. En este sentido y desde el enfoque de la ASBE, aplicar la sistemática basada en la evidencia a las sesiones clínicas, tiene tanto un objetivo clínico (la concreción y unificación en la toma de decisiones sanitarias) como un objetivo docente (enseñanza de cultura y habilidades de lectura crítica y medicina basada en la evidencia).

### 3.1. Estructura de la sesión clínica

Una sesión clínica basada en la evidencia debe seguir los siguientes pasos.

#### **Escenario clínico**

En esta primera parte de la exposición, se realizará una breve y concreta descripción del caso clínico que ha generado la duda, aportando datos que favorezcan la búsqueda y discusión posterior (características del/de la paciente, situación clínica, tratamientos empleados, etc.).

#### **Realización de preguntas con formato PICO**

Como se ha mencionado anteriormente, consiste en transformar la duda en una pregunta que se formule en términos de población-intervención-comparación (opcional)-outcome (resultado).

## **Resumen general sobre el tema**

Exposición resumida de los datos sobre la cuestión (basada en artículos, resúmenes y GPC encontrados), que tengan mayor grado de acuerdo entre la comunidad científica por un lado y por otro los aspectos más controvertidos del tema.

## **Estrategia de búsqueda**

Descripción de las herramientas de búsqueda y descriptores y términos libres utilizados.

## **Selección del artículo**

Comentario sobre los criterios utilizados para la selección del artículo en particular: mayor nivel de evidencia, más antigüedad, autoría, etc.

## **Lectura crítica del artículo**

Para ello remitimos a los instrumentos de valoración crítica y guía para personas usuarias de la literatura médica de la revista JAMA (ver apartado 2.3.1. Análisis de la información y lectura crítica).

Es necesario destacar con precisión en el artículo los datos que se han utilizado para valorar los distintos criterios sugeridos por la guía de valoración, mostrando claramente si se cumplen o no los criterios.

## **Conclusiones**

Debe exponerse una respuesta a la pregunta clínica inicial, que oriente una correcta asistencia sanitaria basada en la evidencia. Deben integrarse las tres bases necesarias: evidencia disponible,



experiencia profesional y características y preferencias del tipo de paciente en cuestión.

En el siguiente enlace, ubicado en la página Web Psicoevidencias.es, se pueden consultar ejemplos de sesiones clínicas según esta sistemática: <http://www.psicoevidencias.es/Documentos/Sesiones-Clinicas-Basadas-en-la-Evidencia/Ver-categoria.html>



**4**

# **disponibilidad e intercambio de información.**

**psicoevidencias.es**



La página Web Psicoevidencias.es es el portal creado para buscar, seleccionar, analizar y sintetizar la extensa información existente, de cara a poner a disposición de sus usuarios/as conocimientos y prácticas que aporten valor para la mejora de la calidad asistencial y de la Salud Mental de la ciudadanía (<http://www.psicoevidencias.es/>)

Este portal forma parte de un proyecto enmarcado en la estrategia de actuación número 15 del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012 (Consejería de Salud, 2008). En este proyecto trabaja un grupo multidisciplinar (profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional etc.) de la red de centros sanitarios. Se cuenta con profesionales distribuidos por toda la geografía andaluza que ofrecen una atención especializada e integral a las personas que padecen problemas de salud mental en nuestra comunidad.

El proyecto quiere impulsar el acceso al conocimiento, la publicación, la investigación y facilitar que profesionales de la Red de atención sanitaria a la Salud mental compartan experiencias. Persigue crear una infraestructura de soporte para que las iniciativas profesionales sean efectivas.

Psicoevidencias es, pues, el producto central que da soporte a esta estrategia. Se trata de una plataforma Web 2.0, basada en la interacción que se logra a partir de diferentes aplicaciones Web (Moodle, Joomla). La interactividad de la Web facilita el compartir información y la interoperatividad.

Su estructura se analiza y revisa con un enfoque centrado en las personas usuarias de la plataforma y pensando en facilitar la colaboración entre ellas.

## 4.1. Instituciones que lo avalan

Este proyecto se ha puesto en marcha con la colaboración y el apoyo de:

- El Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud de Andalucía
- La Escuela Andaluza de Salud Pública
- Ministerio de Sanidad y Política Social

Posee también reconocimientos de calidad como:

- Proyecto Webs médicas de calidad (PWMC)
- Código de conducta de fiabilidad (HONcode)
- Web de interés sanitario

## 4.2. Organización y composición

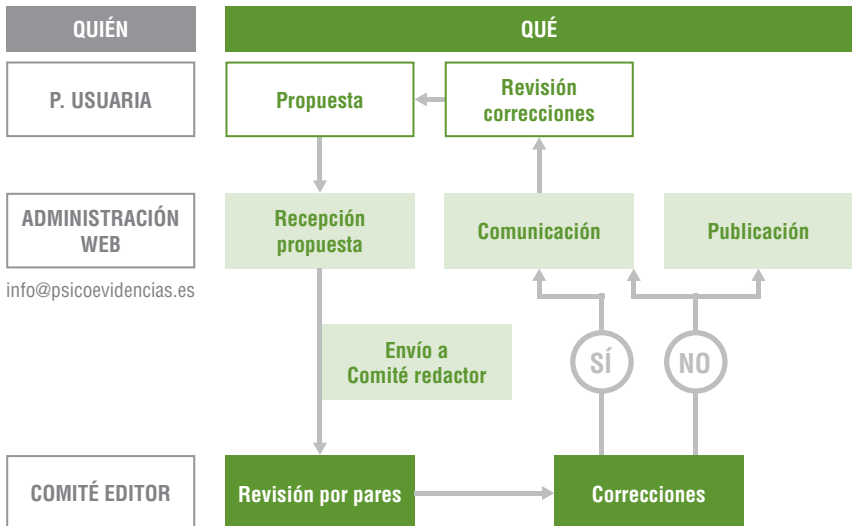
Cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales responsables de la política editorial que se articula en:

- Consejo de redacción, con la función de ejercer la dirección y coordinación de la Web. Su presidente de honor es el Dr. Germán Berrios. Psiquiatra. Catedrático de la Universidad de Cambridge.

- Consejo editor, responsable de la producción editorial y que consta de 4 comités técnicos: 1) Servicio de atención al profesional, 2) Formación continuada 3) Revisiones sistemáticas y resúmenes 4) Noticias y novedades.

Como Portal colaborativo, Psicoevidencia.es pretende que los contenidos (CATs, resúmenes, noticias, herramientas, publicaciones de interés, etc.) sean aportados por las propias personas usuarias de la página. Por este motivo, los miembros del Consejo editor, más que producir contenidos propios, tienen la función de revisar por pares las propuestas enviadas por personas usuarias de Psicoevidencias.es.

En el siguiente esquema se recoge el procedimiento habitual para enviar contenidos a la Web.



## 4.3. ¿Qué ofrece el portal Psicoevidencias?

### Utilidades

#### 4.3.1. Acceso a las fuentes más solventes y de más calidad de acceso a la evidencia actual

- Metabuscadores: Tripdatabase, Excelencia clínica, Evidence NHS
- Revisiones sistemáticas: The Cochrane, Biblioteca Cochrane Plus, DARE
- Fuentes primarias: PubMed
- Sumarios: Clinical Evidence, Bandolier
- Guías Clínicas: NGC, NICE, NZGG, SIGN
- Bancos de CAT's: Buscador Guía Salud, BESTinMH, ATTRACT, CAT Crawler
- Temas clínicos: DynaMed, CKS
- Acceso a la Biblioteca virtual del SSPA

#### 4.3.2. Información básica sobre la atención basada en la evidencia (ASBE)

- Información útil sobre: definición, paradigma de la ASBE para tomar decisiones clínicas, etapas de este proceso, por que es importante su uso para organizar la atención sanitaria y limitaciones a su uso.
- Niveles de evidencia y grados de recomendación.
- Colaboraciones Psicoevidencias: Documentos, artículos y herramientas sobre ASBE (Buscador de informes de evaluación de tecnologías sanitarias, CatMaker en español).



### **4.3.3. Selección de contenidos publicados en fuentes de reconocida calidad para la práctica clínica en Salud mental**

- Revisiones sistemáticas: se realizan traducciones de artículos publicados en otros idiomas y considerados de interés.
- También se realizan resúmenes de publicaciones de interés.
- Guías de práctica clínica: información acerca de la publicación y contenido de guías de práctica clínica. Además de acceso al texto completo o la página en la que se encuentran.

### **4.3.4. Síntesis y clasificación de prácticas y recomendaciones según su nivel de evidencia**

- Cuestiones caloradas críticamente (CATs) elaboradas por miembros del equipo editor y usuarios/as registrados/as o por el Servicio de atención al profesional.
- Resúmenes: revisión, en español, de la evidencia (no exhaustiva) que existe acerca de tratamientos, prácticas eficaces para algunos de los trastornos más relevantes que podemos encontrar en nuestra práctica clínica. Facilita el acceso a las conclusiones de las principales publicaciones sobre el tema tanto en inglés como en español, clasificando las conclusiones por la calidad de las fuentes (revisiones sistemáticas...). Estas revisiones se actualizan regularmente y las realizan profesionales del equipo redactor.

### **4.3.5. Revisión de principales Web sanitarias**

Se navega regularmente por INTERNET y cuando se considera un sitio interesante se añade en los diferentes apartados de la Web.

### **4.3.6. Noticias relevantes para la atención a la salud mental**

Se identifican y difunden noticias relacionadas con la Salud mental, siempre desde una perspectiva de aporte de evidencia o análisis crítico.

### **4.3.7. Sesiones clínicas basadas en la evidencia**

Los documentos publicados bajo este título han sido desarrollados con una finalidad formativa por sus autores/as (en su mayoría personas registradas) y cedidos a Psicoevidencias. Fundamentalmente son trabajos de profesionales residentes con implicación en esta área de conocimiento.

### **4.3.8. Foros para el intercambio de conocimiento**

Espacios para el debate y la reflexión sobre: casos clínicos, noticias, GPC, editoriales, revisiones bibliográficas, formación, etc.

### 4.3.9. Oferta de cursos online

Actualmente está disponible, con libre acceso para todos los/as profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud, el curso «Búsqueda de información de calidad en Salud mental». En el siguiente esquema se recoge el programa de dicho curso.

<b>MÓDULO I</b>	
Organización de la información, fuentes de calidad contrastada, y sus implicaciones en las búsquedas	
Unidad didáctica 1	MBE y jerarquía de los servicios de información.
Unidad didáctica 2	Desde metabuscadores hasta base de datos.
<b>MÓDULO II</b>	
La necesidad de información. La pregunta contestable	
Unidad didáctica 1	La pregunta en formato PICO
Unidad didáctica 2	Tipos de pregunta PICO
<b>MÓDULO III</b>	
La necesidad de información y la búsqueda	
Unidad didáctica 1	La búsqueda y el rigor científico
Unidad didáctica 2	El lenguaje documental
Unidad didáctica 3	Del aula virtual a la práctica

### 4.3.10. Servicio de atención a la práctica clínica (SAP)

Está dirigido a profesionales de la red de atención a la Salud mental del Sistema Nacional de Salud (SNS). Ofrece respuestas rápidas basadas en la evidencia a preguntas (también ayuda a formularlas) que el personal sanitario se hace en la práctica clínica sobre los trastornos mentales y su tratamiento.

La respuesta no será un consejo concreto o una recomendación específica, ni una revisión sistemática sobre un tema; sino que, tras una búsqueda protocolizada, resumirá las conclusiones de las referencias encontradas siguiendo un formato CAT.

Se recomienda a quienes consultan que hagan un uso responsable de la respuesta obtenida, sumándola a su conocimiento sobre el tema, a su juicio clínico, los recursos disponibles y las preferencias de cada paciente.

Las respuestas generadas se añaden a la base de datos «Preguntas valoradas críticamente» (Banco de CATs) que está disponible para personas usuarias.

### 4.3.11. E-boletín

Se trata de un resumen mensual, que se remite a personas suscritas a [Psicoevidencias.es](http://Psicoevidencias.es), sobre la actualidad en el Portal y otras noticias relacionadas.

# índice de siglas y abreviaturas



**AATM:** American association for medical transcription (Asociación Americana de transcripción médica).

**AETS:** Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del instituto de Salud Carlos III.

**AETSA:** Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía.

**AGREE:** Appraisal of guidelines research and evaluation collaboration (proyecto de colaboración para la valoración de estudios y evaluaciones de guías)

**ASBE:** Asistencia sanitaria basada en la evidencia.

**BET:** best evidence topic (temas con la mejor evidencia).

**CATs:** critical appraisal topics. (tema valorado críticamente –TVG- tema evaluado críticamente –TEC–). Resúmenes de la evidencia clínica elaborada a partir de una pregunta clínica concreta.

**CASP:** Critical appraisal skills programme. Programa de habilidades de revisión crítica del Reino Unido.

**CASPe:** Critical appraisal skills programme España. Programa de habilidades de revisión crítica de España.

**ECA:** ensayo clínico aleatorio.

**EBMH:** Evidence-bases mental health (bases de evidencia en Salud mental).

**GPC:** guías de práctica clínica.

**NGC:** National guideline clearinghouse.

**PICO:** formato de elaboración de preguntas para facilitar la búsqueda de evidencias. Debe concretar la población (Population: p) de interés, la intervención (Intervention: I) que se pretende evaluar, la intervenciones con las que pretendemos comparar la intervención seleccionada (Comparison: C:) y los resultados (Outcomes: O) que se pretenden evaluar.

**USMC:** unidad de salud mental comunitaria.

**RS:** revisión sistemática.

**SIGN:** Scottish intercollegiate guidelines network (red de guías intercolegiales de Escocia).

**TO:** terapia ocupacional.

**TS:** trabajo social



# **referencias bibliográficas**



- Abaira V. Revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Semergen*. 2003; 29: 183-185.
- AAFP. Guía para autores de la revista *American family physician*. En red: <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/journals/afp/afpauthors.html>
- Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal Delgado E, et al. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de salud mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas Var Pract Med Sist Nac Salud*. 2008; 3: 199-216.
- Bolúmar F, Rebagliato M, Torres AM. Estrategias de diseño en epidemiología. Tipos de estudios. En Piédrola Gil. *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Masson, 2002.
- Bravo R. Guías de práctica clínica. Web de información médica. 2005. [www.infodoctor.org/rafabravo/guidelines.htm](http://www.infodoctor.org/rafabravo/guidelines.htm)
- Buñuel Álvarez JC. Archivos de temas valorados críticamente; qué son y para qué sirven. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002; 4: 115-121.
- Burgos R, Chicharro JA, Bobenrieth MA. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: EASP, 1998.
- Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado: un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en marcha. Barcelona: Elsevier, 2005.
- Consejería de Salud. II Plan Integral de Salud mental de Andalucía 2008-2012. Sevilla: Junta de Andalucía, 2008.

- Costa Ribas C, Etxeberria Aguirre A. Diseminación e implementación de una GPC. *Guías Clínicas*. 2009; 9(Supl 1): 7.
- Egger M, Smith GD, Phillips AN. Meta-analysis: Principles and procedures. *BMJ*. 1997; 315: 1533-7.
- Flemming K. Critical appraisal. 2. Searchable questions. *NT Learn Curve*. 1999; 3(2): 6-7.
- Field MJ, Lohr KN. *Guideline for clinical practice. From development to use*. Washington DC: National academy pres. 1992.
- García Caballero J, Diez Sebastián J, Chamorro Ramos L, Navas Acien A, Franco Vidal A. Vías clínicas. Documento de la Unidad de Garantía de Calidad. Madrid; Hospital Universitario La Paz. En red: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Vias/elaboracion-viasclinicas.pdf>
- García Gutiérrez JF, Minué Lorenzo S. Métodos y estrategias para la implementación de las guías de práctica clínica (GPC) ¿Cómo hacer que las GPC sean efectivas? En: García-Caballero M (ed.). *Guías de práctica clínica en la asistencia médica diaria*. Málaga: Ciencia Biomédica, Universidad de Málaga, 2003.
- García S, Giménez Gómez N, Ruiz MA. Medicina Basada en la Evidencia-Guías de Práctica Clínica. *Bioquímica y Patología Clínica*. 2006; 69: 34-37
- Grupo de trabajo sobre GPC. *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. *Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/01*. En red: <http://www.guiasalud.es/emanuales/elaboracion/index-02.html>
- *Guidelines for Clinical Practice. From Development to Use*. Washington DC: National Academy Press, 1992
- Haaz Díaz A. Programas de actuación. Gestión para resultados. Blog Cápsulas de competitividad y excelencia. Sonora. Méjico. En red: <http://haaz-calidad.blogspot.com/>

- How to change practice: understand, identify and overcome barriers to change. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
- Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Zaragoza; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS, 2009.
- Institute of Health Sciences. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Oxford University. 1993. En red: <http://www.phru.nhs.uk/casp/casp.htm>
- Kragh H. An Introduction to the Historiography of Science. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- Liberati A, Barro G. Clinical guidelines: social and cultural dimensions and juridical and medico-legal implications. *Epidemiol Prev.* 1998; 22: 72-3.
- López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria. Organización del trabajo y evaluación. *Semergen.* 2004; 30:397-407.
- Meneses J, Boixadós M, Valiente L, Vivas P, Armayones M. Construcción de estrategias sistemáticas para la búsqueda exhaustiva de información en Internet: un marco de toma de decisiones aplicado a la información sobre psicología de la salud. *Information Research* 2005. En red: <http://informationr.net/ir/10-3/paper231.html>
- Miguel Barrena S. Terapia familiar vs terapia individual para el tratamiento de la anorexia nerviosa. 2011. En red: <http://www.psicoevidencias.es>
- Perea Milla, E. Diseños de investigación epidemiológica y sus aplicaciones en clínica. En Burgos Rodríguez R, Chicharro Molero JA, Bobenrieth MA. Metodología de investigación y escritura científica en clínica. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1998.
- Phillips R, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, et al. Levels of evidence and grades of Recommendations. Oxford: Centre for Evidence-Based Medicine, 2001. En red: [http://www.cebm.net/levels\\_of\\_evidence.asp](http://www.cebm.net/levels_of_evidence.asp)

- Primo J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Enfermedad inflamatoria intestinal al día. 2003; 2: 39-42.
- Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. 2ª Edición. Barcelona: Masson, 1989.
- Red CASP España. Critical Appraisal Skills Programme Español. CASPe. 2011 En red: <http://www.redcaspe.org>
- Romero A. Como diseñar un plan de implementación de una Guía de Práctica Clínica. REDEGUIAS-Guiasalud, 2005. En red: <http://www.guiasalud.es>
- Rosenberg W, Donald A. Evidence Based Medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995; 310: 1122-26.
- Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes B, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996; 312: 71-72.
- Saura Llamas J, Saturno Hernández PJ, Romero Román JR, Gaona Ramón JM, Gascón Cánovas JJ. Características de las guías clínicas de atención primaria que se asocian a una mayor calidad estructural. Atención primaria. 2001; 28(8): 525-534
- The AGREE Collaboration. Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE) Instrument. London: St George's Hospital Medical School 2001a. En red: [www.agree-collaboration.org](http://www.agree-collaboration.org)
- The AGREE Collaboration. AGREE Instrument Spanish version. Osteba. Dpto. de Sanidad del Gobierno Vasco. 2001b. En red: <http://www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf>



SERIE NUEVAS ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

# Manual básico

para una atención en

## Salud mental

basada

## en la evidencia



**Plan Integral  
de Salud Mental  
de Andalucía**



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
CONSEJERÍA DE SALUD



**GOBIERNO  
DE ESPAÑA**

**MINISTERIO  
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL  
E IGUALDAD**