

Crerios para la elaboraci3n de las Guías de Intervenci3n Psicol3gica

EVANGELINA ALDANA CALVA,^a MA. EUGENIA G3MEZ L3PEZ^a

RESUMEN

En Psicología existe la necesidad de elegir la mejor informaci3n científica para la toma de decisiones acerca del mejor tratamiento, lo que da pie a la formulaci3n de documentos que tienen su fundamento en una metodol3gía basada en evidencia.

El objetivo de este trabajo es ofrecer al psic3logo las principales pautas para la elaboraci3n de una guía de intervenci3n psicol3gica basada en evidencia.

PALABRAS GUÍA: *Psicología basada en evidencias, guía de atenci3n psicol3gica, criterios.*

INTRODUCCI3N

A pesar de que el enfoque de la Medicina Basada en Evidencia surge en el decenio de 1980, su auge aparece un decenio despu3s y su influencia se ha extendido a otras profesiones dedicadas a la salud. Su efecto se manifiesta en la importancia que distintas profesiones otorgan a la tarea de desarrollar trabajos interdisciplinarios que integren la mejor evidencia científica disponible, más el juicio clínic3 del experto a favor de la salud de los pacientes.

En el ámb3to de la Psicología, al igual que en otras disciplinas, existe la necesidad de analizar de manera crítica la informaci3n científica, para elegir aquella que sea más id3nea para la toma de decisiones sobre el mejor tratamiento disponible para los pacientes. La Psicología ha tratado de adherirse al enfoque de la Medicina Basada en

Evidencia y ha adaptado las herramientas confiables que esta metodol3gía propone para ofrecer informaci3n proveniente de datos empíricamente contrastados; y que, junto con el juicio del experto, faciliten y aseguren un diagnóstico y tratamiento válidos, para el beneficio y bienestar de la salud emocional de los pacientes.

La sistematizaci3n del diagnóstico y el tratamiento de los trastornos y alteraciones emocionales de los pacientes es complejo, debido a que su origen está multideterminado. Este hecho ha provocado el surgimiento de una infinidad de enfoques en el tratamiento, desde los más ortodoxos hasta los más ecl3cticos; que sin, embargo, no todos han comprobado su efectividad y eficacia, lo que ha generado preocupaci3n en el ámb3to de la salud mental. De ahí la importancia de realizar y difundir Guías de Intervenci3n Psicol3gica (GIP), que normen la pr3ctica de la Psicología.

Las Guías de Intervenci3n Psicol3gica Basada en Evidencia, abordan los trastornos y alteraciones emocionales de alta prevalencia que inciden en la calidad de vida del paciente y que repercuten en su relaci3n con el entorno social, laboral y familiar del que forma parte. Así como por el alto costo emocional y econ3mico que a largo plazo representará para el paciente y el sistema de salud.

^a *Psic3logas Adscritas al Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes".*

Correspondencia:

Dra. Evangelina Aldana Calva
Departamento de Psicología. Instituto Nacional de Perinatología,
Montes Urales 800, Lomas Virreyes, México, D.F., C.P. 11000.
Correo electr3nico: alceva1964@yahoo.com.mx

Recibido: 11 de diciembre de 2006.

Aceptado: 9 de febrero de 2007.



Con base en las consideraciones anteriores, surge la inquietud de estructurar un documento que abarque los principales conceptos de la Psicología Basada en Evidencia y que, al mismo tiempo, oriente a los psicólogos en el desarrollo de guías de intervención psicológica acorde con las necesidades, tanto de la población que se atiende en forma privada, como la que acude a una institución pública de salud.

El documento que a continuación se presenta, es producto de una revisión de la literatura reciente, tanto de la Medicina Basada en Evidencia, como de la Psicología Basada en Evidencia, con la intención de ofrecer las principales pautas para desarrollar una GIP.

DEFINICIÓN DE UNA GIP BASADA EN EVIDENCIA

Es un conjunto de afirmaciones desarrolladas sistemáticamente para apoyar las decisiones del clínico, acerca de los cuidados para la salud más apropiados para la atención de padecimientos clínicos específicos de cada paciente.¹ Dichas afirmaciones deben tener los siguientes atributos: validez, confiabilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad y claridad. Las guías son producto de un proceso de investigación multidisciplinaria y de una revisión sistemática y documentada.²

Tipos de guías

Existen tres tipos de guías, que a continuación se describen:

- 1. Basadas en la opinión de expertos.** En este tipo de guías no existe una metodología estructurada para su elaboración y pueden existir sesgos en las recomendaciones finales.
- 2. Basadas en consenso.** En ellas existe una metodología estructurada para su elaboración y aunque pueden haber sesgos en la selección de los estudios, se llega al establecimiento de acuerdos a través de las evidencias científicas analizadas.
- 3. Basadas en evidencia.** La diferencia fundamental con las anteriores es que identifican claramente la composición de los miembros que participan en su elaboración; así mismo, estandarizan la búsqueda y evaluación crítica de la bibliografía. Por lo que estos

documentos establecen recomendaciones basadas en un nivel de evidencia determinado.³

ALCANCES, LIMITACIONES Y APLICABILIDAD DE LAS GUÍAS

Alcances

Las guías buscan mejorar el proceso y los resultados en los cuidados de la salud de diferentes maneras, por ejemplo:

1. Proporcionan a los profesionales de la salud recomendaciones basadas en evidencias actualizadas para el manejo de padecimientos y trastornos.
2. Están dirigidas a profesionales de la salud y usuarios del servicio médico, con el objetivo de ayudarles en la toma de decisiones, en relación con un problema clínico claramente especificado.
3. Informan y recomiendan sobre cómo actuar en una circunstancia clínica determinada.
4. Funcionan como un conjunto de pautas para valorar la práctica de los profesionales de la salud.
5. Forman la base para la educación y el entrenamiento de los profesionales de la salud.
6. Promueven en el campo de la salud, la toma de decisiones que tengan el mejor fundamento científico, con lo cual se puede reducir la aparición de acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones meramente especulativas.
7. Auxilian en la toma de decisiones en favor del paciente.
8. Orientan a los pacientes y a quienes los cuidan, en la toma de decisiones informadas acerca de su tratamiento y cuidado.
9. Mejoran la comunicación entre profesionales de la salud, pacientes y sus cuidadores.
10. Ayudan a identificar áreas de prioridad para la investigación.^{1,4}

Limitaciones

1. Aunque utilizan las revisiones sistemáticas para apoyar sus recomendaciones, si éstas no existen, sintetizan la mejor evidencia disponible para apoyar una decisión clínica determinada, acorde con el nivel de evidencia existente.

2. Si bien son una gran herramienta de trabajo, no se debe pensar que en ellas se va a encontrar respuesta a todas las preguntas que el especialista se hace en su quehacer cotidiano.
3. La decisión final sobre el procedimiento clínico, preventivo, diagnóstico o terapéutico, estará siempre en manos del médico, del paciente y de las circunstancias específicas que rodean cada situación clínica.³

Aplicabilidad

1. Debe comprobarse si la población para la que fue hecha la guía se ajusta a las características de los pacientes, ya que si son distintas, pueden no ser útiles.
2. Valorar si el contexto en el que se trabaja hace posible su puesta en práctica sin perjudicar otras áreas de atención que también son necesarias y útiles para el cuidado de los pacientes, o que vaya en detrimento de las actividades cotidianas.
3. Es importante tener en cuenta las preferencias y creencias de los pacientes, porque aunque la fuerza de la recomendación sea muy elevada, si no se valora, deja de ser útil.
4. Si a los clínicos la guía no les parece útil y práctica, ésta será infrautilizada y no se

conseguirá el objetivo de la misma; que no es otra cosa que mejorar la calidad de la práctica clínica. En este sentido, es importante conocer aspectos que pueden funcionar como barreras o facilitadores de su aplicabilidad, tales como: aspectos geográficos, estructura organizativa de la institución, reconocimiento de la cultura, ideología y aspectos legales, o bien, los elementos que pueden impedir o fomentar su uso.³

ELEMENTOS A SER CONSIDERADOS PARA LA ELECCIÓN DEL TEMA DE UNA GIP

1. Aspectos del fenómeno estudiado.
2. Incidencia del problema a estudiar.
3. Características de la población hacia la que está dirigido.

DEFINICIÓN DE EVIDENCIA

En Psicología, una evidencia está constituida por los resultados científicos relacionados con las estrategias de intervención, evaluación, problemas clínicos y poblaciones de pacientes en laboratorio y campo; así como por los resultados clínicamente

Tabla 1
Niveles de Evidencia de los estudios de investigación según la Red de Guías Intercolegiales Escocesas, 2004

Nivel	Descripción
1 ⁺⁺	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de Estudios Aleatorizados Controlados (ECA, por sus siglas en inglés), o ECA con muy poco riesgo de sesgo.
1 ⁺	Metaanálisis bien conducidos, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con muy poco riesgo de sesgo.
1 ⁻	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ECA, o ECA con alto riesgo de sesgo.
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad, estudios de casos y controles o estudios de cohorte. Estudios de cohorte o de casos y controles de alta calidad, con pocos factores de confusión o sesgos o sus posibilidades y una alta probabilidad de que la relación sea causal.
2 ⁺	Estudios de cohorte o de casos-control bien conducidos, con pocos factores de confusión, sesgos, o sus posibilidades y una probabilidad moderada de que la relación sea causal.
2 ⁻	Estudios de cohorte o de casos-control con alto riesgo de confusión, sesgos, o sus posibilidades y un riesgo significativo de que no haya relación causal.
3	Estudios no analíticos, por ejemplo, informes de casos clínicos o series de casos
4	Opinión de expertos

Tomado de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developers´ handbook. 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk.²



relacionados con la investigación básica en Psicología y campos afines.⁵

La valoración de la evidencia depende directamente de la validez del diseño de investigación, así como del método y procedimiento de generación de la evidencia.⁶ La base de la evidencia para cualquier intervención psicológica debe evaluarse en términos de su eficacia y utilidad clínica.

Así mismo, la Práctica de la Psicología Basada en Evidencia es la integración de la mejor investigación disponible, con la pericia clínica en el contexto de las características culturales y preferencias del paciente.⁵

Clasificación de la evidencia

A continuación se muestra el sistema de clasificación de los niveles de evidencia propuesto por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas (SIGN, por sus siglas en inglés).² Así como los criterios para los tratamientos psicológicos validados empíricamente (Tablas 1 y 2).

DEFINICIÓN DE RECOMENDACIÓN Y SUS NIVELES

Es el juicio que se hace de un estudio, basado en la valoración objetiva del diseño y calidad del mismo, y quizás de manera más subjetiva, es el

Tabla 2
Criterios para los tratamientos psicológicos validados empíricamente

Tratamientos bien establecidos

- I. Existen al menos dos estudios con diseño entre-grupos, llevados a cabo por investigadores diferentes que han demostrado la eficacia del tratamiento, en una o más de las siguientes formas:
 - A. El tratamiento es superior (estadísticamente significativo) al tratamiento farmacológico, ya sea al placebo o al otro tratamiento.
 - B. El tratamiento es equivalente a otro establecido en estudios con tamaños de muestra adecuados.

- II. Eficacia demostrada en una serie amplia de estudios de caso único ($n \geq 9$).

Estos estudios deben tener:

- A. Un buen diseño experimental.
- B. Haber comparado la intervención dentro del modelo de diseño único con placebo, con intervención farmacológica o con otros, tal y como ocurre en IA.

Otros criterios para I y II:

1. Los experimentos deben realizarse con guías de tratamiento.
2. Las características de la muestra de pacientes deben especificarse claramente.
3. Los efectos del tratamiento deben ser demostrados por al menos dos investigadores diferentes.

Tratamientos probablemente eficaces

1. Dos estudios han demostrado que el tratamiento es superior (estadísticamente significativo) que un grupo control en lista de espera.
2. En uno o más estudios se cumplen los criterios para tratamientos bien establecidos (IA o IB), 1, 2 pero no 3, ya que son llevados a cabo por el mismo investigador.
3. Utilizando la metodología de caso único se reúnen los criterios para tratamientos bien establecidos, pero la serie de estudios es pequeña ($n \leq 3$).

Tomado de: Frías, Pascual y García.⁶

juicio acerca de la consistencia, relevancia clínica y validez externa de un conjunto de evidencias completo (Tabla 3).²

PROCESO Y ELABORACIÓN DE UNA GIP

1. Debe aportar recomendaciones prácticas, que no sean ambiguas sobre la situación clínica que se está tratando.
2. Su redacción debe ser clara, de tal manera que las indicaciones puedan repetirse y que de ellas se deduzca si se puede disminuir la morbilidad en los pacientes a tratar, si mejora la calidad de vida o, si por el contrario, supone una pérdida de tiempo y aumento de gastos.
3. Debe responder a las preguntas del objetivo inicial de la guía práctica clínica.
4. Es importante tener en cuenta que no todos los resultados estadísticamente significativos, son clínicamente relevantes, por lo que se debe evaluar si las recomendaciones propuestas son importantes para el tipo de población atendida.³

Conformación del equipo de trabajo

1. Coordinador general.
2. Coordinador técnico psicológico.
3. Coordinador administrativo.
4. Bibliotecarios.
5. Psicólogos clínicos.
6. Médicos.
7. Psiquiatras.
8. Corrector de estilo.
9. Asistente de oficina.⁷

Criterios para la elaboración de la guía

1. Debe ser interdisciplinaria.
2. Incluir la opinión de los usuarios.
3. Contar con diferentes formatos para distintos usuarios.
4. Identificar estrategias y obstáculos en su desarrollo.
5. Ser flexible y adaptable a condiciones locales.
6. Contar con evidencias relacionadas con la población objetivo (edad, sexo, etapa

reproductiva, sintomatología, patología médica y psicopatología).

7. Incluir valores y preferencias de los pacientes.
8. Contar con infraestructura y recursos necesarios.
9. Equilibrar los aspectos relacionados con la intervención psicológica y el respeto a la integridad moral, psicológica y física del paciente.
10. Utilizar de manera objetiva el conocimiento y la evidencia científica disponible.
11. Basarse en principios éticos vinculados estrictamente con el desempeño del personal.⁷

Componentes para el desarrollo de la guía

1. Etiología
 - a) Definición.
 - b) Epidemiología en México y en el mundo.
 - c) Factores de riesgo.
 - d) Prevención.
 - e) Manifestaciones clínicas.
2. Diagnóstico
 - a) Evaluación clínica.
 - b) Criterios clínicos.
 - c) Técnicas de evaluación clínica.
 - d) Instrumentos de tamiz, de diagnóstico y de diagnóstico clínico.
 - e) Valores predictivos (sensibilidad, especificidad).
3. Tratamiento
 - a) Farmacológico.
 - b) Psicoterapia (modificación del estilo de vida).
 - c) Adherencia terapéutica.
 - d) Tratamientos en circunstancias especiales: intervenciones en crisis, pacientes que viven fuera de la ciudad y limitados por sus condiciones físicas.
 - e) Supervisión y seguimiento.
4. Cuadros y figuras de rutas críticas.
5. Referencias.⁷

REVISIONES NARRATIVAS Y SISTEMÁTICAS

Tipos de revisiones

- **Revisión narrativa:** Es la revisión tradicional de artículos, editoriales y capítulos de libro. Se considera que en general, éstas no son muy



Tabla 3
Grados de recomendación de los estudios de investigación propuestos por la Red de Guías Intercolegiales Escocesas, 2004

Grados	Descripción
A	Existe al menos un metaanálisis, una revisión sistemática o un ECA clasificado como 1 ⁺⁺ , que se puede aplicar directamente a la población objetivo; o bien, se dispone de una revisión sistemática de ECA o un cuerpo de evidencias consistente, principalmente de estudios clasificados como 1 ⁺ , directamente aplicables a la población objetivo en donde se ha demostrado la consistencia general de los resultados.
B	Hay cuerpo de evidencias que incluyen estudios clasificados como 2 ⁺⁺ , directamente aplicables a la población objetivo y una demostración general de la consistencia de los resultados; o bien, existe evidencia extrapolada de estudios clasificados como 1 ⁺⁺ o 1 ⁺
C	Existe un cuerpo de evidencias que incluyen estudios clasificados como 2 ⁺ , directamente aplicables a la población objetivo y se tiene una demostración general de la consistencia de los resultados; o bien, se dispone de evidencias sobre la extrapolación de estudios clasificados como 2 ⁺⁺
D	Nivel de evidencia 3 o 4; o bien, existe evidencia de la extrapolación de estudios clasificados como 2 ⁺

Tomado de: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developers' handbook. 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk.²

Tabla 4
Principales diferencias entre la revisión narrativa y sistemática

Característica	Revisión narrativa	Revisión sistemática
Temática	De perspectiva amplia	Enfocada en una pregunta clínica
Fuentes y búsqueda de la información	Generalmente no especificada, con sesgos potenciales	Búsqueda exhaustiva de las fuentes, estrategia de búsqueda explícita
Selección de la información	Generalmente no especificada, potencialmente sesgada	Selección basada en criterios predeterminados, aplicados con rigor
Evaluación de la información	Variable	Evaluación crítica rigurosa
Síntesis	A menudo un resumen cualitativo sesgado	Resumen cuantitativo (que incluye síntesis estadística, o sea un metaanálisis)
Inferencias	Basadas en evidencia de calidad variable	Basadas en la mejor evidencia disponible

Tomado de: Faba y Sánchez.⁸

confiables para sustentar decisiones en la atención de la salud.

- **Revisión sistemática:** Son resúmenes concisos de la mejor evidencia disponible que trata de contestar a preguntas clínicas definidas, con métodos explícitos y rigurosos para la identificación, evaluación crítica y síntesis de los estudios científicos relevantes.⁸

Diferencias entre las revisiones narrativas y sistemáticas

La tabla 4 muestra las principales diferencias entre los dos tipos de revisiones.

PROCESO DE CONSULTA DE BASES DE DATOS MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS

Bases en Medicina

Las siguientes son algunas bases de datos médicas, algunas de las cuales proporcionan también artículos de Psicología:

Medline (resúmenes y textos completos), **Embase** (resúmenes y textos completos), **PubMed** (resúmenes y algunos textos completos) y **The Cochrane Library** (resúmenes de revisiones sistemáticas).

Bases en Psicología

La *American Psychological Association*, cuenta con **PsycINFO**, **PsycARTICLES**, **PsycBOOKS**, **PsycCRITIQUES**, y **PsycLIT**, para la búsqueda de artículos y textos psicológicos.

Búsqueda de evidencias

Para realizar una búsqueda de evidencias en las bases de datos es recomendable seguir los siguientes pasos:

Establecer los límites de la búsqueda

Hay que indicar en la base de datos las opciones más adecuadas a las necesidades planteadas en la pregunta de trabajo, las más importantes son:

1. **Rango de años de búsqueda.** a) Menor a 10 años, siempre y cuando exista demasiada

Tabla 5
Tipo de diseño de investigación según pregunta de investigación en Psicología

Tipos de pregunta en Psicología	Diseños de estudios
<ul style="list-style-type: none"> • Innovaciones o hipótesis • Experiencia subjetiva vivida (psicoterapia) • Comparación entre pacientes con características similares • Establecer relaciones causales en el contexto de un individuo • Conocer la disponibilidad, utilización y aceptación de tratamientos en salud mental en el contexto social • Identificar los mecanismos de cambio • Inferencia de los efectos de las intervenciones • Sintetizar resultados de estudios múltiples, pruebas de hipótesis y estimación del tamaño del efecto 	<ul style="list-style-type: none"> Observación clínica Investigación cualitativa Estudios de caso sistemáticos Diseño experimental de caso único Investigación en salud pública y etnográfica Estudios de proceso-resultado Ensayos clínicos aleatorizados Metaanálisis

Adaptado de: American Psychological Association.⁵

Tabla 6
Tiempo transcurrido en meses

Composición del grupo	Revisión sistemática y elaboración del borrador y de las recomendaciones	Consulta y revisión por pares	Publicación
6 meses	12 meses	9 meses	3 meses

Tomado de: SIGN.²



información sobre el tema; b) No importa el rango de años si la información sobre el tema es mínima.

2. **Tipo de estudio.** Metaanálisis, los ECA de muestra grande y ECA de muestra pequeña, son los estudios que proporcionan mayor nivel de evidencia. Por su parte, los estudios de cohorte, los de casos y controles, los casos clínicos y la opinión de expertos, ofrecen un menor nivel de evidencia.
3. **Idioma.** Indicar el idioma de preferencia de la información a buscar.
4. **Artículos completos o resúmenes.** Señalar si se prefiere tener el artículo completo de la evidencia o sólo el resumen, teniendo en cuenta que no todas las bases de datos proporcionan artículos completos.
5. **Palabras clave de búsqueda.** Establecer aquellos conceptos básicos acerca del tema a investigar, por ejemplo: psicoterapia, estado emocional, salud mental, etcétera.
6. **Uso de AND, OR, NOT.** Dentro de las palabras de búsqueda se pueden introducir en mayúsculas los operadores *booleanos* para refinar la búsqueda en inglés:
 - a) **AND** indica que se deben contener todos los términos, se da en automático con los términos añadidos y restringe la búsqueda. Por ejemplo: *Pregnancy AND mental health*.
 - b) **OR** contiene cualquiera de los dos términos unidos por *or*. Por ejemplo: *Perinatal depression OR Antenatal depression*.
 - c) **NOT** excluye citas con el término seguido de *NOT*, restringe la búsqueda. Por ejemplo: *Perinatal depression NOT Postnatal depression*.
7. **MeSH.** Busca los equivalentes en inglés del concepto y sus sinónimos. Por ejemplo: *adverse effects, injurious effects, side effects, undesirable effects*.

Tipos de pregunta clínica

1. **Preguntas básicas o de preparación.** Se refieren al conocimiento general de una condición. ¿Qué es...? ¿Cuál es la incidencia...? etc.

Estas preguntas se responden usando como fuentes de información los textos generales (libros, artículos de revisión, etcétera).

2. **Preguntas clínicas o de acción.** Se refieren al conocimiento específico acerca del manejo de los pacientes con una determinada condición. Son interrogantes orientadas al paciente, aplicadas en “tiempo real” y con repercusión directa en la toma de decisiones.

En estos casos los textos o revisiones generales no son capaces de responder a la pregunta y debe recurrirse entonces a fuentes más específicas, como los estudios publicados en revistas científicas.⁹

COMPONENTES DE LA PREGUNTA CLÍNICA POBLACIÓN, INTERVENCIÓN, COMPARACIÓN Y RESULTADOS (PICR)

1. **Paciente o población o problema de interés.** ¿Podría describir un grupo de pacientes similares al que me interesa?
2. **Intervención a considerar.** ¿Cuál es la intervención que quiero llevar a cabo?
3. **Comparación.** ¿Qué otras opciones existen?
4. **Resultado.** ¿Qué esperamos que suceda con nuestro paciente?

En Psicología se pueden usar tres componentes: Paciente, Intervención y Resultados (PIR) (Tabla 5).^{9,10}

ESTABLECER UN CRONOGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LAS GUÍAS (TABLA 6)

CITACIÓN Y ELABORACIÓN DE LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

La *American Psychological Association* (APA)¹¹ en su Manual de estilo de publicaciones (2a. Edición en español de la 5a. en inglés), explica de manera detallada la forma en que deben citarse los textos consultados, sean artículos, libros o material obtenido en Internet, por lo que se recomienda al lector consultar directamente esta obra.

ABSTRACT

In psychology there is a necessity to choose the best scientific information for the decision making about the best treatment, which allows creating documents based on evidence-based methodology. The aim of this work is to offer to the psychologist the main criteria for the elaboration of an evidence-based guideline of psychological attention.

KEY WORDS: *Psychology based on evidences, guideline of psychological attention, criteria.*

REFERENCIAS

1. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health. 2006. Disponible en: www.nice.org.uk
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). A guideline developers' handbook. 2004. Disponible en: www.sign.ac.uk
3. Castiñeira PC, Costa RC, Louro GA. Grupo MBE Galicia, integrado en la red temática de investigación sobre Medicina Basada en Evidencias. 2005. Disponible en: www.fisterra.com. Atención primaria en la red.
4. Bernardi R, Defey D, Garbarino A, Tutté JC, Villalba L. Guía clínica para la psicoterapia. Rev Psiquiatr Urug 2004; 68: 99-146.
5. American Psychological Association. Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. USA: APA; 2005.
6. Frías MD, Pascual J, García JF. Concepto y método de la psicología basada en la evidencia. III Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 1-28 Febrero 2002. Disponible en: www.psiquiatria.com. Trabajo presentado en la mesa redonda de Psiquiatría Basada en la Evidencia.
7. Faba BG. Aspectos generales sobre guías clínicas basadas en evidencias. En: Secretaría de Salud (ed.). Curso de atención a la salud basada en la evidencia. México, D.F.: 2006.
8. Faba BG, Sánchez MM. La colaboración Cochrane en México. An Med Hosp ABC 2001; 46: 130-6.
9. Soto M, Rada, G. Formulación de preguntas en medicina basada en la evidencia. Rev Med Chil 2003; 131: 1202-7.
10. Corral JC, Wyer CP, Zick SL, Bockrath RC. How to find evidence when you need it, part I: databases, search programs and strategies. Ann Emerg Med 2002; 39: 302-6.
11. Psychological Association. Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association. 2a. Ed. México: El Manual Moderno; 2002.



Anexo 1

- **Características de una Guía Clínica:**

- **Multidisciplinaria:** En algún momento de su elaboración deberán participar todos los miembros que puedan estar implicados en el tema objeto de la guía (médicos de atención primaria y especializada, enfermería, otros trabajadores de la salud, trabajadores administrativos, pacientes y organizaciones civiles y de salud).
- **Clara:** Debe utilizar un lenguaje claro, definir los términos de modo preciso y utilizar una presentación lógica y fácil de seguir.
- **Reproducible:** En caso de seguir todos los pasos indicados en la elaboración de la guía y de que se realizara la misma búsqueda bibliográfica y en las circunstancias clínicas referidas, los resultados de las recomendaciones serían las mismas y la aplicación similar.
- **Flexible:** Tanto si la guía es de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, deben quedar reflejadas todas las alternativas razonables y posibles de manejo.
- **Aplicable:** Las recomendaciones propuestas deben poder llevarse a la práctica en cualquier lugar o circunstancia clínica, adaptándolas a éstas.
- **Válida:** Las recomendaciones propuestas son fruto de una revisión bibliográfica rigurosa.
- **Actualizada:** Debe aportar las últimas novedades sobre el tema.

- **Clasificación de los tratamientos psicológicos:**

- **Tratamiento basado en su eficacia.** Aquí se especifican condiciones estructuradas de intervención, con asignación aleatoria de los sujetos al grupo de tratamiento control, buscando mejorar la sintomatología.
- **Estudios sobre efectividad.** En éstos se lleva la terapia sin una duración fija y suelen ser pacientes con múltiples problemas que además son los que eligen al terapeuta. Lo importante en estos casos es lograr el funcionamiento general del paciente y no tanto la reducción de síntomas específicos.⁶

- **ECA (Ensayo Clínico Aleatorizado)**

- **Eficacia.** Capacidad de lograr el efecto que se espera o se desea. En psicología, planear criterios para la evaluación de la extensión de la evidencia concerniente al establecimiento de relaciones causales entre las intervenciones y trastornos bajo tratamiento.
 - **Eficiencia.** Capacidad de lograr o disponer de algo o alguien para conseguir un efecto determinado.
 - **Metaanálisis.** Procedimiento estadístico que permite resumir los resultados de varios estudios cuyas características permiten su comparación.
 - **Utilidad clínica.** Dimensión que incluye una consideración de la evidencia de investigación disponible y el consenso clínico con respecto a la posibilidad de ser generalizable, factibilidad (incluyendo la aceptación del paciente) y los costos y beneficios de las intervenciones.
-

Anexo 2
Tabla de niveles de intervención psicológica

Nivel de Atención	Responsable de la atención	Foco de atención	Tratamiento
1 Nivel	Personal de salud Médico, Enfermeras, Trabajo social, Residentes	Identificación y/o reconocimiento de problemática	Valoración para canalizarlo a la especialidad correspondiente (empleo de instrumentos de tamiz)
2 Nivel	Equipo de cuidado primario con personal de salud mental 1 ^a Psicólogo 2 ^a Psiquiatra	Trastornos y/o alteraciones emocionales que van de moderados a severos	Intervención psicológica: apoyo, y/o de consejería psicoterapia y sólo en casos excepcionales medicación (instrumentos de diagnóstico diagnóstico clínico)
3 Nivel	Equipo de salud mental 1 ^a Psiquiatra 2 ^a Psicólogo	Trastornos psiquiátricos: psicosis, esquizofrenia, entre otros	Valoración completa para la medicación, así como para la intervención psicológica y/o para ambos tratamientos
4 Nivel	Equipo de trabajo en clínica de salud mental	Existencia de riesgo para la vida y/o descuido personal severo	Medicación con fármacos y/o tratamiento combinado

Adaptado de National Collaborating Centre for Mental Health.¹

