

Pràctica basada en l'evidència en treball social sanitari

María Concepción Abreu Velázquez

PID_00208248

Índex

Introducció.....	5
1. El pensament crític com a gènesi de la pràctica basada en l'evidència en treball social.....	7
2. Principis de la pràctica basada en l'evidència en el treball social.....	9
2.1. Estar motivat per a adoptar la pràctica basada en l'evidència	10
2.2. Convertir la nostra necessitat d'informació sobre les causes d'un problema en una pregunta amb possibilitat de resposta	13
2.3. Buscar la millor evidència possible per a respondre a la nostra pregunta	21
2.3.1. Casos pràctics	36
2.4. Valorar i avaluar críticament les troballes oposades	37
2.5. Integrar la valoració crítica amb la nostra experiència i amb els valors i les circumstàncies del nostre client	38
2.6. Avaluar l'efectivitat i l'eficàcia de la intervenció adoptada	38
3. La pràctica basada en l'evidència en treball social sanitari...	39
4. Consideracions sobre la pràctica basada en l'evidència en el treball social.....	42
Resum.....	44
Bibliografia.....	45

Introducció

El concepte de pràctica basada en l'evidència (PBE), que va establir un nou model per a la pràctica de la medicina, va ser formulat el 1992 per un equip d'epidemiòlegs canadencs, liderats per David Sackett. El terme *evidència* s'ha traslladat a la llengua catalana en una traducció poc ajustada de la paraula original, en anglès, *evidence*. La traducció correcta és *prova*; es tracta de l'exercici de la medicina basat en les proves. Per això, podreu trobar també articles on es recull la segona i més apropiada accepció. No obstant això, en aquest text, s'ha optat per la primera opció, atès que el seu ús s'ha generalitzat.

Inicialment, es defineix el procés per a la pràctica basada en l'evidència:

“L'ús conscient, explícit i judiciós de la millor evidència actual per a la presa de decisions al voltant de la cura dels pacients”.

(Sackett i altres, 1996)

Posteriorment, els seus creadors incorporen al model elements presents en la pràctica clínica i que estableixen una relació més important amb els professionals i amb els usuaris dels serveis sanitaris, de tal manera que la pràctica basada en l'evidència es concep llavors de la manera següent:

“La integració de la millor evidència obtinguda dels resultats d'estudi d'investigació amb la perícia professional i amb els valors dels usuaris”.

(Sackett i altres, 2000)

Aquest procediment ha aconseguit una notable difusió en medicina. Després ha seguit una expansió en altres camps, com la psicologia i el treball social. Es produeix com a resultat del següent:

- La confluència d'un context històric previ de revisió de les fonts habituals d'informació dels professionals.
- Un èmfasi més gran en la qualitat de l'atenció sanitària.
- L'ús d'assajos clínics.

Així mateix, les activitats d'avaluació de les tecnologies i de recerca de resultats sanitaris van contribuir també a la gènesi de la PBE (Gervas i Fernández, 2005). Paral·lelament a tot aquest procés, els experts constaten la ineficiència dels congressos, llibres i revistes especialitzades com a fonts d'informació. En aquest mateix període, les dades assenyalen que si bé el pas dels anys augmenta la perícia clínica dels professionals, també comporta el declivi del coneixement científic. Així, molts clínics tendeixen més a considerar la seva pròpia experiència, l'opinió d'altres col·legues o simples anècdotes com a directriu

per a la presa de decisions. Alguns factors que cal considerar, en relació amb la dificultat per a mantenir al dia els coneixements, tenen a veure amb els obstacles per a accedir a la informació per mitjà de les fonts tradicionals i el cost en temps que comporten per als atafegats professionals (Thyer, 2009).

El creixement i la posterior expansió de la PBE per a Trinder (2000, a Morago, 2004) va tenir relació amb el següent:

- Els avenços i la disponibilitat més gran de mitjans electrònics a disposició dels professionals.
- La minimització del risc com a meta de la intervenció professional.
- El gerencialisme i el professionalisme imperant en el si de les organitzacions.
- El protagonisme més gran dels drets dels usuaris dels serveis sanitaris.
- La constatació de la separació entre la recerca i la pràctica professional i l'esforç per superar aquesta contradicció.

Els fonaments d'aquest model apareixen per primera vegada en la bibliografia del treball social de la mà de Gambrill (1999), que subratlla la necessitat que els treballadors socials apliquin les intervencions que estiguin validades pels resultats d'estudis empírics.

1. El pensament crític com a gènesi de la pràctica basada en l'evidència en treball social

Cap a l'any 1980, Seild assenyala:

“En aquest punt de la història del treball social com a professió, és clar que els professionals ni llegeixen, ni escriuen, ni utilitzen la recerca”.

Posteriorment, un estudi de Mullen i Bacon (2006) va corroborar aquesta afirmació constatant que les intervencions dels treballadors socials poques vegades estaven recolzades empíricament, rares vegades incorporaven el resultat d'algun estudi recent a la pràctica i malgrat que es considera rellevant la recerca aquesta última no era percebuda com una guia per a la pràctica assistencial. Així Gambrell (1999), autora adscrita al corrent de pensament crític en treball social, es planteja una sèrie d'interrogants relacionats amb el coneixement i la pràctica d'aquest coneixement concernents als valors, les competències i les habilitats necessaris per a aconseguir resultats valorats pels clients. La qüestió és si els professionals disposen d'un saber especialitzat realment efectiu per a ajudar les persones i si els clients dels serveis valoren els resultats de la pràctica. L'anàlisi dels estàndards per a la pràctica professional dictats fins llavors per la National Association of Social Workers (Associació Americana de Treballadors Socials) va determinar la inexistència de proves que avalessin aquestes premisses. Per a Gambrell, les mateixes organitzacions del treball social estaven eludint aquesta contradicció, ja que s'estaven determinant uns patrons per a la pràctica professional sense el suport de la recerca com a garantia. És a dir, no hi havia proves que avalessin aquestes recomanacions, només es tractava de fonaments teòrics sense prou base empírica transmesos per experts a generacions de treballadors socials des dels estaments acadèmics i professionals. Més endavant, veurem quina és la posició que ocupen els experts quan parlem de la credibilitat o la confiança que atorguem a les proves, o sigui a l'evidència. Aquesta situació posava de manifest l'existència en el si de la professió d'un posicionament discordant pel que fa al coneixement; així, d'una banda, hi hauria el coneixement sustentat en l'autoritat i, d'una altra, el que es fonamenta en l'evidència científica. Això comportaria un desajust entre el que es diu, el que es fa i la seva confrontació amb la realitat, cosa que palesaria una divisió entre la teoria i la pràctica.

Dins del mateix corrent de pensament, sorgeixen les propostes del treballador social Leonard E. Gibbs en la seva obra *Raonament científic per a treballadors socials*, publicada el 1991. Gibbs va plantejar una sèrie de qüestions sobre l'efectivitat dels mètodes emprats en treball social, sobre procediments informàtics per a localitzar estudis, que inclou la lògica per a construir la cerca i com es poden avaluar estudis per a guiar la pràctica sistemàticament. D'aquesta manera, veiem que el treball de Gibbs i el de Sackett es mou en la mateixa

direcció. En una etapa posterior, Gibbs (2003), basant-se en el seu propi treball sobre el raonament científic, la pràctica i la metodologia de la recerca i el treball d'altres experts dedicats a la conceptualització i l'ensenyament de la PBE, va desenvolupar un model obert per a obtenir la recerca útil, valorar-ne la qualitat i l'aplicabilitat als problemes concrets dels clients.

Paral·lelament, cal considerar que en les últimes dècades, sobretot fora de les nostres fronteres, s'ha fet un notable esforç per millorar la qualitat de la pràctica professional mitjançant la generació de coneixement base derivat dels resultats de la recerca. Aquesta ha estat sempre una aspiració dels professionals, conscients d'aquesta mancança. També s'ha anat incrementant la consciència sobre la necessitat de fonamentar les teories del treball social basant-se en estudis i demostrar-ne la veracitat (Turner, 2011). De tal manera que ja no podem acceptar ni ensenyar aquesta teoria o una altra sense que se'ns mostrin els seus fonaments empírics. No obstant això, els professionals sempre ens hem trobat amb massa dificultats per a traslladar i aplicar aquestes conclusions a la pràctica directa amb els clients pels motius següents:

- Dificultat per a accedir a les fonts bibliogràfiques.
- Deficiències formatives que impedeixen valorar la qualitat i la utilitat dels resultats oposats.
- Falta de supervisió per a guiar el procés d'aplicació a la pràctica.
- Sobrecàrrega assistencial i multiplicitat de les tasques assignades.
- Insuficiència o inexistència dels recursos necessaris.

El procediment establert per a la pràctica basada en l'evidència permet integrar el producte de la recerca usant mitjans electrònics per a captar les anàlisis més útils per a una presa de decisions adequada pel que fa als problemes i els assumptes dels clients. Com assenyala Gibbs (2003), rars vegades podrem disposar de l'evidència perfecta, del que es tracta és de fer una valoració equànime i després actuar tan bé com sigui possible amb les conclusions obtingudes; així mateix, **la PBE no és una col·lecció de veritats sinó un procés de resolució de problemes** que alhora permet millorar el comportament clínic dels professionals i obtenir millors resultats amb els clients.

2. Principis de la pràctica basada en l'evidència en el treball social

La metodologia per a desenvolupar el procés de PBE en treball social no és nova en la disciplina. Diversos autors (Sheldon, 1999; MacDonald, 1999 i 2003, citat a Morago, 2004) han assenyalat el continu interès manifestat en el si de la professió cap als estudis de recerca i l'avaluació. Aquestes perspectives precedents a la PBE i moviments com la psicoanàlisi, el treball social conductista i la pràctica clínica empírica van defensar la idea que els treballadors socials havien d'escollir entre les seves intervencions aquelles que estiguessin avalades per la recerca. En el marc del treball social clínic es van recomanar els estudis de casos per a avaluar els resultats en l'àmbit del treball individual o familiar. No obstant això, aquests estudis plantegen problemes, tant d'implementació (Gibbs, 2003), de validesa (Drisko, 2011) o perquè el mètode no ha estat adoptat a gran escala pels treballadors socials, massa ocupats per a conduir aquest tipus d'estudis (Thyer, 2009).

El procés de pràctica basada en l'evidència desplega un procediment eficaç per a traslladar els resultats de la recerca a la pràctica directa amb clients, vàlida o no aquests resultats mitjançant la seva aplicació a casos reals i incorpora les habilitats del clínic i els valors i les expectatives del client concret. És important destacar això últim, ja que es tendeix a considerar que cal donar més rellevància a la recerca científica, de la qual cosa es deriva un reduccionisme en el concepte de PBE que inclou inicialment els mateixos usuaris com a veritables destinataris del procediment.

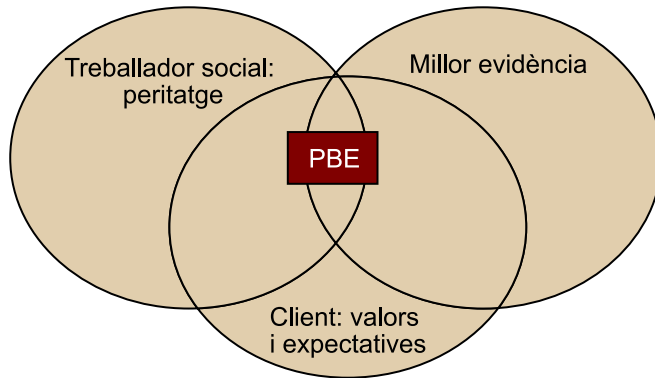
“Situant els beneficis per al client primer, els que exerceixen la pràctica basada en l'evidència adopten un procés d'aprenentatge continu que implica la formulació permanent de preguntes específiques i importants en la pràctica directa amb els clients, buscant de manera objectiva i eficient la millor evidència disponible i adoptant accions apropiades guiades per l'evidència”.

(Gibbs, 2003)

És important, doncs, que considerem el següent:

- Es tracta d'un procés mitjançant el qual incorporem els resultats de la millor i més actual recerca.
- L'incorporem al cas real atenent les expectatives i preferències dels nostres pacients en les institucions sanitàries on estiguem exercint com a treballadors socials sanitaris.
- Tot això, tamisat per la nostra experiència i perícia professional.

Model per a la pràctica basada en l'evidència (PBE)



Font: Sackett, Strauss i Richardson, 1997

Alguns dels passos operacionals que cal seguir per desenvolupar el procés van ser definits per l'equip de la Universitat de McMaster, al Canadà (Sackett i altres, 1997):

- Estar motivat per a adoptar la pràctica basada en l'evidència.
- Convertir la nostra necessitat d'informació sobre les causes d'un problema en una pregunta amb possibilitat de resposta.
- Buscar la millor evidència possible per a respondre a la nostra pregunta.
- Valorar i avaluar críticament les troballes oposades.
- Integrar la valoració crítica amb la nostra experiència i amb els valors i les circumstàncies del nostre client.
- Avaluar l'efectivitat i l'eficàcia de la intervenció adoptada.

2.1. Estar motivat per a adoptar la pràctica basada en l'evidència

El primer estímul que ens impulsa a adoptar aquest procediment té a veure amb la nostra consciència ètica, que ens obliga a no causar dany als nostres usuaris com a producte de les nostres intervencions. Tot això està estretament relacionat amb els principis professionals recollits en el Codi de deontologia del treball social.

D'altra banda, Gibbs assenyala que abraçar aquest procés com a guia per ajudar els clients ens permetrà adonar-nos de seguida que la pràctica basada en l'evidència s'oposa al pensament confús subjugat per les fal·làcies que l'han sustentat.

I aquesta troballa es produeix, segons Gibbs, perquè trobarem els beneficis de dues maneres.

Si estem previnguts davant l'ocurrència de determinades fal·làcies del pensament evitarem més fàcilment incórrer-hi. Per exemple: quan es vol introduir una bona pràctica en un equip i això genera el rebuig dels altres objectant que "sempre s'ha fet així"; aquest és el típic argument de qui apel·la a la tradició. Un altre exemple: quan s'argumenta amb un altre professional que tal activitat comunitària no fomenta l'apoderament dels usuaris, però tal activitat té el suport d'altres membres, cosa que indueix el primer a considerar-ne la validesa. En aquest cas es tracta de la fal·làcia d'apel·lar al nombre que atorguen validesa a l'argument solament perquè és sostingut per un determinat nombre de persones.

Reparar en aquests patrons ajudarà per si mateix a incrementar la motivació, ja que la pràctica basada en l'evidència contribueix a modificar els nostres propis patrons de pensament guiant-nos cap a judicis més prudents. Justament, sempre hauríem de prendre en consideració la prudència en la nostra pràctica.

Desconfieu dels professionals que s'aventuren a fer judicis prematurs sobre les persones a les quals atenen; també dels que sempre estan segurs de tot i mai no dubten de les seves intervencions, la qual cosa indefectiblement els porta a cometre errors.

Aquestes puntualitzacions ens condueixen al raonament científic:

"El raonament científic és un procés sistemàtic, lògic i basat en dades per establir qüestions i per respondre a través d'un procés d'observació i experimentació".

No obstant això, no sembla que hi hagi una correlació entre el coneixement de mètodes de recerca i l'habilitat per a raonar críticament i analíticament sobre la pràctica. Suposadament, si una persona ha estat instruïda en tècniques de recerca conduirà els seus judicis i decisions en la seva vida laboral d'una manera raonada. Podem suposar que no es deixarà portar per les emocions o no es deixarà enganyar per un sol exemple d'un cas.

Per demostrar aquesta hipòtesi Gibbs i els seus col·laboradors (1995) van dur a terme un estudi realitzat a estudiants de psicologia i treball social de quatre universitats. Tots ells estudiaven mètodes de recerca.

L'experiment va consistir a mostrar-los un vídeo sobre un nou programa de prevenció de la delinqüència directa. En el vídeo, es van exposar exemples de casos brillants, apel·lacions a l'emoció, a l'estatus i altres fal·làcies. Els efectes visuals molt cridaners contribuïen a sostenir que aquest programa contribuïa a prevenir la delinqüència. Un 45% dels enquestats va afirmar que derivaria els seus usuaris a aquest programa basant-se en el seu contingut. El resultat va ser que no es va trobar una associació significativament estadística entre

el coneixement de metodologia per a la recerca i la capacitat per a pensar de manera crítica. Tot això reflecteix la dificultat per a transferir a l'aprenentatge els mètodes de recerca i alhora ensenyar a fer judicis i prendre decisions sobre la pràctica.

Aquest autor adverteix sobre l'ocurrència d'aquestes fal·làcies quan fem judicis i prenem decisions que afecten les persones que són ateses pels professionals d'ajuda en general, no solament treballadors socials (Gibbs, 2003).

1) Apel·lar al nombre

L'error consisteix a sostenir que si molta gent creu una cosa llavors aquesta creença ha de respondre exactament a la veritat. Per això, abans de pujar al carro de la majoria és necessari examinar els fonaments de l'evidència per a acceptar o rebutjar una cosa.

2) La mera citació, citar sense evidència, solament citar

Es considera que si una idea està documentada per una font en un article, llibre o una altra publicació aquesta idea és vertadera. Ignora que la mera citació ha d'atenir-se també a la credibilitat de l'evidència que la font cita. Per exemple: incorrem en aquesta fal·làcia en donar per vàlides les conclusions d'un estudi quan llegim un article sense ni tan sols considerar la metodologia d'aquest estudi.

3) Apel·lar a l'estatus, l'autoritat, el prestigi

Es tracta d'una fal·làcia clàssica. Si una idea és expressada per algú d'alt estatus llavors el que diu ha de ser cert encara que l'autoritat no faci cap referència a estudis que suportin o refutin la pretensió. El fonament d'aquesta fal·làcia és intimidar el contrari. Les persones d'alt estatus també estan obligades a seguir les mateixes regles d'evidència, com qualsevol altra. Comprendre això ens reportarà el benefici de no sentir-nos temptats d'acceptar de manera acrítica els dictats de cap líder carismàtic o guru de la professió. Per evitar ser víctima d'aquesta fal·làcia és necessari resoldre no donar crèdit a l'estatus, sinó revisar l'evidència i avaluar-la.

4) Apel·lar a l'experiència, l'experiència personal, l'experiència prèvia

Sostenir la pràctica d'un mètode o procediment basant-se en l'experiència personal directa per sobre de l'evidència de la recerca. Se sol dir "això ho sé per experiència". Aquest precepte pot ser cert, però sense dades ni verificació, com podem saber-ho? Com podem extrapolar aquesta experiència a altres casos en altres contextos? Apel·lar a l'experiència és elevar-la al nivell de la millor evidència sense tenir en compte l'existència d'una jerarquia (més endavant es detalla aquesta jerarquia en un altre apartat).

5) Qüestions vagues, no ben formulades, no específiques o no ben construïdes

Es refereix al fet que es formulen preguntes amb tal imprecisió que no poden ser contestades. Si fem preguntes vagues obtindrem respostes inútils. Si aprenem a formular bé les preguntes podrem, per exemple, fer cerques electròniques més apropiades. Quan estem dissenyant un estudi és fonamental estructurar bé la pregunta a l'hora d'establir una hipòtesi.

6) Adjectius quantitius vagues, termes vagues, adjectius vagues, termes sense sentit

Es refereix a l'ús d'adjectius que impliquen la probabilitat d'un esdeveniment, però enunciats en termes tan generals que no comuniquen cap sentit. Per exemple: *alguna cosa, generalment, més probable, probable, certament*. Un altre exemple en el registre d'un cas: "el més probable és que l'Anna s'adaptarà a estar en una residència i probablement no en voldrà marxar". Aquesta fal·làcia ha estat comprovada empíricament. Per a evitar-la és millor parlar en termes de percentatge. Per exemple: "el 32% dels delinqüents juvenils que van sortir dels centres de menors en la dècada passada van tornar-hi al cap d'un any de sortir-ne".

7) Apel·lar a la tradició

Mitjançant aquesta fal·làcia un procediment nou no ha de ser implementat si s'oposa als procediments que ja estan establerts. Aquells que subscriuen aquesta fal·làcia diran "sempre ho hem fet així".

2.2. Convertir la nostra necessitat d'informació sobre les causes d'un problema en una pregunta amb possibilitat de resposta

La necessitat d'informació sol estar associada comunament amb el buit de coneixements i amb la presa de decisions en la pràctica. Les llacunes poden estar relacionades amb la valoració, la prevenció, el risc o l'aplicació d'un tractament o l'ús d'un recurs específic. Una qüestió clau en el procés de PBE és que les preguntes han d'estar ben estructurades, de tal manera que serveixin millor al propòsit de cerca de dades rellevants. Això es tradueix en l'obtenció de respostes específiques que ens guïïn cap a la presa de decisions, economitzant el temps de cerca i procurant una major probabilitat de localitzar troballes considerables, de tal manera que es redueixin les possibilitats d'oferir mètodes no efectius als clients (Gambrill i Gibbs, 2009).

Preguntes ben estructurades inclouen les matrius *qui, que, quan, on, com i per què*.

Exemples

Quin tractament és més efectiu per a alleujar els símptomes de l'estrès posttraumàtic?
Quin recurs és més adequat per al respir familiar dels cuidadors de malalts d'Alzheimer?
Quines són les causes del trastorn per acumulació? Quin és el cost d'oferir un servei comparat amb un altre?

Cal tenir en compte que convencionalment l'anglès és la llengua més comunament utilitzada en el camp de les publicacions científiques a escala internacional. Hi ha altres llengües prominents en aquest àmbit, com ara el rus. És necessari cert domini de la llengua anglesa per a poder exercir amb habilitat en aquest àmbit, i més encara quan es tracta de la formació especialitzada d'una disciplina. Però el coneixement d'altres llengües pot ajudar-nos també a localitzar estudis igualment rellevants, ja que no tota la recerca es publica en anglès.

En treball social sanitari cal familiaritzar-se amb els termes següents relatius al llenguatge clínic per a poder fer les cerques:

- *Assessment*
- *Treatment*
- *Outcomes*
- *Diagnosis*

Tipus de preguntes

1) *Effectiveness* (efectivitat)

Es vol comprendre l'èxit d'una intervenció particular amb un client o usuari o un grup d'ells amb un problema concret, o es vol buscar la intervenció o el recurs social més efectiu en una determinada malaltia o en un estadi concret d'aquesta malaltia.

2) *Prevention* (prevenció)

Es busca prevenir la possibilitat que es produeixi l'ocurrència, un resultat.

Per exemple, que una situació familiar s'agregui si no es fa una determinada intervenció psicosocial.

3) *Assessment* (valoració)

Es pretén fer un cribatge o identificar determinades característiques en el client (les fortaleses o els riscos).

4) *Description* (descripció)

Es planteja quines poden ser les necessitats del client o com es podrien satisfer.

5) Risk (risc)

Es proposa conèixer la possibilitat que el client experimenti un resultat particular, donades les seves característiques.

La qüestió clau del procediment és formular adequadament la pregunta en la qual volem basar la nostra cerca. Per a això, és necessari estructurar aquesta tasca prèviament per a poder tenir èxit en l'accés a la informació que necessitem.

La pregunta ha de ser enunciada de manera clara, evitant ambigüitats o que sigui massa general. En última instància podem subdividir la pregunta general a la qual és difícil trobar una resposta en diverses d'específiques.

La pregunta ha de tenir els components següents:

- Problema que presenta i població o característica del grup de pacients, s'hi pot afegir edat, sexe. Per exemple: dones embarassades.
- Quina intervenció volem estudiar. Per exemple: treball social de cas (*casework*).
- Quines alternatives ens plantejem. Per exemple: no donar cap tipus d'atenció.
- Resultats (*outcomes*) que volem aconseguir. Per exemple: una millor cura prenatal.

La pregunta que formularíem seria:

Si les dones embarassades amb una relació no estable reben un servei intensiu de treball social individual o no el reben, les primeres donaran una millor atenció prenatal als nadons?

Un altre exemple:

En persones grans que viuen en l'entorn amb limitacions d'autonomia, si reben un servei de menjar a domicili o no el reben, les primeres tindran millor salut física?

L'estructura bàsica de les preguntes seria la següent:

Tipus de pregunta	Problema i tipus d'usuari	Què es vol fer?	Quines alternatives es plantegen?	Quin resultat es vol aconseguir?
Efectivitat	Si a persones grans desorientades que viuen en una residència?	Se'ls proporciona una teràpia d'orientació sobre la realitat	O una teràpia de validació	Amb quina estarà més orientada en temps, lloc i persona?

Tipus de pregunta	Problema i tipus d'usuari	Què es vol fer?	Quines alternatives es plantegen?	Quin resultat es vol aconseguir?
Prevenió	Si als estudiants de batxillerat sexualment actius?	Se'ls exposa un programa educatiu sobre les conseqüències de l'embaràs adolescent	O la lectura de material sobre l'ús correcte d'anticonceptius	Quin d'ells disminuirà els embarassos adolescents durant l'any escolar?
Valoració	Si a persones grans en residències que puguin estar afectades per una depressió o una demència?	Els administrem una escala de detecció de la depressió	O l'escala minimal	Quina escala serà més vàlida per discriminar entre la demència o la depressió?
Descriptiva	Si els familiars de pacients que han patit un ictus s'integren en un grup d'ajuda mútua?	I se'ls passa una entrevista estructurada sobre satisfacció		En quines àrees estaran menys i més satisfets?
Risc	Si a dones maltractades que truquen a un telèfon d'ajuda?	Se'ls administra una escala de detecció del risc	O un dictamen pràctic basat en una escala prèvia	Tindrà l'escala més predictibilitat del risc?

Font: L. E. Gibbs (2003). *Evidence-Based practice for the helping professions. A practical guide with integrated multimedia*. Books / Cole-Thomson Learning.

Aquesta estructura no és inflexible sinó que ens aporta un esquema de partida.

Estratègia de cerca

Hem d'adequar la pregunta al llenguatge de la base de dades a la qual accedim per recuperar uns resultats a partir de la valoració dels quals introduïm les modificacions necessàries, de tal manera que en millorem l'especificitat i la sensibilitat. Repetim aquest procés tantes vegades com sigui necessari per obtenir el resultat més encertat possible. Cal refinar la cerca de tal manera que no ens deixem res fora, però sense recuperar resultats que suposin un excés de referències inútils que impliqui un ardu treball de tria posterior.

Per a facilitar aquesta tasca disposem d'una sèrie d'eines que faran la tasca més fàcil:

1) Els descriptors: es tracta d'un vocabulari de termes que descriu amb precisió el contingut de cada referència indexada en una base de dades (Duque *et al.*, 2010). Es tracta de paraules clau. Quan es relacionen entre si en forma d'arbre reben el nom de *thesaurus*.

Els descriptors més coneguts són els MeSH¹, desenvolupats per la Nacional Library of Medicine per a Medline. S'organitza en unes vint grans categories temàtiques que es van subdividint una vegada i una altra en subcategories, en les quals els descriptors s'ordenen jeràrquicament des del més general fins al més específic. Els articles inclosos en Medline s'indexen sempre utilitzant el thesaurus MeSH, la qual cosa permet eliminar problemes de sinonímia (Duque i altres, 2010).

⁽¹⁾Acrònim de *medical subject heading*.

Exemple de descriptors

Per a maltractament infantil (*child abuse*) podem trobar *battered child syndrome; child abuse, sexual; Munchausen syndrome by proxy*.

Cada base de dades pot desenvolupar un tesaurus propi, encara que moltes adopten el MeSH, cosa que facilita la tasca de consultar en diferents bases de dades.

2) **Els operadors:** són paraules que ens serveixen per a relacionar termes. Els més coneguts i els més comuns en qualsevol base de dades són els booleans AND, OR i, en menor mesura, NOT. No obstant això n'hi ha d'altres la possibilitat d'utilització dels quals depèn de la base de dades a la qual estiguem accedint.

- L'operador **AND** és el que fa la funció d'intersecció, per la qual cosa si l'utilitzem per a relacionar dos termes obtindrem exclusivament els registres que continguin tots dos termes.
Per exemple, si volguéssim recuperar documents que parlessin alhora d'aspirina i de paracetamol, hauríem d'utilitzar l'expressió: *aspirina AND paracetamol*.
- L'operador **OR** és el que fa la funció de suma. Si l'utilitzem per a relacionar dos termes obtindrem tots els registres que continguin un dels dos o tots dos alhora. Per a recuperar documents que continguin el terme *aspirina* o el terme *paracetamol* o tots dos alhora, hauríem d'utilitzar l'expressió: *aspirina OR paracetamol*.
- L'operador **NOT** és el d'exclusió. S'utilitza quan volem excloure un subconjunt de referències que compleixin una condició o més d'una. Si utilitzéssim l'expressió *aspirina NOT paracetamol*, recuperariem les referències que continguin exclusivament el terme *aspirina* i exclouríem les que continguin el terme *paracetamol* en solitari o simultàniament amb *aspirina*.

Disposen també d'altres operadors que permeten relacionar termes segons la distància a la qual es trobin, es denominen **operadors de proximitat**. Aquests operadors són molt variables, depenent de la base de dades que estiguem utilitzant, per la qual cosa és recomanable acudir als arxius d'ajuda per conèixer quins podem usar i com, ja que l'efecte que poden tenir pot ser bastant diferent.

Exemples d'operadors de proximitat

Alguns exemples són els següents:

- **NEAR:** indica que els termes buscats simplement estan propers entre si, sense que importi l'ordre.
- **NEXT:** els termes han d'estar l'un al costat de l'altre, encara que l'ordre és indiferent. És més flexible i permet que els termes estiguin junts o a una distància d'un nombre màxim de paraules, que és variable segons la base de dades de què es tracti.
- **ADJ:** permet graduar el grau de proximitat dels termes afegint un nombre que indica el nombre màxim de paraules que pot haver-hi entre ells.

3) Els truncaments: són símbols que permeten buscar termes amb la mateixa arrel i diferent terminació. El símbol que s'utilitza amb més freqüència és l'asterisc (*). No obstant això, n'hi ha d'altres, com el símbol de dòlar \$, que utilitza la plataforma Ovid, i que a més permet utilitzar xifres per a indicar el nombre màxim de lletres que pot haver-hi després de l'arrel de la paraula.

Exemple de truncaments

Neurol* > neurology, neurological, neurologist
Neurol\$ > neurology

4) Els comodins o *wild cards*: són símbols que serveixen per a representar qualsevol lletra.

#: substitueix qualsevol lletra

Exemple de comodins usant

Wom#n woman, women

?: en la posició que ocupa aquest símbol pot anar qualsevol lletra o cap. És especialment útil per a paraules la grafia de les quals depèn del lloc de procedència, com és el cas de termes en anglès que s'escriuen diferent en la variant anglosaxona i en l'americana.

Exemple de comodins usant ?

Isch?emia > ischemia, ischaemia

Les bases de dades també ens permeten, habitualment, fer cerques en camps específics. Els més comuns són els d'autor, títol, resum, revista. O bé també ens permeten aplicar límits, cas en què la data de publicació és el més habitual, encara que n'hi ha molts d'altres, com ara tipus d'estudi, edat, tipus de publicació, idioma, etc.

Quan fem una cerca en una base de dades, es poden donar diferents situacions. D'una banda, pot ocórrer que recuperem poques referències i totes molt rellevants. Això vol dir que hem fet una cerca molt específica i que és bastant probable que ens hàgim deixat fora altres referències d'importància. Quan es dona aquesta circumstància diem que s'ha produït un silenci documental.

Per a solucionar-ho, disposem de diverses opcions:

- Revisar que hem escrit els termes en l'idioma apropiat de la base de dades i que estan ben escrits. En els articles és més freqüent del que podríem pensar que apareguin paraules mal escrites, per la qual cosa fins i tot una paraula mal escrita pot recuperar algun resultat.
- Intentar identificar altres termes, sinònims dels utilitzats, que puguin combinar-se amb OR.
- Buscar termes en tesaurus més genèrics que els utilitzats.

La situació oposada ocorre quan, acompanyant les referències rellevants, recuperem moltes referències irrelevantes, ja que hem fet una cerca massa genèrica. En aquest cas s'ha produït soroll documental. També és possible aplicar diferents estratègies per a revertir aquesta situació:

- Tractar d'identificar algun descriptor adicional rellevant que es pugui combinar amb AND.
- Identificar elements combinats amb AND que podrien combinar-se mitjançant un operador de proximitat.
- Buscar termes en tesaurus més específics que els utilitzats.
- Restringir la cerca a un camp concret.
- Utilitzar límits.
- Utilitzar filtres de cerca, dels quals parlarem a continuació.

L'ideal és intentar aconseguir una situació d'equilibri entre les dues descrites. No obstant això, depenent del tipus de cerca que estem fent, ens interessa més tendir cap a una de les dues situacions. Per exemple, si una treballadora social sanitària vol contestar ràpidament a una qüestió respecte d'un client, necessita fer una cerca ràpida i precisa, recuperar poques referències i molt rellevants, per la qual cosa li interessa inclinar-se més cap a una situació de silenci documental. D'altra banda, si el que estem fent és una revisió sistemàtica, en la

qual pretenem intentar recuperar tot el que s'ha publicat sobre un tema sense deixar-nos fora res rellevant, necessitem fer una cerca més àmplia, per la qual cosa la tendència serà cap al soroll documental.

Biaixos i limitacions

Quan fem una revisió sistemàtica, una de les limitacions que sempre està present és la impossibilitat de recuperar tota la informació que hi ha, ja que no tota la recerca que es fa s'acaba publicant. Entre la que sí que es publica, no tota es publica en revistes, sinó també en llibres, tesis o informes. Tota aquesta bibliografia no sempre està recollida en les principals bases de dades, per la qual cosa recuperar-la tota pot resultar molt complex. Tot i estar indexada en aquestes bases de dades, no és fàcil de discriminar entre els milions de referències que solen contenir i dependrà molt de l'habilitat de l'investigador per a dissenyar una bona estratègia de cerca.

Hi ha altres dificultats que poden introduir biaixos en els resultats de les nostres cerques:

- **Biaix de publicació:** se solen publicar els estudis que han obtingut resultats positius i no els que han obtingut resultats negatius.
- **Idioma de la publicació:** les limitacions de l'investigador a l'hora de poder llegir en idiomes diferents del castellà i de l'anglès i per tant l'exclusió d'estudis potencialment rellevants en altres llengües.
- **Cobertura geogràfica de les bases de dades utilitzades:** per exemple, la base de dades Medline indexa principalment revistes nord-americanes, mentre que Embase presta més atenció a les europees. Per dissenyar una cerca per a una revisió sistemàtica, hauríem de respectar certs principis:
 - **Disseny sensible:** intentar trobar tants estudis com sigui possible.
 - **Minimitzar els biaixos:** no limitar-nos a una única base de dades o a les més conegudes.
 - **Ser eficient:** començar a buscar per on esperem trobar més resultats. Això té encara més importància quan hi ha limitacions de temps per a fer la revisió.

Quan fem una cerca per a una revisió sistemàtica és molt important documentar tots els passos que fem. Això ens permetrà no repetir feina que ja hem fet, sobretot si hi participen diverses persones, ser transparents quant a la forma de buscar la informació i recuperar-la, i convertir-ho en un procés reproduïble per a qualsevol investigador.

Una manera còmoda i ordenada de fer-ho és mitjançant una taula, en la qual, almenys, caldria recollir la informació següent:

- Base de dades bibliogràfica en la qual hem buscat.
- Proveïdor a través del qual accedim a la base de dades. Recordem que hi ha algunes bases de dades, com Medline, a les quals és possible accedir des de diferents proveïdors, com Ovid, Ebsco, la Web o Knowledge (WoK), i que això condiciona el disseny de la nostra estratègia de cerca.
- Període buscat: si hem fet alguna delimitació per data i la data d'actualització de la base de dades, ja que algunes s'actualitzen diàriament, unes altres setmanalment i d'altres mensualment.
- Estratègia de cerca utilitzada.
- Nombre de documents recuperats.

2.3. Buscar la millor evidència possible per a respondre a la nostra pregunta

Algunes disciplines han desenvolupat bases de dades pròpies com són les següents:

1) **Swab, Social Work Abstracts:** resums (*abstracts*) en treball social. Aquesta base de dades ha estat creada per la National Association of Social Workers, Inc. Conté uns 35.000 resums d'articles, dissertacions i altres materials sobre el treball social i les revistes la temàtica dels quals gira entorn d'aquesta disciplina. Els tesaurus no estan disponibles en línia (*on line*), però és possible trobar-hi un índex de descriptors. Hi figuren resums d'articles publicats a partir de l'any 1977. Per a accedir a aquesta base de dades és necessari abonar una subscripció.

2) **Social Services Abstracts:** proporciona una cobertura bibliogràfica de la recerca més recent centrada en el treball social, els serveis socials i les seves àrees relacionades, com el benestar social, la política social i el desenvolupament comunitari.

3) **Medline:** és la base de dades més gran en medicina que hi ha actualment. Comprèn més de 4.600 revistes i la indexació de més de quinze milions de citacions des del 1951 fins a l'actualitat. L'accés és gratuït.

4) **CINAHL:** proveeix l'accés a revistes d'infermeria i professions afins en anglès.

5) **Eric**: conté resums sobre recerca en pedagogia i altres branques de l'educació.

6) **PsycINFO**: de l'àmbit de la psicologia, conté citacions i resums d'articles de revistes, capítols de llibres, llibres i informes tècnics, així com les citacions de tesis doctorals, tot en el camp de la psicologia i els aspectes psicològics de les disciplines relacionades, com la medicina, la psiquiatria, la infermeria, la sociologia, etc.

7) **Social Sciences Citation Index**: indexa 1.725 revistes que comprenen cinquanta disciplines. Fa especial èmfasi en la recerca erudita en el camp social, conductual i en altres d'afins.

Cal considerar que els cercadors i les bases de dades disponibles no són d'ús exclusiu de cap disciplina, ja que, més aviat, la PBE es presenta amb vocació interdisciplinària. Això és degut al fet que els problemes als quals cal donar resposta són complexos i abordables des dels diferents punts de vista que aporten els diversos camps del coneixement. En el cas del treball social, per exemple, s'ha verificat que un 15% de la informació disponible en la Cochrane és d'interès i utilitat per als treballadors socials. Es pot consultar en aquesta base de dades quan en la pràctica professional es plantegin dubtes. D'altra banda, un treballador social sanitari ha d'ampliar les seves mires de coneixement cap a altres disciplines. Per exemple: conèixer les malalties, els tractaments, etc. No s'ha d'oblidar que el treball social és el resultat de la integració de diverses disciplines. Una perspectiva enfocada cap a l'heterogeneïtat i la complexitat està en l'essència mateixa de la professió. Aquesta comprensió de la naturalesa holística del funcionament humà és única en la pràctica del treball social i oposada a la majoria de les professions d'ajuda, les quals tendeixen a adoptar una perspectiva més centrada en l'individu.

Algunes publicacions estan específicament dedicades a la divulgació d'estudis científics per a treballadors socials, com les següents:

- *Research on Social Work Practice*
- *Evidence Based Mental Health*
- *Brief Treatment and Crisis Intervention: A Journal of Evidence-Based Practice*
- *Journal of Evidence-Based Social Work*

A Espanya, tenim la revista *Portularia*, editada per la Universitat de Huelva.

Si bé en el passat el problema plantejat era la dificultat per a accedir a la informació i valorar-la, en el present la qüestió és saber discriminar la qualitat de l'evidència científica davant l'enorme quantitat de dades que es poden obtenir a la Xarxa. El desenvolupament de la PBE va posar de manifest que no tota la informació proporcionada per l'evidència pot ser considerada igualment vàlida, ates que bona part dels estudis contenen errors metodològics, biaixos, marges d'error i fins i tot són susceptibles de subministrar conclusions amb

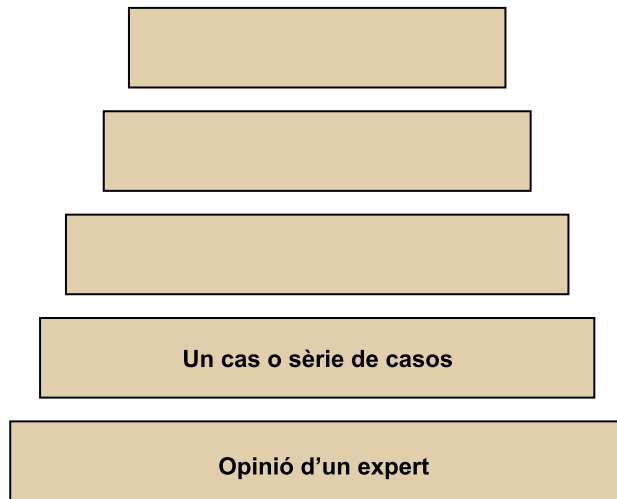
escàs fonament científic. A causa d'això, s'ha establert la denominada *jerarquia de l'evidència*, que té en compte la tipologia de l'estudi lligada a la seva capacitat per a predir el grau d'eficàcia d'una valoració o intervenció específica. Per consens més o menys fixat en la comunitat científica, s'han establert els nivells següents (Primo, 2003) amb l'objectiu de minimitzar els biaixos:

- Metanàlisis de gran qualitat, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb molt baix risc de biaixos.
- Metanàlisis ben realitzades, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb baix risc de biaixos.
- Metanàlisis, revisions sistemàtiques d'assajos clínics aleatoritzats o assajos clínics aleatoritzats amb alt risc de biaixos.
- Revisions sistemàtiques d'alta qualitat d'estudis de cohorts o de casos i controls, o estudis de cohorts o de casos i controls d'alta qualitat, amb molt baix risc de confusió, biaixos o atzar i una alta probabilitat que la relació sigui causal.
- Estudis de cohorts o de casos i controls ben realitzats, amb baix risc de confusió, biaixos o atzar i probabilitat moderada que la relació sigui causal.
- Estudis de cohorts o de casos i controls amb alt risc de confusió, biaixos o atzar i probabilitat significativa que la relació no sigui causal.
- Estudis no analítics (observacions clíniques i sèries de casos).
- Opinions d'experts.

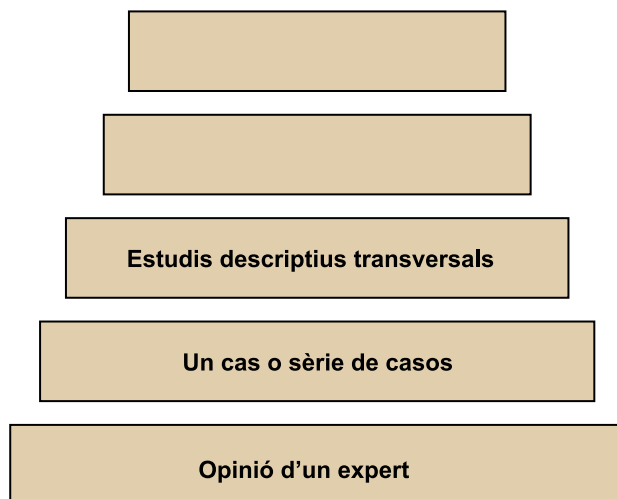
En aquesta classificació de l'evidència s'atorga una rellevància més gran als resultats derivats de la metanàlisi i a les revisions sistemàtiques d'estudis primaris de recerca.

Expliquem més detalladament els tipus d'estudis i la seva posició dins de la jerarquia de l'evidència.

En la base de la jerarquia hi ha l'opinió dels experts.



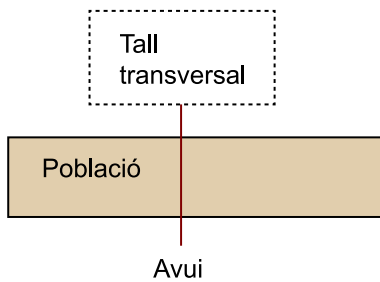
Es tracta de proves basades en l'opinió d'un expert o comitè d'experts o les anècdotes explicades als congressos basades en un únic cas. Es considera que la força de l'evidència és pobre. Ascendint ens trobem amb la sèrie de casos. Per damunt, se situen els estudis descriptius transversals.



Els estudis transversals són els dissenyats per a mesurar la prevalença d'una exposició i/o resultat en una població definida i en un punt específic de temps. Poden ser:

1) **Descriptius**: simplement descriuen la freqüència d'una exposició o resultat o de diversos en una població definida.

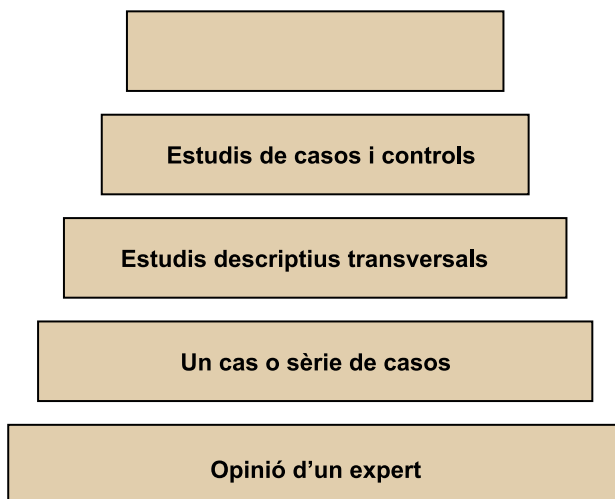
Prevalença de la malaltia d'Alzheimer en la població més gran de 65 anys a la zona bàsica de salut urbana al mes de maig de 2013.



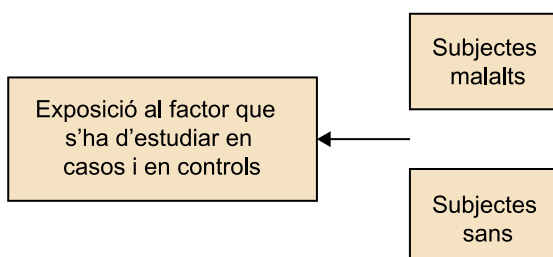
2) **Analítics:** recullen simultàniament el resultat d'interès i factors potencials de risc en una població definida. Després es compara la prevalença del resultat en les persones exposades a cada factor de risc amb la prevalença en les no exposades.

En l'estudi anterior recopilem, així mateix, dades sobre la prevalença d'altres malalties associades a aquest tipus de demència, consum de fàrmacs, hàbits de vida previs al diagnòstic de la malaltia, etc.

Els estudis de casos i control se situen amb menys probabilitat de biaixos que el tipus d'estudi anteriorment descrit.

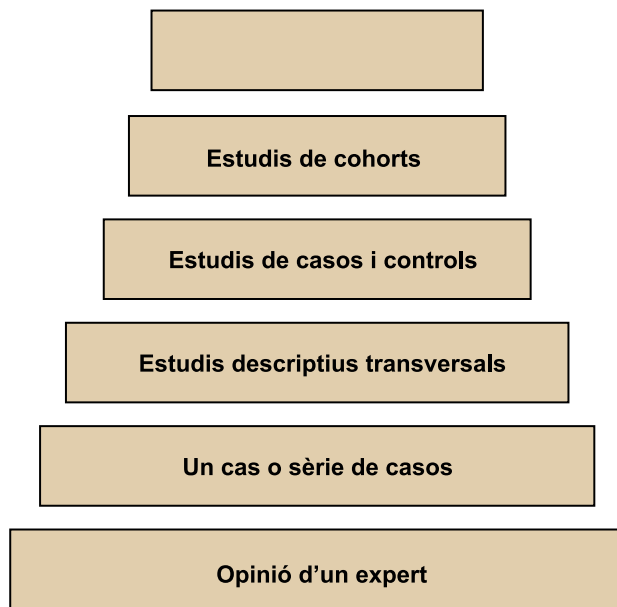


L'estudi de casos i controls es caracteritza per tractar-se d'un estudi observacional, analític, en el qual els subjectes són seleccionats en funció que tinguin (casos) o no tinguin (controls) una determinada malaltia, o en general un determinat efecte. Una vegada seleccionats els individus en cada grup, s'investiga si van estar exposats o no a una característica d'interès i es compara la proporció d'exposats en el grup de casos davant la del grup de control.



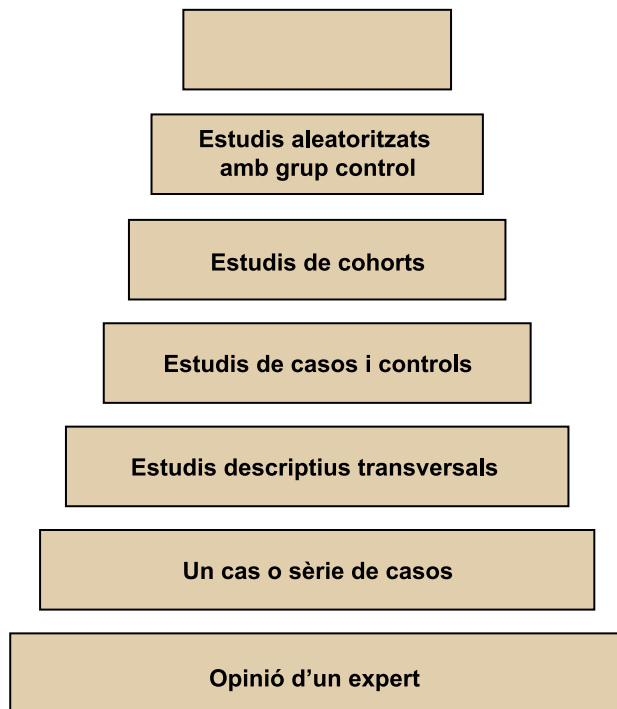
Els avantatges d'aquest tipus d'estudis rau en la rapidesa de la seva implementació, els costos assumibles i la utilitat en la recerca de malalties rares i exposicions comunes o en latències llargues. No obstant això, poden introduir-se biaixos en la selecció dels controls.

Ascendint en la classificació jeràrquica de l'evidència trobem els estudis de cohorts.



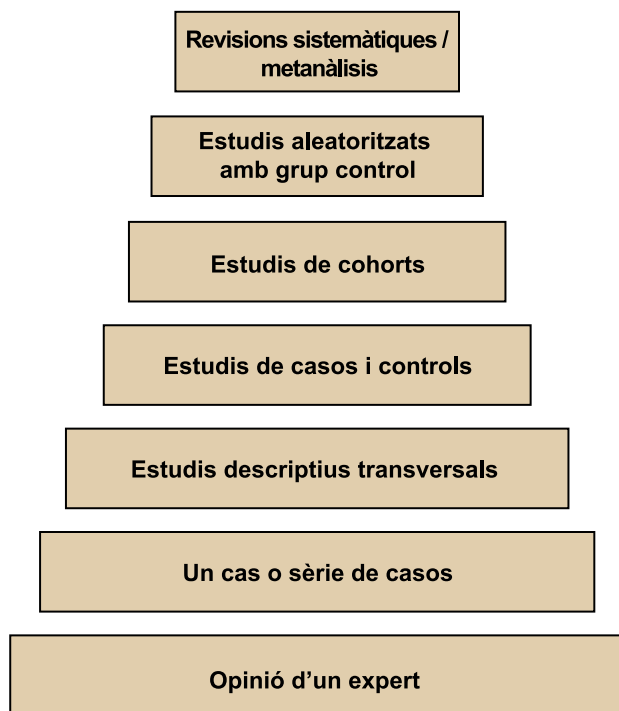
Els estudis de cohort consisteixen a fer el seguiment d'una cohort o més d'individus sans que presenta diferents graus d'exposició a un factor de risc en els quals es mesura l'aparició de la malaltia o condició en estudi. Els estudis de cohort tenen un disseny o format fonamental. Es tracta del seguiment d'individus caracteritzats per estar lliures del dany en estudi a l'inici de l'observació. En aquests individus s'observa, a mesura que passa el temps, l'aparició de casos de malaltia segons si posseeixen o no un atribut (variable independent o exposició) que es creu associat al desenllaç en estudi.

En un lloc més alt, trobem els estudis aleatoritzats amb grup control.



Es tracta d'un experiment o estudi en el qual l'investigador manipula un factor d'estudi o més (per exemple, decideixen quin tractament, amb quina pauta i durant quant de temps el rebran els subjectes de cadascun dels grups d'estudi) a fi de valorar posteriorment els efectes produïts (o resposta, resultat, variable dependent) basant-se en un pla preestablert. L'objectiu és avaluar l'eficàcia i seguretat de qualsevol intervenció, ja sigui preventiva, curativa o rehabilitadora, i és el disseny que proporciona l'evidència de més qualitat sobre la relació causal entre una intervenció i l'efecte observat. Podem considerar-los com el patró or dels estudis, ja que el risc de biaixos és baix. Es tracta d'estudis més complexos amb un cost elevat.

Finalment, en la cúspide de la piràmide de la jerarquia se situen les revisions sistemàtiques/metanàlisis.



La metanàlisi és un mètode de recerca que s'ha aplicat en diversos camps del coneixement i es defineix com el procés de combinar els resultats de diversos estudis relacionats amb el propòsit d'arribar a una conclusió. En essència és una revisió bibliogràfica, però relaciona sistemàticament i quantifica gran quantitat de resultats, i ofereix conclusions quantitatives i qualitatives sobre l'aspecte estudiat. Es tracta d'un intent de resoldre contradiccions entre els resultats de diferents recerques que avaluen l'eficàcia d'una intervenció terapèutica sobre un determinat tipus de pacient i en molts casos permet utilitzar de manera eficient la informació provinent de diversos estudis (Céspedes, 1995).

En aquesta jerarquia no s'inclouen els estudis qualitius. Més endavant veurem que aquesta és una de les crítiques que es fa a la jerarquia de l'evidència i el qüestionament de la seva aplicabilitat a les ciències socials.

També s'han dissenyat diversos sistemes per a classificar la qualitat de l'evidència en aspectes concrets. El United States Preventive Services Task Force ha plantejat l'escala següent segons el tipus de disseny per a l'evidència en relació amb l'eficàcia dels tractaments o cribratges (taula 2):

Taula 2. Jerarquia dels estudis pel tipus de disseny segons el US Preventive Services Task Force

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
I	Almenys un assaig clínic controlat i aleatoritzat dissenyat de manera apropiada.
II-1	Assajos clínics controlats ben dissenyats, però no aleatoritzats.
II-2	Estudis de cohort o cas control ben dissenyats, preferentment multicèntrics.
II-3	Múltiples sèries comparades en el temps amb intervenció o sense, i resultats sorprenents en experiències no controlades.

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
III	Opinions basades en experiències clíniques, estudis descriptius, observacions clíniques o informes de comitès d'experts.

Una altra classificació és la del Centre de Medicina Basada en l'Evidència d'Oxford (CEBM), que avalua les intervencions terapèutiques, les preventives i les lligades al diagnòstic, al pronòstic, a factors de risc i a l'avaluació (taula 3).

Taula 3. Nivells d'evidència segons el CEBM

Nivell d'evidència	Tipus d'estudi
1a	Revisió sistemàtica d'assajos clínics aleatoritzats, amb homogeneïtat
1b	Assaig clínic aleatoritzat amb interval de confiança estret
1c	Pràctica clínica (tots o cap)
2a	Revisió sistemàtica d'estudis de cohorts, amb homogeneïtat
2b	Estudis de cohort o assaig clínic de baixa qualitat
2c	<i>Outcomes research</i> , estudis ecològics
3a	Revisió sistemàtica d'estudi de cas control amb homogeneïtat
3b	Estudi cas control
4	Sèrie de casos o estudis de cohorts i cas control de baixa qualitat
5	Opinió d'experts sense valoració crítica explícita, <i>bench research</i> o <i>first principles</i>

La **Cochrane Collaboration** i la **Campbell Collaboration** ofereixen a les respectives webs les millors fonts de localització de revisions sistemàtiques, la qual cosa permet un considerable estalvi de temps als clínics quant a la disposició d'evidència científicament rellevant.

La biblioteca electrònica Cochrane, fundada el 1993, és una xarxa internacional de caràcter multidisciplinari constituïda per més de 28.000 persones situades en cent països diferents amb l'objectiu, entre d'altres, de proporcionar informació actualitzada sobre medicina basada en l'evidència, inclosa la base de dades Cochrane de Revisions Sistemàtiques.

La Campbell Collaboration (C2) és una organització similar a la Cochrane, fundada l'any 2000, el propòsit de la qual és ajudar a prendre decisions ben informades mitjançant la preparació, manteniment i difusió de les revisions sistemàtiques dels camps de l'educació, la criminologia, la justícia i el benestar social. Dins de l'organització es va crear, en honor a Leonard E. Gibbs (1943-2008), el premi a la millor revisió sistemàtica en l'àmbit del benestar social.

A l'hora de fer les cerques cal tenir en compte aquesta jerarquia, ja que estalviem temps a l'hora de localitzar resultats amb menys probabilitat de contenir biaixos. Començarem, doncs, per les revisions sistemàtiques i les metanàlisis. Després anirem baixant fins als estudis individuals si és necessari.

Començarem fent la cerca segons el criteri recomanat per l'Escola de Treball Social de la Universitat Columbia, Nova York (EUA).

Plasmem la jerarquia del procediment seguint la regla d'aquesta institució acadèmica.



Obrim la cerca a: **la Biblioteca Cochrane**

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

1) Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)

- Constitueix el patró or de les revisions sistemàtiques perquè és de gran qualitat.
- Els textos complets es troben a la Biblioteca Cochrane.
- La CDSR inclou revisions completes i protocols (revisions que estan encara en procés d'elaboració).
- Els resums de les revisions sistemàtiques de la Cochrane es poden trobar a PubMed, però no hi ha enllaç al text complet.

2) Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE)

- Va ser creada per la Universitat de York (Anglaterra).
- Funciona com un complement de la CDSR, ja que es tracta de comentaris sobre avaluacions de qualitat sobre assumptes per als quals encara no hi ha una revisió Cochrane.
- Es tracta d'avaluacions breus de revisions publicades prèviament sobre els efectes de les intervencions en salut.
- Es tracta d'una organització de resums, no de textos complets.
- DARE no està indexada a PubMed.
- Els textos originals es poden trobar a la web de la Universitat de York: <http://www.york.ac.uk/>

L'opció següent: **la Campbell Collaboration (C2)**

<http://www.campbellcollaboration.org/>

3) La Campbell Collaboration (C2)

- Conté resums i fullets electrònics de les revisions i dels informes dels assajos sobre les intervencions socials, conductuals i educatives.
- Inclou:
 - Registres d'assajos controlats aleatoris: C2-SPECTR i C2-PROT.
 - Registres de C2, revisions sistemàtiques d'intervencions i d'avaluacions de política social (C2-RIPE).

En aquesta base de dades també hi ha revisions de qualitat: **OVID**

<http://www.ovid.com/site/index.jsp?top=1>

4) OVID

- Combina els recursos de diverses fonts fiables de medicina basades en l'evidència per a constituir-se com una única base de dades per a fer cerques (inclou DARE i Cochrane).

- Es pot accedir fàcilment a aquestes bases de dades des del lloc de treball en l'organització sanitària entrant a la biblioteca virtual de qualsevol servei autonòmic de salut.

Una altra per a revisions sistemàtiques: **PubMed MEDLINE**

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?holding=uw>

5) PubMed MEDLINE

- Identifica revisions sistemàtiques i estudis similars publicats en revistes biomèdiques incloses en la seva base de dades.
- Identifica les revisions sistemàtiques que hi ha en l'àrea biomèdica. Reuneix una col·lecció més gran que altres recursos de la pràctica basada en l'evidència.
- Subministra els resums per autor i revista.

En un nivell intermedi de la jerarquia de les cerques trobem els resums o guies d'evidència: **AHRQ National Guideline Clearinghouse**

<http://www.guideline.gov/>

6) AHRQ National Guideline Clearinghouse

- Inclou resums (*abstracts*) de les guies i del seu desenvolupament.
- Conté enllaços a textos complets, si estan disponibles.
- Comprèn una base de dades sobre bibliografia comentada. S'hi poden buscar citacions d'altres publicacions i recursos sobre guies, inclou metodologia per al desenvolupament de les guies, la seva estructura, avaluació i implementació.

BMJ Clinical Evidence

<http://www.clinicalevidence.com/>

7) BMJ Clinical Evidence

- És un compendi d'evidència sobre els efectes de les intervencions clíniques.

- Ofereix un sumari sobre l'estat actual de coneixement sobre un tema, inclou el que es coneix i es desconeix del tema sobre la base de la cerca.
- Estableix la categoria de les intervencions com a beneficioses, probablement beneficioses, cap benefici conegut, perjudicials.

Altres fonts:

Cancer Care Ontario Program in Evidence-Based

<http://fhs.mcmaster.ca/pebc/>

CDC Recommends

<http://www.phppo.cdc.gov/cdcRecommends/AdvSearchV.asp>

CMA Clinical Practice Guidelines

<http://www.cma.ca/index.php>

Assajos clínics aleatoris, casos control, estudis control: **PubMed**

<http://pubmed.gov/>

8) PubMed

- Filtra per publicació i el tipus d'estudi, no per qualitat.
- Utilitza estratègies de cerca preconfigurades per a recuperar les citacions basades en la recerca sobre temes clínics en les àrees de teràpia, diagnòstic, etiologia o diagnòstic.
- Utilitza límits en els criteris de cerca per tipus de publicació específica (per exemple, metanàlisi, assaig control aleatori, revisió).

Cochrane Library

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

Cochrane Central Register of Controlled Trials Register (CENTRAL)

Altres fonts:

Education Resources Information Center (ERIC)

<http://www.eric.ed.gov/>

Social Work Abstracts

<http://www.columbia.edu/cgi-bin/cul/resolve?amt0865>

PsycInfo

<http://www.columbia.edu/cgi-bin/cul/resolve?ald2284>

Crítiques de recerca clínica, revisions d'estudis rellevants sobre cures sanitàries:

ACP Journal Club

<http://www.acpjc.org>

9) ACP Journal Club

- Va ser creat pel Col·legi Americà de Metges i la Societat Americana de Medicina Interna (ACP-ASIM).
- Posa el focus en la medicina interna.
- Conté els resums (*abstracts*) dels articles de les revistes seleccionades d'acord amb criteris explícits de les principals revistes mèdiques revisades per parells.

POEMS (Patient Oriented Evidence that Matters)

<http://www.infopoems.com/infopoems/main.cfm>

10) POEMS

- Conté resums estructurats pels editors de la revista *Journal of Family Practice*.

- Centra l'evidència en el pacient.

Altres revisions de la bibliografia:

Natural Medicines Comprehensive Database

<http://www.therapeuticresearch.net/>

11) Natural Medicines Comprehensive Database

- És una base de dades específica sobre informació basada en l'evidència.
- Conté informació sobre herbes medicinals i suplementes dietètics utilitzats en el món occidental.
- Avalua l'evidència disponible i verifica la qualitat de la font.

Sèries de casos, informes de casos, guies de pràctica clínica:

PubMed

<http://pubmed.gov/>

National Guideline Clearinghouse

<http://www.ngc.gov/>

12) National Guideline Clearinghouse

- Ofereix una llista completa de guies de pràctica clínica basades en l'evidència i documents relacionats.

Textos clínics de referència:

Care Provider Toolkit

http://healthlinks.washington.edu/care_provider

2.3.1. Casos pràctics

1) Quins són els símptomes emocionals més freqüents entre els cuidadors familiars de persones amb demència?

Pregunta descriptiva

Cerca a:
MEDLINE, CINAHL, ERIC, PsycINFO i SWAB.

Es van rebutjar alguns estudis perquè eren de tipus experimental i d'altres perquè contenien biaixos.

Resultats:

1) Estudi exploratori / entrevistes / escala de depressió i dol (Walker i Pomeroy, 1996): el dol anticipador és la reacció emocional més freqüent (més que la depressió).

2) Estudi sobre factors associats al dol (Rudd, Viney i Preston, 1999). Escales qualitatives. Els sentiments més comuns són l'ansietat, la tristesa i la culpa si la persona està en una residència, i ràbia si es cuida a casa.

Conclusió: els cuidadors experimenten un sentiment de pèrdua fins i tot si la persona encara viu amb ells.

El període de temps necessari per a fer una cerca electrònica s'ha xifrat entre set minuts i sis segons (1983) i cinc minuts i cinc segons (Gibbs, 1991).

2) Quin és el tractament conductual més efectiu per a reduir els nivells d'ansietat o confusió en persones amb demència severa que viuen en residències?

Pregunta sobre efectivitat

Es van trobar tres metanàlisis sobre la reminiscència, la validació i la teràpia d'orientació de la realitat.

Resultats sobre les dues primeres:

- Cochrane (1 i 2 estudis) no va trobar significació estadística sobre l'efectivitat d'aquests tractaments. Resultats sobre la teràpia d'orientació de la realitat (OR).
- Cochrane (6 assajos aleatoris): hi ha alguna evidència de la seva efectivitat tant en la cognició com en la conducta. No és clar si els beneficis s'estenen molt més enllà del tractament, però sembla que un tractament continuat és necessari per a sustentar-ne els beneficis potencials (Spector, Davies i Woods, 2000).

Cal recordar que l'evidència sobre un tema està vigent fins que no es formulen noves recerques que n'amplien o refuten les prediccions o bé fins que s'omple un buit en el coneixement que es tenia sobre aquest tema.

L'evidència o "les proves" poden estar determinades en protocols o guies de pràctica. L'avantatge rau en el fet que la informació ha estat recopilada, sintetitzada i avaluada per un grup d'experts, cosa que suposa un estalvi de temps

per als professionals. Han de ser revisades periòdicament, ja que poden quedar fàcilment desfasades per la mateixa dinàmica de la generació de coneixement científic. Vegem un exemple d'aquesta recopilació per a un protocol.

Taula 4. Grau de recomanació de les teràpies no farmacològiques segons criteris de medicina basats en l'evidència

Grau de recomanació	Persona malalta	Cuidador familiar	Cuidador professional
A		Intervenció multicomponent	
B	Estimulació cognitiva Entrenament AVD Musicoteràpia I. conductual Exercici físic Massatge i tacte	Educ. entrenament Assessorament i gestió de casos	Educació general Prevenió subjeccions
C	Ajudes externes Reminiscència Validació Suport i psicoteràpia Teràpia de llum Teràpia amb animals Artteràpia Teràpia creativa	Suport al cuidador Cura de respir	

Font: *Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias del Servicio Canario de Salud* (2011). (Reproduïda amb el permís de Rubén Muñiz.)

En l'enllaç següent es pot accedir a la **Biblioteca de Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut**: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=16ecadf11a1b5i3i87i7b970i142>

2.4. Valorar i avaluar críticament les troballes oposades

La valoració crítica de les dades aportades per l'evidència inclou tenir en compte la validesa, l'impacte i l'aplicabilitat dels resultats.

La **validesa** es refereix al rigor d'un estudi, és a dir, fins a quin punt la manera en què ha estat dissenyat i realitzat ens permet estar raonablement convençuts que els resultats reflecteixen el veritable efecte de la intervenció. Una altra manera d'expressar-ho és fins a quin punt els resultats estan lliures de biaixos. De fet, hi ha dades empíriques que mostren com els errors en el disseny i en l'execució dels estudis produeixen un biaix en els resultats.

En relació amb l'impacte, la interpretació dels resultats d'un estudi no ha de basar-se únicament en l'existència o no de significació estadística. La precisió dels resultats indicada per mitjà dels intervals de confiança o la valoració de la importància i de la magnitud dels resultats per als pacients són components essencials de la lectura crítica.

Quant a l'aplicabilitat, es tracta de la mesura en què els resultats de l'estudi es poden extrapolar als clients objecte de la intervenció. Això implica preguntar-se fins a quin punt els pacients estudiats i les intervencions que es compararan s'assemblen als nostres pacients i a les teràpies de què es disposa. Si

les diferències entre els pacients de l'estudi i els nostres són importants (per exemple, perquè són pacients de més risc, o en estadis més avançats, o el medi és hospitalari, etc.) els resultats poden no ser directament aplicables. El mateix pot ocórrer amb les intervencions (Etxeberria i altres, 2007).

Finalment, pot ocórrer que la cerca d'evidència no sempre condueixi a l'obtenció de dades, la qual cosa es pot traduir en una constatació de llacunes en el coneixement científic o bé en la inexistència d'evidència a favor o en contra d'un determinat tractament, la qual cosa pot suggerir la necessitat de fer més estudis en un camp concret.

2.5. Integrar la valoració crítica amb la nostra experiència i amb els valors i les circumstàncies del nostre client

La integració de les nostres habilitats en PBE amb els valors i les circumstàncies dels nostres clients implica, segons Thyer (2004), descriure les opcions de tractament de què som capaços de proveir aquests últims. Si el client ha mostrat una determinada preferència en el tractament o recurs que es vol implementar sense que la valoració crítica de l'evidència reveli efectes a favor d'aquest enfocament és una falta d'ètica no informar el client de les alternatives que hi ha.

2.6. Avaluar l'efectivitat i l'eficàcia de la intervenció adoptada

Una vegada adquirides les habilitats per a emprendre els passos anteriors, el clínic guanya temps quan se li presenten casos successius en la pràctica assistencial. Alhora és necessari avaluar la capacitat per a saber enunciar preguntes ben estructurades i per a la lectura, comprensió i avaluació dels resultats d'estudis publicats.

3. La pràctica basada en l'evidència en treball social sanitari

El creixement continu de la despesa planteja un repte als sistemes sanitaris del món occidental, ja que posa en perill el seu sosteniment. A causa d'això, l'eficàcia i l'efectivitat de les intervencions clíniques s'han col·locat al centre del debat de gestors, experts i professionals dels serveis sanitaris al llarg de les últimes dècades. Tenint en compte aquests criteris, els serveis de treball social sanitari en els diferents dispositius assistencials solen ser qüestionats habitualment. Així, constatem que aquesta especialitat del treball social està obligada a revelar l'existència de proves que avalin les seves intervencions en l'àmbit sanitari.

Els clients del treball social sanitari han de tenir la garantia de poder rebre tractaments, i intervencions en general, basats en l'efectivitat científicament contrastada, igual que els que els subministren altres clínics integrants dels equips assistencials.

Els serveis que ofereixen els treballadors socials són triats sovint basant-se en criteris com el consens, la popularitat o la disponibilitat d'aquests serveis. Això pot implicar que es derivin clients cap a recursos l'efectivitat dels quals desconexem o que fins i tot puguin ser contraproductius; per contra, els dispositius que ofereixen programes efectius poden romandre infrautilitzats o sense usar (Gambrill, 2006). Basant-se en els principis anteriorment esmentats, una derivació intensiva pot contribuir igualment a la proliferació de serveis de dubtosa efectivitat o a l'ús a destemps; per exemple, quan s'ofereixen serveis per a l'atenció residencial de manera sistemàtica en fases primerenques de determinades malalties cròniques i degeneratives davant una deficiència dels dispositius de suport en domicili.

D'això se'n deriven, així mateix, implicacions ètiques que tenen a veure amb l'operativitat del principi de la beneficència, amb la necessitat d'evitar el dany i el consentiment informat respectant l'autonomia i el dret a l'autodeterminació dels clients (Gambrill, 2006).

El procediment establert en la PBE possibilita el tancament de l'esquerda que hi ha entre la recerca i la pràctica per a maximitzar les oportunitats d'ajudar els clients. La PBE no és una panacea ni diu als treballadors socials sanitaris el que han de fer o no amb els clients. No elabora guies de pràctica clínica ni protocols específics per a tractar els problemes psicosocials dels pacients segons la patologia que presenten. Descriu un nou format de formació professional fundat en l'aprenentatge basat en un problema mitjançant el qual s'ajuda els professionals a vincular problemes ètics amb l'evidència i la seva aplicació. La PBE és un procés sistemàtic pel qual el treballador social sanitari

busca informació per ajudar-se a prendre decisions entorn de l'elecció d'un mètode o escala de valoració, sobre la intervenció, sobre la valoració del risc o sobre la prevenció, per a això ha de formular preguntes adequades i susceptibles de poder tenir una resposta. A més, el procés el guiarà en la localització i avaluació crítica de les dades oposades.

Quan el treballador social sanitari ha d'iniciar la cerca d'un recurs adequat davant un cas de sobrecàrrega d'un cuidador familiar pot trobar en la base de dades de revisions sistemàtiques Cochrane que l'evidència present indica que no hi ha evidència ni a favor ni en contra de l'ús d'un centre de dia com una prescripció per a proporcionar el respir familiar. La base de dades esmentada pot revelar, en un altre cas, l'efectivitat del seguiment domiciliari per part de professionals de diferents disciplines, inclòs el treball social, com a mesura per a prevenir la morbiditat i la mortalitat en persones grans (Burton i altres, 2006).

L'adhesió a la PBE requereix formació específica en metodologia per a la cerca d'informació en les fonts disponibles –majoritàriament en llengua anglesa– en mètodes de recerca i en avaluació d'aquests mètodes. L'ensinistrament en la formulació de preguntes que tinguin a veure amb el benestar dels clients és una qüestió central en el procés. Finalment, és fonamental poder disposar d'accés a les fonts de dades bibliogràfiques en format electrònic al mateix centre de treball.

Si bé diversos autors qüestionen la possibilitat que la pràctica basada en l'evidència es pugui adaptar a tots els contextos on exerceixen els treballadors socials, l'àmbit sanitari seria un dels més favorables, si tenim en compte les característiques d'aquest entorn i l'especificitat de les intervencions dels professionals en un escenari on es plasma un alt grau de desenvolupament científic i tecnològic. D'això pot deduir-se'n una exigència més gran cap als treballadors socials per desenvolupar una notable capacitat de domini del llenguatge positivista.

Altres beneficis que comporta la pràctica basada en l'evidència en el treball social sanitari en un context d'intervenció multidisciplinària serien els següents:

- Incrementa les oportunitats que l'equip pugui realitzar millors raonaments i prendre decisions basades en la millor evidència possible.
- S'incrementen les possibilitats que els desitjos dels clients siguin incorporats a la presa de decisions.
- Augmenta la probabilitat que el client sigui ajudat i no danyat pel tractament.

En general implica l'establiment d'una nova manera de relacionar-se dins dels organismes i entre els professionals que integren els equips sanitaris, per sobre de l'adhesió cega a l'autoritat i a la tradició. Aquest canvi pot implicar males-tar, si bé pot minimitzar-se tornant als fonaments i principis bàsics de l'ètica professional en treball social.

4. Consideracions sobre la pràctica basada en l'evidència en el treball social

Si bé la integració d'aquest procediment en l'àmbit del treball social ha generat un ampli entusiasme en importants sectors, atesa la seva aplicabilitat tant a la pràctica com a la gestió, la política social i l'ensenyament de la professió, no ha quedat al marge del sorgiment d'airades controvèrsies, igual que altres idees que han pretès innovar en el coneixement.

Entre els arguments a favor d'aquest procediment, Gambrill i Gibbs (2002) assenyalen els següents:

- Evita les pràctiques i polítiques basades en l'autoritat.
- Promou l'ètica en el treball social mitjançant el consentiment informat, l'ús de serveis efectius, distribuint serveis escassos amb saviesa, implicant els clients en el procés i prenent decisions de manera individualitzada i personalitzada.
- Afavoreix la transparència i l'honestedat.
- Maximitza el flux del coneixement i la informació sobre les llacunes en aquest coneixement.
- Impulsa l'adopció d'un enfocament sistemàtic d'integració de la pràctica, l'ètica i l'evidència.

Els detractors de la PBE, per contra, des de fonaments epistemològics (Webbs, 2001) posen en dubte la possible aplicació dels seus principis en ignorar els complexos processos d'elecció i deliberació davant els problemes que han d'afrontar els treballadors socials. Per a Webbs, la PBE subratllaria el triomf del positivisme en la disciplina per sobre d'altres paradigmes que han estat històricament rellevants, i introduiria un mecanicisme en la pràctica del treballador social. Posant l'èmfasi en el fet que l'ésser humà en interacció amb l'entorn és un objecte d'intervenció notablement complex, atesa la concurrència de factors econòmics, culturals, polítics i socials, Tinder (2001, a Morago, 2004), apunta que és més factible predir els efectes d'un fàrmac en un organisme que una intervenció de treball social.

Una altra de les crítiques cap a la PBE està relacionada amb l'establiment de la jerarquia en l'evidència, la qual cosa atorga primacia als assajos clínics aleatoris en contraposició als mètodes de recerca qualitius habituals en les ciències socials (Webbs, 2001). Un contraargument a aquest qüestionament indica que aquests assajos són importants a l'hora d'avaluar l'efectivitat i els assump-

tes relacionats amb la prevenció, mentre que un altre tipus d'estudis resulten més idonis per a la valoració, l'avaluació del risc o qüestions més descriptives (Gambrill i Gibbs, 2002).

Resum

La pràctica del treball social basat en l'evidència és encara un mètode en construcció que ha d'afrontar alguns desafiaments en aspectes clau. Per a Mullen i Shlonsky (2004) les cures en salut tenen un caràcter multidisciplinari, cosa que implica que les diverses perspectives de coneixement s'han de tenir en consideració. En atenció a aquesta idea, els conceptes d'una única comprensió del que és evidència i una visió restringida d'aquesta evidència no són sostenibles. L'evidència pot ser variable en funció de l'àmbit des d'on s'estudii, de manera que és més abundant en el camp de la salut mental. Per a aquests autors, la PBE en treball social té dos grans reptes que cal assumir, com és, en primer lloc, l'adopció efectiva d'aquest procediment en les agències socials i, en segon lloc, l'ensenyament d'aquesta metodologia.

La necessitat de gestionar el coneixement en treball social d'una manera completament diferent de com s'ha fet en el passat representa un gran desafiament. La pràctica basada en l'evidència és un mètode innovador, la qual cosa implica un canvi en la manera en què els treballadors socials sanitaris obtenim informació per a ajudar els nostres usuaris. Com que tota innovació pot generar resistències, molts professionals no estan encara habituats a l'accés a bases de dades. Altres disciplines sanitàries ja han adoptat aquest procediment i utilitzen la tecnologia per a obtenir informació, i els treballadors socials també hem d'adaptar-nos a aquest canvi, que es traduirà en una millora de l'estatus de la professió.

La proposta plantejada en la PBE pretén reparar les fissures entre la generació de coneixement derivat de la recerca, la política social i la pràctica de la professió per tal de salvaguardar els drets dels clients dels serveis sanitaris atorgant més garantia a les nostres intervencions.

“El món és ple de falses teràpies i reclams exagerats, i la millor protecció contra els xerraires i engalipadors serà la capacitat pròpia per a valorar l'evidència que dona suport als tractaments efectius”.

(Thyer, 2004)

Bibliografia

Abreu, M. C. (2011). "Práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario". *Agathos* (núm. 3, pàg. 4-13).

Abreu, M. C. (2012). "Proceso para la práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario". *Revista Trabajo Social y Salud* (núm. 72, pàg. 65-74).

BEST training on evidence based practice in social Work at Columbia University.

Burton, J. i altres (2006). *Protocol for a systematic review: home visits for prevention of impairment and death in elderly people*. Centre for Evidence-based Intervention. University of Oxford.

Céspedes Valcárcel, A. J. (1995, juliol-setembre). "El meta-análisis". *Revista Cubana de Medicina Militar Dr. Luís Díaz Soto*.

Drisko, J. (2011). *Researching clinical practice. Theory & practice in clinical social work* (2a. ed., pàg. 717-737). Sage Publications, Inc.

Duque, B. i altres (2010). *Introducción a la metodología de investigación en evaluación de tecnologías sanitarias*. Servicio Canario de Salud.

Etxeberría, A. i altres (2007). *Evaluación y síntesis de la evidencia científica. Elaboración de Prácticas de Guía Clínica en el SNS. Manual Metodológico*. Ministerio de Sanidad y Consumo / Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.

Gambrill, E. (1999). "Evidence-based practice: an alternative to authority-based practice". *Families in Society* (vol. 80, núm. 4, pàg. 341-350).

Gambrill, E.; Gibbs, L. A. (2002). "Evidence-based practice: counterarguments to objections". *Research on Social Work Practice* (núm. 12, pàg. 452). Sage Publications. <<http://rsw.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/3/452>>

Gambrill, E. (2006). "Evidence-Based Practice and Policy: Choices Ahead". *Research on Social Work Practice* (núm. 16, pàg. 338).

Gambrill, E.; Gibbs, L. A. (2009). "Developing well-structured questions for evidence-informed practice". *Social Workers' Desk Reference* (2a. ed., pàg. 1120-1126). Oxford University Press.

Gervas, J.; Pérez Fernández, M. (2005). "Uso apropiado de la medicina basada en pruebas: revisión de 10 artículos recientes". *AMF* (vol. 1 núm. 1, pàg. 45-56)

Gibbs, L. E. (1991). *Scientific reasoning for social Workers: bridging the gap between research and practice*. Nova York: Macmillan.

Gibbs, L. E. (2003). *Evidence-Based Practice for the helping professions. A practical guide with integrated multimedia*. Books / Cole-Thomson Learning.

Gibbs, L. E. (2009). "How social workers can do more good than harm. Critical thinking, evidence base clinical reasoning and avoiding fallacies". *Social workers' desk reference* (2a. ed., pàg. 168-173). Oxford University Press.

Morago, P. (2004). "Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social". *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 17, pàg. 5-20).

Morago, P. (2009). "La práctica basada en la evidencia en los cursos de titulación de trabajo social". *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 22, pàg. 41-59).

Mullen, E.; Shlonsky, A. (2004). *From concepts to implementation: challenges facing evidence based social work*. Faculty Research and Insights: a series featuring Columbia University Social Work Faculty Research. <www.columbia.edu/cu/musher/>

Mullen, E. i altres (2005). "From concept to implementation: challenges facing evidence-based social work". *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* (vol. 1, núm. 1, pàg. 61-84). Policy Press.

Mullen, E.; Bacon, W. (2006). "Implementation of practice guidelines and evidence-based treatment. A survey of psychiatrists psychologists and social workers (81-102)". A: Albert R. Roberts; Kenneth R. Yeager (ed.). *Foundations of evidence based social work practice*. Nova York: Oxford University Press.

- Primo, J.** (2003). "Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II)". *Enfermedad Inflamatoria Intestinal al Día* (vol. 2, núm. 2, pàg. 39-42).
- Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M.; Gray, J.; Haynes, R. B.; Richardson, W. S.** (1996). "Evidence based medicine: what is and what it isn't". *BMJ* (núm. 312, pàg. 71-72).
- Sackett, D. L.; Straus, S. E.; Richardson, W. S.; Rosenberg, W.; Haynes, R. B.** (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBP* (2a. ed.). Nova York: Churchill Livingstone.
- Thyer, B. A.** (2004). "What is evidence-based practice?". *Brief Treatment and Crisis Intervention* (vol. 4, núm. 2, pàg. 167-176). Oxford University Press.
- Thyer, B. A.** (2009). "Evidence -Based practice, science and social work. An overview". *Social Workers' Desk Reference* (2a. ed., pàg. 1115-1119). Oxford University Press.
- Turner, J. F.** (2011). *Social work treatment: interlocking theoretical approaches* (5a. ed., pàg. 3-13). Oxford University Press.
- Webbs, S. A.** (2001). "Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work". *British Journal of Social Work* (núm. 31, pàg. 57-79).