

ORIGINAL

¿Qué pensamos los médicos de familia sobre la medicina basada en la evidencia? Un estudio con grupos focales

María Carmen Sánchez López^{a,*}, Manuel Madrigal de Torres^b, Juan Antonio Sánchez Sánchez^a, Juan Francisco Menárguez Puche^c y Enrique Aguinaga Ontoso^d

^aMedicina de Familia, Centro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria de la Consejería de Sanidad, Murcia, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital Reina Sofía, Murcia, España

^cMedicina de Familia, Centro de Salud Jesús Marín, Molina de Segura, Murcia, España

^dCentro Tecnológico de Información y Documentación Sanitaria, Medicina Preventiva y de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Murcia, España

Recibido el 30 de junio de 2009; aceptado el 12 de septiembre de 2009

Disponible en Internet el 4 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Medicina basada en la evidencia;
Atención primaria;
Grupos focales

Resumen

Objetivo: Explorar las actitudes de una muestra de médicos de familia (MF) hacia la medicina basada en la evidencia (MBE), su utilización y las barreras para su tratamiento en atención primaria (AP).

Diseño: Estudio cualitativo mediante grupos focales.

Emplazamiento: Comunidad Autónoma de Murcia, de enero-junio de 2007. Atención primaria.

Participantes: Médicos de familia con práctica clínica en AP del Servicio Murciano de Salud.

Método: Dos grupos focales (con/sin formación previa en MBE). Mediante muestreo intencional se seleccionaron 19 MF entre los profesionales de AP. Las discusiones se registraron en vídeo y se transcribieron literalmente. Posteriormente se procedió a segmentar, a categorizar y a interpretar los discursos.

Resultados: *Actitudes:* la MBE es útil, permite reducir la variabilidad de la práctica clínica y disminuye la incertidumbre. Se concede gran importancia a la experiencia clínica y se muestra recelo ante el papel que las farmacéuticas y la administración sanitaria puedan tener en su difusión. *Utilización:* su empleo es aún escaso. Consultar a compañeros sigue siendo la principal fuente de información.

Barreras: las mayores dificultades identificadas son el escaso tiempo de que disponen, la falta de conocimientos y el idioma.

Conclusiones: Aunque los MF muestran una actitud positiva hacia la MBE todavía son pocos los que reconocen utilizarla en consulta. El principal limitante identificado es la falta de

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: m.sanchezlopez@gmail.com (M.C. Sánchez López).

KEYWORDS

Evidenced-based medicine;
Primary care;
Focus groups

tiempo en consulta derivada de una excesiva presión asistencial. Proponen, para aumentar su uso, mayor actividad formativa, incentivación de una adecuada praxis y reorganización de la labor asistencial.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

What do general practioners think about evidenced-based medicine? A study with focus groups

Abstract

Objective: To examine the attitudes of a sample of General Practitioners (GPs) towards Evidenced-Based Medicine (EBM) and its use and the obstacles to put into practice in Primary Care (PC).

Design: Qualitative study using Focus Groups (FG).

Setting: Primary Care in the Autonomous Community of Murcia, Spain, January–June 2007.

Participants: GPs with a clinical practice in PC in the Murcian Health Service.

Method: Two FG (with/without previous training in EBM). Using intentional sampling, 19 GPs were selected from PC professionals. The discussions were recorded on video and transcribed literally. The discussions were then, segmented, categorised and interpreted.

Results: *Attitudes:* EBM is useful, it helps to reduce variation in clinical practice and decreases uncertainty. Great importance is given to clinical experience and the role of the Pharmaceutical Industry and the Health Administration may have in its promotion is viewed with suspicion. *Use:* Its use is still limited. To consult with colleagues continues to be the main source of information. *Obstacles:* The major difficulties identified were the limited time it has been available, lack of experience and the language.

Conclusions: Although GPs show a positive attitude towards EBM, there are still a few who recognise the use of consultation. The main limitation identified was lack of time in the clinic due to excessive pressure of care work. To increase its use, they proposed, more training activities, motivation by an appropriate process and reorganisation of their care work.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

A pesar de la amplia difusión de la medicina basada en la evidencia (MBE) en los últimos años, el debate sobre su utilidad genera reacciones controvertidas entre clínicos. Algunas críticas se centran en conceptos y percepciones erróneas, como su supuesto olvido de valores y preferencias del paciente o su fomento de planteamientos rígidos que limitan las decisiones médicas¹. Otros autores consideran que está basada empíricamente pero sin una sólida base científica², e incluso hay quien teme que pueda utilizarse mediante gestores para recortar gastos^{3,4}. En cualquier caso, a pesar de estas controversias, resulta innegable el importante avance que ha supuesto para la práctica clínica de los sanitarios. Entre los profesionales de atención primaria (AP) las 2 principales críticas a la MBE fueron la escasez de investigación relevante y el fracaso por integrar la MBE en la compleja consulta del médico de familia (MF)^{5,6}, donde las decisiones clínicas son la consecuencia de una serie de fenómenos complejos en los que intervienen múltiples factores⁷. Al revisar estudios realizados sobre MF encontramos que, en general, su actitud hacia la MBE es positiva, y que consideran que les ayuda en la toma de decisiones y mejora los resultados en salud de sus pacientes^{4,8-10}. Sin embargo, los médicos también temen que los aleje del «arte de la medicina» y reduzca su autonomía clínica^{4,11}. Las principales barreras percibidas

para su integración en AP son la excesiva carga de trabajo y su consecuente falta de tiempo, la falta de familiaridad con fuentes de evidencias y la dificultad para recuperar información^{12,13}. Otros autores piensan que los frecuentes cambios en las recomendaciones sobre tratamiento crean inseguridad en médicos y pacientes¹⁴.

En nuestro entorno disponemos de escasa información sobre cómo se percibe la MBE mediante los MF y cómo la utilizan e integran en su práctica clínica. Conocer estos aspectos podría permitir el diseño de futuros programas para mejorar y facilitar el tratamiento de esta herramienta en AP, y este fue el motivo del diseño del presente estudio, cuyos objetivos son los siguientes: a) identificar actitudes en relación con la introducción de la MBE en AP; b) reflexionar sobre su utilización por parte de los profesionales, y c) comprender las posibles barreras y dificultades que puede estar encontrando en AP.

Participantes y métodos

Diseño: estudio cualitativo realizado en la Comunidad Autónoma de Murcia (enero–junio de 2007), mediante la utilización de la técnica del grupo focal (GF) para recoger información.

Participantes: los sujetos de estudio fueron MF con práctica clínica en AP del Servicio Murciano de Salud

seleccionados mediante muestreo intencional. Los factores considerados para la composición de los grupos fueron sexo, categoría profesional (MF con práctica clínica en el Servicio Murciano de Salud) y experiencia clínica (más/menos de 10 años de experiencia). Se tuvo en cuenta además la variable de segmentación «conocimientos sobre MBE». Se consideró «conocedores» a aquellos MF que hubiesen recibido cualquier tipo de formación reglada en MBE, y se los identificó a partir de listados de participantes en talleres de MBE impartidos por el grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria o la Gerencia de AP de Murcia. Entre los médicos seleccionados por el equipo investigador, 20 aceptaron inicialmente participar. Finalmente sólo 19 formaron parte de los 2 GF. Las características de los integrantes de ambos grupos se muestran en la tabla 1.

Recogida de datos y análisis de la información: se moderó cada GF mediante un miembro del equipo investigador y otro actuaba como ayudante. Las sesiones duraron una hora y media cada una y se registraron en audio y vídeo íntegramente. Los miembros del equipo elaboraron y consensaron el guión de la entrevista sobre la base de los objetivos del estudio. Los tópicos explorados fueron actitudes y comportamientos hacia la MBE y dificultades identificadas para implantarla. Dos profesionales ajenos a la investigación transcribieron las grabaciones. La exactitud y la fidelidad de las transcripciones se verificaron con la revisión de los conductores de los GF. La información recabada se sometió al análisis de contenido a partir del análisis semiológico del discurso textual¹⁵. La secuencia seguida fue la siguiente:

- 1) Análisis individual: moderador, ayudante y un tercer miembro del equipo realizaron de forma independiente un primer análisis de cada discusión, leyeron la transcripción y visualizaron el vídeo correspondiente. En esta fase se procedió a seleccionar los fragmentos de texto considerados relevantes y se asignaron a una categoría.
- 2) Análisis en grupo: los encargados del primer análisis mantuvieron un encuentro para contrastar categorías y consensar las definitivas. Posteriormente, se procedió a agrupar todas las citas textuales asignadas a cada categoría y se inició la interpretación de los discursos.

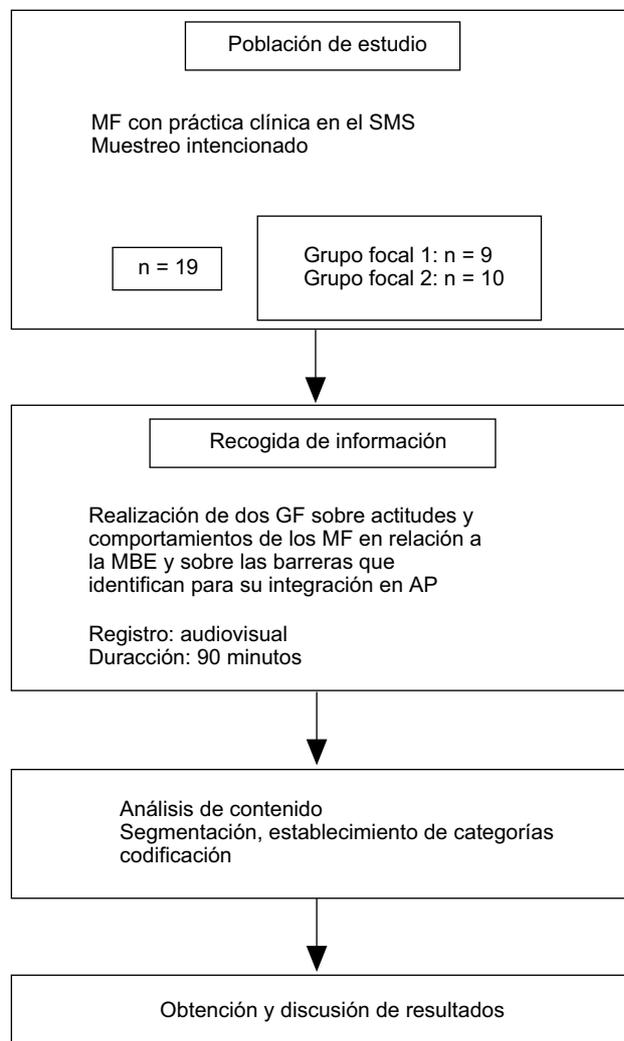
Tabla 1 Características de los participantes

- Sexo: 10 mujeres (53%) y 9 hombres (47%)
- Nivel de experiencia: 9 profesionales con > 10 años de experiencia clínica (47%) y 10 profesionales con < 10 años (53%).
- Según la variable de segmentación “Conocimientos sobre la MBE”:
 - GFC: 5 mujeres (56%) y 4 hombres (44%), entre ellos 3 profesionales con > 10 años de experiencia clínica (33%) y 6 profesionales con < 10 años (67%).
 - GFNC: 5 mujeres (50%) y 5 hombres (50%), entre ellos 6 profesionales con > 10 años de experiencia clínica (60%) y 4 profesionales con < 10 años (40%).

GFC: grupos focales “conocedores”; GFNC: grupos focales “no conocedores”.

En una nueva reunión se discutió la interpretación de los discursos y se redactaron los resultados.

Esta secuencia de análisis constituye una estrategia de «triangulación», procedimiento que fortalece la validez de los resultados.



Esquema general del estudio: Proceso seguido en la realización de dos grupos focales orientados a conocer las actitudes de los médicos de familia en relación a la MBE.

Resultados

¿Cuál es la actitud de nuestros médicos de familia hacia la medicina basada en la evidencia? (tabla 2)

Nuestros médicos consideran la MBE una herramienta útil que facilita acceder a la información, disminuye su incertidumbre y reduce la variabilidad de la práctica clínica entre distintos MF. En el GF de «conocedores» (GFC) se opina que la MBE puede mejorar la consideración del paciente hacia el MF al posibilitar, en muchos casos, resolver el motivo de consulta en el mismo acto clínico rápida y consistentemente.

Tabla 2 Actitud de los médicos de familia hacia la medicina basada en la evidencia

- GFC: “Porque yo creo que es una herramienta muy buena para nosotros, para nuestra forma de trabajar... Te permite resolver problemas de una manera ágil, fácil y, bueno, pues organiza un poco toda la información”
- GFC: “Para mí no es exactamente el método, sino la herramienta para disminuir la incertidumbre que yo manejo todos los días”
- GFC: “Puede permitir disminuir la variabilidad mucho... Viendo pacientes exactamente igual, tú puedes estar haciendo, tratando o diagnosticando de manera absolutamente diferente”
- GFC: “A los residentes la opción de Internet nos ha venido fenomenal. Porque de por sí los pacientes desconfían un poco de ti, y el estar mirando en los libros yo creo que les supone ya más desconfianza. Yo creo que con Internet no se nota tanto el estar mirando”
- GFNC: “De todas formas, la medicina basada en la evidencia, yo creo que es lo que se ha hecho toda la vida: basarte en lo que se ha ido demostrando y dando resultados más positivos, ¿no?”
- GFNC: “Creo que es una metodología en la que hay que formarse, pero la veo también quizás un poco compleja. La metodología de búsqueda no está clara y muchas veces vas a buscar cosas y no las encuentras”
- GFNC: “Yo creo que es necesario el saber leer bien un artículo y saber si lo que me están diciendo está bien hecho o está mal hecho”
- GFC: “Creo que, en mi caso —residente—, no tengo la suficiente experiencia clínica para llevarla a cabo”
- GFC: “Da respuesta a muchísimas preguntas y a muchísimas cuestiones que teníamos antes... Pero, aún así, se observan todavía constantes lagunas en el conocimiento aportado hasta el momento”
- GFC: “Creo que nos hemos acostumbrado, de una forma u otra, a tener el recurso. Entonces no te lo aprendes, porque como vas a poder tirar del test, de Internet o del libro, ¡lo que sea!, pues directamente, la siguiente vez ya sé dónde lo tengo para poder volver a buscarlo. Con lo cual directamente no te lo aprendes”
- GFNC: “Pero que a lo mejor un paciente requiere una actuación modificada por alguna cosa, ¿no?, eso sí depende mucho de tu experiencia personal, de qué conocimientos tienes del paciente”
- GFC: “Supongo que con el paso del tiempo cuando me surjan más dudas, o porque sepa más también, entonces intentaré hacerlo buscando la mayor evidencia de por qué voy a tratar al paciente con este fármaco en vez de con cualquier otro”
- GFNC: “A raíz de esto —grupo focal—, yo creo que vamos a tener más interés, pienso, ¿eh?, porque hasta hoy, yo sabía muy poco y, bueno, pues he leído algo y parece que te interesas, y dices ¡oye!, parece que esto va a tener su utilidad”
- GFNC: “Porque hay que vender y hay que ahorrar dinero: los laboratorios quieren vender, y la administración, porque la medicina basada en la evidencia se supone que es más barata, pues quiere que la recetas porque quiere disminuir el gasto farmacéutico. Yo creo que son todos intereses económicos”

GFC: grupos focales “conocedores”; GFNC: grupos focales “no conocedores”.

Respecto al concepto de MBE, los clínicos creen que aplicar los fundamentos de MBE es algo que se ha hecho siempre, aunque de forma intuitiva y desapercibida.

En ambos GF se recogen opiniones negativas frente a la MBE. La consideran una metodología compleja para cuya práctica son necesarios conocimientos y experiencia suficientes. Se argumenta además que es incapaz de responder a todos los problemas clínicos que pueden surgir. En el GFC se expresa temor a que su empleo los lleve a perder capacidad de estudio y retención, al disponer de rápido acceso a la información cuando es necesaria. Entre los médicos participantes en el GF de «no conocedores» aparece la idea de que la MBE no debe olvidar la importancia de la experiencia en la toma de decisiones clínicas.

Cuando se pregunta sobre la intención de utilizar la MBE en el futuro, ambos grupos muestran una predisposición positiva, aunque por distintas razones: los MF «conocedores» consideran que la satisfacción de necesidades básicas de conocimiento actuará como motor que estimule la práctica de MBE. En el GF de «no conocedores» la participación en el grupo produjo interés y predisposición a su empleo.

Por último, para los profesionales «no conocedores» un tema relevante es el de los intereses distintos al propiamente científico que pueden estar detrás del auge actual de la MBE. Surgen así comentarios sobre posibles

presiones de la industria farmacéutica o la propia administración.

¿Qué uso hacen nuestros médicos de la medicina basada en la evidencia y cuáles son las herramientas que emplean?

El grupo de «no conocedores» considera que la MBE es una metodología aún poco utilizada. La mayoría de los MF reconoce no emplearla habitualmente en su práctica clínica diaria. En general, manifiestan tener poca inquietud para buscar información fuera de dudas surgidas durante la asistencia o cuando la necesitan para investigación o formación continuada. En ambos GF se manifiesta que ante dudas concretas que precisan respuesta inmediata, se suele recurrir en primer lugar a consultar a un compañero. En caso de no encontrar respuesta o cuando la pregunta planteada por el paciente es más compleja, se le suele citar posteriormente para buscar más exhaustivamente en otras fuentes. En la búsqueda de información se sigue dando gran importancia a libros de texto. En cuanto a recursos informáticos accesibles, se valoró como escaso el conocimiento que nuestros médicos muestran sobre éstos, y su utilización es puntual. Los MF expresan que la información aportada por la industria apenas influye en su actualización.

¿Qué barreras encuentran para su práctica? (tabla 3)

Las principales barreras identificadas para la práctica y para la difusión de la MBE en AP son las siguientes:

- 1) La falta de tiempo en consulta, consecuencia de la presión asistencial.
- 2) La complejidad de esta metodología, asociada a la falta de formación.
- 3) El hecho de que la mayor parte de la información médica de calidad esté accesible sólo en inglés.
- 4) La carencia de inquietud científica de muchos de los profesionales.
- 5) Las dificultades que surgen debido al acceso a la información que tienen actualmente los pacientes.
- 6) La falta de apoyo institucional (planteado en el discurso del GFC).

¿Cuáles son los cambios propuestos para mejorar la utilización de la medicina basada en la evidencia?

Aunque no se propuso en el guión inicial, el análisis de los discursos permitió obtener información sobre los cambios que los MF consideraban necesarios para poder mejorar la utilización de la MBE en AP. Ambos grupos coincidieron en 2 aspectos: disponer de tiempo dentro del período laboral para la formación específica y mejorar la organización de las consultas.

Se recordó entre los «no conocedores» que para poder practicar la MBE también es necesario dotar a todos los centros de AP de adecuada infraestructura, ya que el acceso a los medios de información científica parece ser desigual. Los MF «conocedores» opinaron además que podría ser interesante estimular al colectivo médico mediante incentivos de una adecuada praxis.

Discusión

El uso de técnicas cualitativas para la investigación en salud va adquiriendo progresivamente mayor relevancia en la comunidad científica¹⁶. En este caso nos decantamos por los GF, para obtener un conocimiento más comprehensivo de la problemática que se quería analizar¹⁷.

Cabe destacar que, aunque en general hubo bastante acuerdo entre ambos grupos, se encontraron algunas

diferencias reseñables. Los médicos con algún tipo de formación sobre MBE mostraron un lenguaje más preciso y mayor conocimiento de la herramienta. Los MF sin formación específica se mostraron más escépticos, basaron sus reticencias en la defensa de su experiencia clínica como eje de la toma de decisiones, y en los posibles intereses que la administración sanitaria y la industria farmacéutica podían tener en el impulso de la MBE. El desconocimiento condiciona una percepción errónea del concepto básico de MBE: el fin último de mejorar la salud de los pacientes y aumentar la calidad de la práctica clínica, sólo puede conseguirse si se combinan adecuadamente las evidencias disponibles con la propia experiencia. Además, en ocasiones, la experiencia y la habilidad del médico son esenciales para la resolución de problemas clínicos, como los casos en que no se dispone de evidencias científicas suficientes o cuando éstas deban adaptarse a necesidades específicas del paciente. Deberíamos informar a los médicos sobre la importancia de integrar la ciencia de la MBE con el intuitivo arte del juicio clínico. Conviene aclarar que la MBE no trata de reducir costes, sino de buscar una mayor calidad en la atención individual¹⁸. Sobre las evidencias obtenidas en estudios patrocinados por farmacéuticas, la lectura crítica del estudio debería servir para evaluar sus resultados y aplicabilidad clínica.

Los médicos de nuestro entorno exponen una actitud general favorable hacia la MBE, y se considera una herramienta útil que mejora la confianza y la seguridad en su praxis. Estos resultados son consistentes con los hallados en la literatura médica⁹⁻¹¹. También la consideran difícil de utilizar e incapaz de dar respuesta a toda la problemática surgida en su trabajo cotidiano, ya que muchas áreas de la medicina carecen de evidencias a pesar del esfuerzo realizado en los últimos 20 años¹⁹.

Aunque los profesionales opinaran que la MBE se utiliza ya de forma habitual en la clínica, la gran variabilidad existente en la toma de decisiones parece indicar que su uso no es generalizado.

La forma más frecuente en que nuestros clínicos dan respuesta a sus necesidades de información es consultar con otros profesionales, lo que ya se reflejó en trabajos previos^{20,21}. Observamos la falta de familiaridad con las fuentes de evidencia disponibles y sorprende la preferencia por libros de texto, por encima de revistas especializadas o guías de práctica clínica, a pesar de conocer sus limitaciones en la resolución de problemas concretos.

Las barreras para la práctica de la MBE mencionadas por nuestros médicos coinciden con las destacadas en estudios

Tabla 3 Barreras para la práctica de la medicina basada en la evidencia

- “Una de las barreras que encuentro es que no hemos tenido una formación específica”
- “La formación es una tarea absolutamente voluntaria, en otro horario de trabajo, es decir, en un horario paralelo de trabajo que yo tengo que ponerle. Tengo que ponerle tiempo, ganas, mis recursos, mi tiempo...”
- “Pero cuando básicamente lo que está es en inglés se me cae el alma a los pies de pensar que tengo que ponerme a leer en inglés”
- “Tienen —los pacientes— más información de la que tenían... la información es excesiva a veces, yo creo”
- “Llegas por la mañana y tienes gente esperando de urgencias, entre comillas, porque se encuentra mal o lo que sea, y simplemente empiezas con la dinámica y no hay manera de dedicarte un poco, pues, a lo que estamos diciendo”
- “Eso es una barrera en el uso de la medicina basada en la evidencia. Que te de un poco igual. Quiero decir que si el 80% de la gente está pasando las consultas así y no pasa nada, porque no pasa nada, entonces qué más da”
- “Y luego otra cosa, que no encuentras apoyo para aprenderlo”

anteriores^{11,14}. La dificultad más comúnmente expuesta es la falta de tiempo por excesiva presión asistencial. Identifican como un problema el acceso a información sanitaria que tienen los pacientes. En nuestra opinión, esta situación no debería percibirse como amenazante para el MF, sino como una posibilidad para discutir la fiabilidad y la utilidad de la evidencia, y consensuar con sus pacientes las decisiones clínicas.

Entre las alternativas señaladas para mejorar su nivel de actualización y su práctica clínica destaca la formación continuada, y se matiza que debería llevarse a cabo dentro del período laboral, lo que indica el interés de los médicos por mejorar su conocimiento y nivel profesional. También dan mucha importancia a la mejora del entorno de trabajo como la carga de trabajo diaria, la falta de incentivos y el acceso a Internet.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

- El debate sobre la utilidad de la medicina basada en la evidencia (MBE) continúa generando reacciones controvertidas por parte de los clínicos.
- Las principales críticas se centran en la escasez de investigación relevante en atención primaria, la dificultad de la MBE para integrarla en la consulta del médico de familia y la percepción de que reduce la autonomía del clínico.

Qué aporta este estudio

- Aunque los médicos de familia de Murcia muestran una actitud positiva hacia la MBE, todavía son pocos los que reconocen utilizarla en consulta.
- Las dificultades más comúnmente identificadas son la falta de tiempo derivada de la excesiva presión asistencial y el limitado conocimiento de la metodología y de los distintos recursos de que disponen.
- Nuestros médicos reivindican más la actividad formativa en MBE y la reorganización de la actividad asistencial para facilitar la utilización y aplicación de esta herramienta.

Conclusiones, utilidad y limitaciones

Este estudio ha permitido indagar sobre la actitud de los profesionales hacia la MBE, la identificación de las barreras a las que se enfrentan los médicos de AP motivados para utilizar la MBE y cuáles son sus demandas. Puede servir para sensibilizar a los diferentes estamentos relacionados con la AP (gerentes, coordinadores y propios profesionales) sobre la situación de los MF en relación con la MBE y ayudarlos a introducir cambios y alternativas educativas que potencien su práctica.

Una limitación podría ser la realización sólo de 2 GF, cuyos resultados podrían ser incompletos. Sin embargo, los comentarios de los participantes saturan suficientemente el universo del discurso y quizás otro grupo no hubiese

aportado información relevante. Al segmentar los participantes según la variable «conocimientos» no se tuvieron en cuenta aquellos médicos que conocían la MBE a través de otras fuentes, como por ejemplo cursos en línea. Por otro lado, no podemos generalizar los resultados al referirse exclusivamente a profesionales de la Comunidad Autónoma de Murcia.

Como conclusión final, los principales hallazgos del estudio revelan que aunque nuestros MF muestran una actitud positiva hacia la MBE, reconocen una escasa utilización en la consulta y un limitado conocimiento de los fundamentos de esta metodología y de los distintos recursos disponibles para su aplicación. Al mismo tiempo, reivindican una mayor actividad formativa en MBE y la reorganización de la actividad asistencial para facilitar su uso y aplicación.

Agradecimientos

A los profesionales de AP de Murcia que han participado en los GF sin cuyo discurso no habría sido posible este artículo.

Bibliografía

1. Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: A commentary on common criticisms. *CMAJ*. 2000;163:837-41.
2. Cohen AM, Stavri PZ, Hersh WR. A categorization and analysis of the criticisms of evidence-based medicine. *Int J Med Inform*. 2004;73:35-43.
3. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo practicar y enseñar la MBE, 3 ed. Madrid: Elsevier; 2006.
4. Mayer J, Piterman L. The attitudes of Australian GPs to evidence-based medicine: A focus group study. *Fam Pract*. 1999;16:627-32.
5. Jacobson LD, Edwards AG, Granier SK, Butler CC. Evidence-based medicine and general practice. *Br J Gen Pract*. 1997;47:449-52.
6. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: Interpreted and individualised. *Lancet*. 1996;348:941-3.
7. Freemantle N. Are decisions taken by health care professionals rational? A non systematic review of experimental and quasi experimental literature Health Policy. 1996;38:71-81.
8. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioner's perceptions of the route to evidence based medicine: A questionnaire survey. *BMJ*. 1998;316:361-5.
9. Putnam W, Twohig PL, Burge FI, Jackson LA, Cox JL. A qualitative study of evidence in primary care: What the practitioners are saying. *CMAJ*. 2002;166:1525-30.
10. Barghouti F, Halaseh L, Said T, Mousa AH, Dabdoub A. Evidence-based medicine among Jordanian family physicians: Awareness, attitude, and knowledge. *Can Fam Physician*. 2009;55:e6-13.
11. Tracy CS, Dantas GC, Upshur RE. Evidence-based medicine in primary care: Qualitative study of family physicians. *BMC Fam Pract*. 2003;4:6.
12. Hannes K, Leys M, Vermeire E, Aertgeerts B, Buntinx F, Depoorter AM. Implementing evidence-based medicine in general practice: A focus group based study. *BMC Fam Pract*. 2005;6:37.
13. Skoglund I, Segesten K, Björkelund C. GPs' thoughts on prescribing medication and evidence-based knowledge: The benefit aspect is a strong motivator. A descriptive focus group study. *Scand J Prim Health Care*. 2007;25:98-104.
14. Shival K, Shachak A, Linn S, Brezis M, Feder-Bubis P, Reis S. The impact of an evidence-based medicine educational intervention

- on primary care physicians: A qualitative study. *J Gen Intern Med.* 2007;22:327-31.
15. De Andrés J. El análisis de estudios cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25:94-100.
 16. Martín A. Nuevas perspectivas en la evaluación de la atención primaria: las metodologías cualitativas. *Aten Primaria.* 2000;25:605.
 17. Duro JC. El discurso de los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:545-59.
 18. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ.* 1996;312:71-2.
 19. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: Some limits to evidence-based medicine. *Lancet.* 1995;345:840-2.
 20. Larizgoitia I, Rodríguez JR, Granados A. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria.* 1998;22:505-13.
 21. Smith R. What clinical information do doctors need? *BMJ.* 1996;313:1062-8.