



## La democratización del conocimiento y las decisiones en la práctica clínica

*José Miguel Morales Asencio.*

*Profesor de Métodos de Investigación y Evidencia. Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad de Málaga.*

Marzo 2017. Boletín Psicoevidencias nº 47. ISSN 2254-4046

Tras más de 25 años desde que la colaboración Cochrane vio la luz, el patrimonio de extracto del mejor conocimiento evaluado y aquilatado en Ciencias de la Salud es considerable, sin que ello suponga que está todo hecho, ni mucho menos. Desde que en 1996 se creó el Common Mental Disorders Group en la Cochrane, la producción de revisiones sistemáticas de calidad en decenas de áreas de la práctica clínica es de un enorme valor. Así, hay disponibles revisiones sistemáticas sobre trastornos de ansiedad, del ánimo, de control de impulsos, somatomorfos, conductas auto-lesivas, intervenciones psicológicas, farmacológicas (la lista de fármacos evaluadas es bastante extensa), actividad física en salud mental, terapias alternativas, intervenciones organizativas...<sup>1</sup>. Pero, además, existe otro grupo dedicado exclusivamente a revisiones sistemáticas en esquizofrenia, otro dedicado a revisiones en adicciones, y uno más dedicado a trastornos del desarrollo y problemas de aprendizaje. Si en algún campo podríamos afirmar que los métodos de la evidencia se han desarrollado, no podría ser otro que la Salud Mental.

Esta disponibilidad de información científica de máxima calidad, evaluada y accesible ha supuesto una revolución en lo que yo personalmente denomino “democratización del conocimiento”. Hemos pasado de un modelo de gestión del conocimiento y toma de decisiones de los profesionales basado en el acceso a ciertas fuentes, no siempre disponibles para todo el mundo, o poco conocidas, a la que se añadía la formación continuada (no siempre eficaz, ni en los formatos más adecuados) y la propia experiencia y la opinión de colegas, a un escenario en el que es posible disponer del conocimiento acumulado en decenas de estudios que suman miles de pacientes en contextos muy diversos y que depuran todo lo sabido sobre un determinado tema en unos párrafos accesibles a un clic.

Pero, de no haber desarrollado en este cuarto de siglo los métodos de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), ¿qué otra alternativa hubiéramos tenido para metabolizar la colosal producción de conocimiento que se gesta anualmente en Ciencias de la Salud? Se calcula que la producción anual de ensayos clínicos crece alrededor del 11% y que el número de revistas biomédicas se duplica cada 20 años<sup>2</sup>. Además, en esta jungla de información científica, los estudios aparecen diseminados entre un



gran número de revistas. Así, cualquier profesional que se suscribe o lee periódicamente un determinado número de revistas, es muy probable que no acceda a artículos relevantes que se publican en otro número importante de revistas a las que no accede habitualmente. En el campo de la Salud Mental o la Neurología este fenómeno ha sido especialmente significativo, habiéndose comprobado cómo artículos influyentes han sido publicados en revistas de escaso impacto o accesibilidad. Así las cosas, factores como la intuición, la accesibilidad o la publicidad guían el acceso de los profesionales a determinadas fuentes, con las consecuencias que ello trae en la gestión del propio conocimiento<sup>2</sup>.

Los métodos de síntesis científica que la PBE ha desarrollado hasta límites inimaginables hace dos décadas, han solucionado muchos de estos problemas, pero, por un lado, no todos los clínicos acceden a ellos, o no los saben interpretar adecuadamente y, por otro, la mera disponibilidad del conocimiento escrito, no significa que vaya a trasladarse a las decisiones en la práctica clínica. Hace ya bastantes años que se viene estudiando en profundidad qué factores determinan que el conocimiento acumulado y de efectividad demostrada se traslade a las decisiones de los profesionales<sup>3</sup>.

Se han identificado muchos factores y diseñado modelos teóricos para intentar comprender a fondo qué barreras y facilitadores determinan el uso extensivo de las mejores evidencias en la toma de decisiones (4,5,6,7,8,9,10,11,12,13). Uno de los factores más analizados ha sido la actitud de los profesionales hacia la PBE<sup>14</sup>. Si de algo no hay dudas, es de que la “tecnología” del conocimiento en salud es especialmente vulnerable a las características de los profesionales que han de adoptarlo y del contexto donde se implementa. Los profesionales han de encajar ese conocimiento en su propio desarrollo profesional, su formación, sus creencias y su personalidad. Existe una inercia muy fuerte para quedarnos con las propias creencias frente a nuevas evidencias. La “seguridad” de una idea duradera, - como es una creencia-, es mucho más seductora que la incertidumbre de una nueva idea que se desconoce, aunque esté bien fundamentada en resultados de investigación. Además, como Tavis y Aronson afirman, nuestro cerebro está predispuesto a la auto-justificación<sup>15</sup>. Los distintos métodos de implementación deben incorporar métodos múltiples, que incluyan estrategias que vayan mucho más allá de la mera formación en formatos pasivos, clásicos que, a pesar de todo, siguen perpetuados en nuestras organizaciones sanitarias. Estas estrategias no pueden pasar por alto el abordaje de estos aspectos conductuales, para conseguir producir lo que personalmente denomino “convertir la ciencia en creencia”, es decir, que el nuevo conocimiento se instale en las convicciones de los profesionales con la misma raigambre que sus creencias previas.



Pero también la cultura y el clima organizacional donde tiene lugar esa transferencia de conocimiento a la práctica, ejercen un poderoso efecto sobre este proceso y sus resultados finales<sup>4</sup>. No es posible que se sigan haciendo intentos de trasladar conocimiento a la práctica sin que las organizaciones se impliquen en ello y se provean las condiciones necesarias, ya sea de tipo estructural (las menos), organizativas (la mayoría) o de liderazgo (imprescindibles).

Pero, falta aún una estación más compleja y difícil de abordar: la incorporación de los valores de los usuarios a la toma de decisiones, en ese imprescindible pero cada vez más utópico proceso de toma de decisiones compartidas entre proveedores y usuarios que nunca termina de instalarse de forma sistemática en nuestro sistema. Ahí es donde aún nos faltan muchas montañas que escalar y barreras que superar, pero, será el eslabón imprescindible para una verdadera PBE. Una muestra decidida de esta orientación son las iniciativas que se están desplegando en la UGC de Salud Mental del Hospital Regional de Málaga para incorporar la voz de los usuarios en la adaptación y desarrollo de Guías de Práctica Clínica para procesos como los trastornos de ansiedad generalizada o la psicosis. Escuchando a una persona relatar su vivencia, sus necesidades no cubiertas, su manera de interpretar su proceso, la evidencia adquiere un sentido que trasciende la mera elaboración de una Guía de Práctica Clínica.

En definitiva, el conocimiento hace ya bastantes años que está adecuadamente estructurado en revisiones sistemáticas y guías. Está más accesible que nunca, pero, lo que no hemos terminado de modificar ha sido el contexto de las organizaciones sanitarias, incluidos los servicios de Salud Mental, para reorientarlas hacia la facilitación de la toma de decisiones basada en ese mejor conocimiento... Si no cubrimos pronto estas etapas seguiremos aumentando la brecha entre lo que se sabe y lo que se hace, o como afirma Covey: “saber y no hacer, realmente es como no saber”<sup>16</sup>.

## Referencias

<sup>1</sup> Cochrane Common Mental Disorders Group. Cochrane Common Mental Disorders. [citado 31 de enero de 2017]. Disponible en: <http://cmd.cochrane.org/>

<sup>2</sup> Hoffmann T, Eructi C, Thorning S, Glasziou P. The scatter of research: cross sectional comparison of randomised trials and systematic reviews across specialties. The BMJ. 2012;344.

<sup>3</sup> Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(4):CD005470.

<sup>4</sup> Glisson C, Williams NJ. Assessing and changing organizational social contexts for effective mental health services. Annu Rev Public Health. 2015;36:507-23.

<sup>5</sup> French SD, Green SE, O'Connor DA, McKenzie JE, Francis JJ, Michie S, et al. Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. Implement Sci. 2012;7(1):38.



- <sup>6</sup> May CR, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, et al. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implement Sci IS*. 2009;4:29.
- <sup>7</sup> Kitson AL, Rycroft-Malone J, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A. Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: theoretical and practical challenges. *Implement Sci IS*. 2008;3:1.
- <sup>8</sup> Kastner M, Bhattacharyya O, Hayden L, Makarski J, Estey E, Durocher L, et al. Guideline uptake is influenced by six implementability domains for creating and communicating guidelines: a realist review. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(5):498-509.
- <sup>9</sup> Cook JM, O'Donnell C, Dinnen S, Coyne JC, Ruzek JI, Schnurr PP. Measurement of a model of implementation for health care: toward a testable theory. *Implement Sci*. 2012;7(1):59.
- <sup>10</sup> Arts DL, Voncken AG, Medlock S, Abu-Hanna A, van Weert HCPM. Reasons for intentional guideline non-adherence: A systematic review. *Int J Med Inf*. 2016;89:55-62.
- <sup>11</sup> Mazza D, Bairstow P, Buchan H, Chakraborty SP, Van Hecke O, Grech C, et al. Refining a taxonomy for guideline implementation: results of an exercise in abstract classification. *Implement Sci*. 2013;8:32.
- <sup>12</sup> Breimaier HE, Heckemann B, Halfens RJG, Lohrmann C. The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): a useful theoretical framework for guiding and evaluating a guideline implementation process in a hospital-based nursing practice. *BMC Nurs*. 2015;14:43.
- <sup>13</sup> French B, Thomas LH, Baker P, Burton CR, Pennington L, Roddam H. What can management theories offer evidence-based practice? A comparative analysis of measurement tools for organisational context. *Implement Sci IS*. 2009;4:28.
- <sup>14</sup> Aarons GA. Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. abril de 2005;14(2):255-271, viii.
- <sup>15</sup> Tavis C, Aronson E, Mercant M. *Mistakes Were Made (But Not by Me): Why We Justify Foolish Beliefs, Bad Decisions, and Hurtful Acts*. Edición: MP3 Una. Grand Haven, Mich.: Brilliance Corp; 2014.
- <sup>16</sup> Melnyk BM. The Difference Between What Is Known and What Is Done Is Lethal: Evidence-Based Practice Is a Key Solution Urgently Needed. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(1):3-4.