

# Práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario

María Concepción Abreu Velázquez

PID\_00208257



# Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. El pensamiento crítico como génesis de la práctica basada en la evidencia en trabajo social.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Principios de la práctica basada en la evidencia en el trabajo social.....</b>	<b>9</b>
2.1. Estar motivado para adoptar la práctica basada en la evidencia .....	11
2.2. Convertir nuestra necesidad de información sobre las causas de un problema en una pregunta con posibilidad de respuesta .....	14
2.3. Buscar la mejor evidencia posible para responder a nuestra pregunta .....	22
2.3.1. Casos prácticos .....	37
2.4. Valorar y evaluar críticamente los hallazgos encontrados .....	38
2.5. Integrar la valoración crítica con nuestra experiencia y con los valores y circunstancias de nuestro cliente .....	39
2.6. Evaluar la efectividad y la eficacia de la intervención adoptada .....	39
<b>3. La práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario.....</b>	<b>40</b>
<b>4. Consideraciones sobre la práctica basada en la evidencia en el trabajo social.....</b>	<b>43</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>45</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>47</b>



## Introducción

El concepto de práctica basada en la evidencia (PBE) que estableció un nuevo modelo para la práctica de la medicina fue formulado en 1992 por un equipo de epidemiólogos canadienses liderados por David Sackett. El término *evidencia* se ha trasladado a la lengua española en una traducción poco ajustada de la palabra al original, en inglés, *evidence*. La traducción correcta es 'prueba'. Se trata del ejercicio de la medicina basado en las pruebas. Por eso, también podréis encontrar artículos donde se recoja una segunda y más apropiada acepción. Sin embargo, en este texto se ha optado por la primera opción, dado que su uso se ha generalizado.

Inicialmente, se define el proceso para la práctica basada en la evidencia:

"el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones en torno al cuidado de los pacientes."

(Sackett y otros, 1996)

Posteriormente, sus creadores incorporan al modelo elementos presentes en la práctica clínica y que establecen una mayor relación con los profesionales y con los usuarios de los servicios sanitarios, de tal manera que la práctica basada en la evidencia se concibe entonces como:

"la integración de la mejor evidencia obtenida de los resultados de estudio de investigación con la pericia profesional y con los valores de los usuarios."

(Sackett y otros, 2000)

Este procedimiento ha alcanzado una notable difusión en medicina. Luego ha seguido una expansión a otros campos, como la psicología y el trabajo social. Se produce como el resultado de:

- La confluencia de un contexto histórico previo de revisión de las fuentes habituales de información de los profesionales.
- Un mayor énfasis en la calidad de la atención sanitaria.
- El uso de ensayos clínicos.

Asimismo, las actividades de evaluación de las tecnologías y de investigación de resultados sanitarios contribuyeron también a la génesis de la PBE (Gervas y Fernández, 2005). Paralelamente a todo este proceso, los expertos constatan la ineficiencia de los congresos, libros y revistas especializadas como fuentes de información. En ese mismo periodo, los datos señalan que, si bien el paso de los años aumenta la pericia clínica de los profesionales, también conlleva el declive del conocimiento científico. Así, muchos clínicos tienden más a con-

siderar su propia experiencia, la opinión de otros colegas o simples anécdotas como directriz para la toma de decisiones. Algunos factores a considerar, con relación a la dificultad para mantener al día los conocimientos, tienen que ver con los obstáculos para acceder a la información a través de las fuentes tradicionales y el coste en tiempo que suponen para los atareados profesionales (Thyer, 2009).

El crecimiento y posterior expansión de la PBE para Trinder (2000, en Morago, 2004) tuvo relación con:

- Los avances y la mayor disponibilidad de medios electrónicos a disposición de los profesionales.
- La minimización del riesgo como meta de la intervención profesional.
- El gerencialismo y el profesionalismo imperante en el seno de las organizaciones
- Un mayor protagonismo de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios.
- La constatación de la separación entre la investigación y la práctica profesional y el esfuerzo por superar esta contradicción.

Los fundamentos de este modelo aparecen por primera vez en la literatura del trabajo social de la mano de Gambrill (1999), subrayando la necesidad de que los trabajadores sociales apliquen aquellas intervenciones que estén validadas por los resultados de estudios empíricos.

## 1. El pensamiento crítico como génesis de la práctica basada en la evidencia en trabajo social

Hacia 1980, Seild señala:

"en este punto de la historia del trabajo social como profesión, está claro que los profesionales ni leen, ni escriben, ni utilizan la investigación."

Posteriormente, un estudio de Mullen y Bacon (2006) vino a corroborar esta afirmación, constatando que las intervenciones de los trabajadores sociales pocas veces estaban apoyadas empíricamente, rara vez incorporaban el resultado de algún estudio reciente a la práctica y a pesar de que se considera relevante la investigación, esta última no era percibida como una guía para la práctica asistencial. Así, Gambrill (1999), autora adscrita a la corriente de pensamiento crítico en trabajo social, se plantea una serie de interrogantes relacionados con el conocimiento y la práctica del mismo, concernientes a los valores, competencias y habilidades necesarios para alcanzar resultados valorados por los clientes. La cuestión es si los profesionales disponen de un saber especializado realmente efectivo para ayudar a las personas, y si los resultados de la práctica son valorados por los clientes de los servicios. El análisis de los estándares para la práctica profesional dictados hasta entonces por la National Association of Social Workers (Asociación Americana de Trabajadores Sociales) determinó la inexistencia de pruebas que avalaran estas premisas. Para Gambrill, las propias organizaciones del trabajo social estaban eludiendo esta contradicción, ya que se estaban determinando unos patrones para la práctica profesional sin el respaldo de la investigación como garantía. Es decir, no existían pruebas que avalaran tales recomendaciones, solo se trataba de fundamentos teóricos sin suficiente base empírica, transmitidos por expertos a generaciones de trabajadores sociales desde los estamentos académicos y profesionales. Más adelante, veremos cuál es la posición que ocupan los expertos cuando hablemos de la credibilidad o la confianza que le otorgamos a las pruebas, o sea, a la evidencia. Esta situación ponía de manifiesto la existencia en el seno de la profesión de un posicionamiento discordante con respecto al conocimiento; así, por un lado, estaría el conocimiento sustentado en la autoridad y por otro, el que se fundamenta en la evidencia científica. Ello conllevaría un desajuste existente entre aquello que se dice que se hace y su confrontación con la realidad, haciendo patente una división entre la teoría y la práctica.

Dentro de la misma corriente de pensamiento, surgen las propuestas del trabajador social Leonard Gibbs en su obra *Razonamiento científico para trabajadores sociales*, publicado en 1991. Este planteó una serie de cuestiones acerca de la efectividad de los métodos empleados en trabajo social, sobre procedimientos informáticos para localizar estudios -incluyendo la lógica para construir la búsqueda y cómo evaluar estudios para guiar la práctica sistemáticamente. De

esta manera, vemos que el trabajo de Gibbs y el de Sackett se está moviendo en la misma dirección. En una etapa posterior, Gibbs (2003), sustentándose en su propio trabajo sobre el razonamiento científico, la práctica y la metodología de la investigación y el trabajo de otros expertos dedicados a la conceptualización y la enseñanza de la PBE, desarrolló un modelo abierto para obtener la investigación útil, y valorar su calidad y su aplicabilidad a los problemas concretos de los clientes.

Paralelamente, hay que considerar que en las últimas décadas, sobre todo fuera de nuestras fronteras, se ha venido realizando un notable esfuerzo por mejorar la calidad de la práctica profesional a través de la generación de conocimiento base, derivado de los resultados de la investigación. Esta ha sido siempre una aspiración de los profesionales, conscientes de tal carencia. También se ha ido incrementando la conciencia acerca de la necesidad de fundamentar las teorías del trabajo social en base a estudios, y demostrar su veracidad (Turner, 2011). De tal manera que ya no podemos aceptar ni enseñar esta u otra teoría sin que se nos muestren sus fundamentos empíricos. Sin embargo, los profesionales siempre nos hemos encontrado con demasiadas dificultades para trasladar y aplicar estas conclusiones a la práctica directa con los clientes por:

- Dificultad para acceder a las fuentes bibliográficas.
- Deficiencias formativas que impiden valorar la calidad y la utilidad de los resultados encontrados.
- Carencia de supervisión para guiar el proceso de aplicación a la práctica.
- Sobrecarga asistencial y multiplicidad de las tareas asignadas.
- Insuficiencia o inexistencia de los recursos necesarios.

El procedimiento establecido para la práctica basada en la evidencia permite integrar el producto de la investigación, usando medios electrónicos para captar los análisis más útiles para una adecuada toma de decisiones con respecto a los problemas y asuntos de los clientes. Como señala Gibbs (2003), rara vez podremos disponer de la evidencia perfecta, de lo que se trata es de hacer una valoración ecuánime y luego actuar lo mejor posible con las conclusiones obtenidas. Asimismo, **la PBE no es una colección de verdades sino un proceso de resolución de problemas**, que a la vez permite mejorar el comportamiento clínico de los profesionales y obtener mejores resultados con los clientes.



## 2. Principios de la práctica basada en la evidencia en el trabajo social

La metodología para desarrollar el proceso de PBE en trabajo social no resulta novedosa en la disciplina. Diversos autores (Sheldon, 1999), (MacDonald 1999, 2003 citado en Morago, 2004) han señalado el continuo interés manifestado en el seno de la profesión hacia los estudios de investigación y la evaluación. Estas perspectivas precedentes a la PBE y movimientos como el psicoanálisis, el trabajo social conductista y la práctica clínica empírica defendieron la idea de que los trabajadores sociales debían escoger entre sus intervenciones aquellas que estuvieran avaladas por la investigación. En el marco del trabajo social clínico, se recomendaron los estudios de casos para evaluar los resultados a nivel de trabajo individual o familiar. Sin embargo, estos estudios plantean problemas ya sea de implementación (Gibbs, 2003), de validez (Drisko, 2011) o porque el método no ha sido adoptado a gran escala por parte de los trabajadores sociales, demasiado ocupados para conducir este tipo de estudios (Thyer, 2009).

El proceso de práctica basada en la evidencia viene a desplegar un procedimiento eficaz para trasladar los resultados de la investigación a la práctica directa con clientes, validando o no estos resultados mediante su aplicación a casos reales, incorporando las habilidades del clínico y los valores y expectativas del cliente concreto. Es importante destacar esto último, ya que se tiende a considerar que hay que dar una mayor relevancia a la investigación científica, de lo que se deriva un reduccionismo en el concepto de PBE que incluye inicialmente a los propios usuarios como verdaderos destinatarios del procedimiento.

"Situando los beneficios para el cliente primero, los ejercientes en la práctica basada en la evidencia adoptan un proceso de aprendizaje continuo que implica la permanente formulación de preguntas específicas e importantes en la práctica directa con los clientes, buscando de manera objetiva y eficiente la mejor evidencia disponible y adoptando acciones apropiadas guiadas por la evidencia."

(Gibbs, 2003)

Es importante pues que consideremos que:

- se trata de un proceso,
- mediante el cual incorporamos los resultados de la mejor y más actual investigación y

- lo incorporamos al caso real atendiendo a las expectativas y preferencias de nuestros pacientes en las instituciones sanitarias donde estemos ejerciendo como trabajadores sociales sanitarios,
- todo ello tamizado por nuestra experiencia y pericia profesional.

Modelo para la práctica basada en la evidencia (PBE)



Fuente: Sackett, Strauss y Richardson, 1997

Algunos de los pasos operacionales a seguir para desarrollar el proceso fueron definidos por el equipo de la Universidad de McMaster, Canadá (Sackett y otros, 1997):

- Estar motivado para adoptar la práctica basada en la evidencia.
- Convertir nuestra necesidad de información sobre las causas de un problema en una pregunta con posibilidad de respuesta.
- Buscar la mejor evidencia posible para responder a nuestra pregunta.
- Valorar y evaluar críticamente los hallazgos encontrados.
- Integrar la valoración crítica con nuestra experiencia y con los valores y circunstancias de nuestro cliente.
- Evaluar la efectividad y la eficacia de la intervención adoptada.

## 2.1. Estar motivado para adoptar la práctica basada en la evidencia

El primer estímulo que nos impulsa a adoptar este procedimiento tiene que ver con nuestra conciencia ética, que nos obliga a no causar daño a nuestros usuarios como producto de nuestras intervenciones. Todo ello guarda estrecha relación con los principios profesionales recogidos en el *Código de deontología del trabajo social*.

Por otro lado, Gibbs señala que abrazar este proceso como guía para ayudar a los clientes nos permitirá percatarnos enseguida de que la práctica basada en la evidencia se opone al pensamiento confuso, subyugado por las falacias que han venido sustentándolo.

Y este hallazgo se produce, según Gibbs, porque encontraremos los beneficios de dos maneras:

Si estamos precavidos ante la ocurrencia de determinadas falacias del pensamiento, evitaremos más fácilmente incurrir en ellas. Por ejemplo, cuando quieres introducir una buena práctica en tu equipo y esto genera el rechazo de los demás, objetando que "siempre se ha hecho así". Este es el típico argumento de quien apela a la tradición. Otro ejemplo, cuando argumentas con otro profesional que tal actividad comunitaria no fomenta el empoderamiento de los usuarios, pero tal actividad es apoyada por otros miembros, lo que induce a considerar al primero su validez. En este caso se trata de la falacia de apelar a los números, que otorgan validez al argumento solamente porque es sostenido por un determinado número de personas.

Reparar en estos patrones ayudará por sí mismo a incrementar la motivación, ya que la práctica basada en la evidencia contribuye a modificar nuestros propios patrones de pensamiento guiándonos hacia juicios más prudentes. La prudencia, justamente, debería ser tomada en consideración siempre en nuestra práctica.

Desconfía de aquellos profesionales que se aventuran a hacer juicios prematuros sobre las personas a las que atienden; también, de aquellos que siempre están seguros de todo y nunca dudan de sus intervenciones, lo cual indefectiblemente les lleva a cometer errores.

Estos señalamientos nos conducen al "razonamiento científico".

"El razonamiento científico es un proceso sistemático, lógico y basado en datos para establecer cuestiones y para responder a través de un proceso de observación y experimentación."

Sin embargo, no parece existir una correlación entre el conocimiento de métodos de investigación y la habilidad para razonar crítica y analíticamente sobre la práctica. Supuestamente, si una persona ha sido instruida en técnicas

de investigación, conducirá sus juicios y decisiones en su vida laboral de una manera razonada. Podemos suponer que no se dejará llevar por sus emociones o no se dejará engañar por un solo ejemplo de un caso.

Para demostrar esta hipótesis, Gibbs y sus colaboradores (1995) llevaron a cabo un estudio realizado a estudiantes de psicología y trabajo social de cuatro universidades. Todos ellos estudiaban métodos de investigación.

El experimento consistió en mostrarles un vídeo sobre un nuevo programa de prevención de la delincuencia directa. En este se expusieron ejemplos de casos brillantes, apelaciones a la emoción, al estatus y otras falacias. Los efectos visuales muy llamativos contribuían a sostener que dicho programa contribuía a prevenir la delincuencia. Un 45% de los encuestados afirmó que derivaría a sus usuarios a ese programa basándose en su contenido. El resultado fue que no se encontró una asociación significativamente estadística entre el conocimiento de metodología para la investigación y la capacidad para pensar de manera crítica. Todo ello refleja la dificultad para transferir el aprendizaje de los métodos de investigación a la vez que enseñar a realizar juicios y decisiones sobre la práctica.

Este autor advierte sobre la ocurrencia de estas falacias cuando realizamos juicios y tomamos decisiones que afectan a las personas que son atendidas por los profesionales de ayuda en general, no solo trabajadores sociales (Gibbs, 2003):

### **1) Apelar a los números**

El error consiste en sostener que si mucha gente cree algo, entonces esta creencia debe responder exactamente a la verdad. Por ello, antes de subirse al carro de la mayoría, es necesario examinar los fundamentos de la evidencia para aceptar o rechazar algo.

### **2) La mera citación, citar sin evidencia, solo citar**

Se considera que si una idea está documentada por una fuente en un artículo, libro u otra publicación, tal idea es verdadera. Ignora que la mera citación debe atenderse también a la credibilidad de la evidencia que la fuente cita. Por ejemplo: incurrimos en esta falacia al dar por válidas las conclusiones de un estudio cuando leemos un artículo sin ni siquiera considerar la metodología de dicho estudio.

### **3) Apelar al estatus /autoridad/prestigio**

Se trata de una falacia clásica. Si una idea es expresada por alguien de alto estatus, entonces lo que dice tiene que ser cierto, aunque la autoridad no haga referencia alguna a estudios que soporten o refuten su pretensión. El fundamento de esta falacia es intimidar al contrario. Las personas de alto estatus están también obligadas a seguir las mismas reglas de evidencia como cual-

quiera. Comprender esto nos reportará el beneficio de no sentirnos tentados de aceptar de manera acrítica los dictados de ningún líder carismático o gurú de la profesión. Para evitar ser víctima de esta falacia, es necesario decidir no dar crédito al estatus sino revisar la evidencia y evaluarla.

#### **4) Apelar a la experiencia/ a la experiencia personal/ a la experiencia previa**

Sostener la práctica de un método o procedimiento en base a la experiencia personal directa por encima de la evidencia de la investigación. Se suele decir "esto lo sé por experiencia". Tal precepto puede ser cierto pero sin datos ni verificación, ¿cómo podemos saberlo?, ¿cómo podremos extrapolar esta experiencia a otros casos en otros contextos? Apelar a la experiencia es elevarla al nivel de la mejor evidencia sin tener en cuenta la existencia de una jerarquía (luego se detallará esta jerarquía en otro apartado).

#### **5) Cuestiones vagas, no bien formuladas, no específicas o no bien construidas**

Se refiere a que se formulan preguntas con tal imprecisión que no pueden ser contestadas. Si hacemos preguntas vagas, obtendremos respuestas inútiles. Si aprendemos a formular bien las preguntas, podremos, por ejemplo, hacer búsquedas electrónicas más apropiadas. O cuando estamos diseñando un estudio, es fundamental estructurar bien la pregunta a la hora de establecer una hipótesis.

#### **6) Adjetivos cuantitativos vagos, términos vagos, adjetivos vagos, términos sin sentido**

Se refiere al uso de adjetivos que implican la probabilidad de un evento pero enunciados en términos tan generales que no comunican ningún sentido. Por ejemplo: algo, generalmente, más probable, probable, ciertamente. Otro ejemplo en el registro de un caso: lo más probable es que Ana se adaptará a estar en una residencia y probablemente no querrá marcharse. Esta falacia ha sido comprobada empíricamente. Para evitarla, es mejor hablar en términos de porcentaje. Por ejemplo: el 32% de los delincuentes juveniles que salieron de los centros de menores en la pasada década retornaron a ellos al cabo de un año de su salida.

#### **7) Apelar a la tradición**

Mediante esta falacia un procedimiento nuevo no debe ser implementado si se opone a los procedimientos que ya están establecidos. Aquellos que suscriben esta falacia dirán "siempre lo hemos hecho así".

## 2.2. Convertir nuestra necesidad de información sobre las causas de un problema en una pregunta con posibilidad de respuesta

La necesidad de información suele estar asociada comúnmente con el vacío de conocimientos y con la toma de decisiones en la práctica. Las lagunas pueden estar relacionadas con la valoración, la prevención, el riesgo o la aplicación de un tratamiento o el uso de un recurso específico. Una cuestión clave en el proceso de PBE es que las preguntas deben estar bien estructuradas, de tal manera que sirvan mejor al propósito de búsqueda de datos relevantes. Ello se traduce en la obtención de respuestas específicas que nos guíen hacia la toma de decisiones, economizando el tiempo de búsqueda y procurando una mayor probabilidad de localizar hallazgos considerables de tal manera que se aminoren las posibilidades de ofrecer métodos no efectivos a los clientes (Gambrill y Gibbs, 2009).

Preguntas bien estructuradas incluyen las matrices "quién", "qué", "cuándo", "dónde", "cómo" y "por qué".

### Ejemplos

Ejemplos de ello pueden ser: ¿Qué tratamiento es más efectivo para aliviar los síntomas del estrés postraumático? ¿Qué recurso es más adecuado para el respiro familiar de los cuidadores de enfermos de alzheimer? ¿Cuáles son las causas del trastorno por acumulación? ¿Cuál es el coste de ofertar un servicio comparado con otro?

Debemos tener en cuenta que convencionalmente el inglés es la lengua más comúnmente utilizada en el campo de las publicaciones científicas a nivel internacional. Hay otras lenguas prominentes en este ámbito, como el ruso. Es necesario cierto dominio de la lengua inglesa para poder desempeñarnos con habilidad en este ambiente, máxime cuando se trata de la formación especializada de una disciplina. Pero el conocimiento de otras lenguas puede ayudarnos también a localizar estudios igualmente relevantes ya que no toda la investigación se publica en inglés.

En trabajo social sanitario debéis familiarizaros con los siguientes términos relativos al lenguaje clínico para poder realizar las búsquedas:

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

### Tipos de preguntas

#### 1) *Effectiveness* (efectividad)

Cuando se desea comprender el éxito de una intervención particular con un cliente o usuario, o un grupo de ellos, con un problema concreto. O buscar la intervención o el recurso social más efectivo en una determinada enfermedad o en un estadio concreto de la misma.

## 2) *Prevention* (prevención)

Cuando se busca prevenir la posibilidad de que se produzca la ocurrencia de un resultado.

Por ejemplo, que una situación familiar se agrave si no se realiza una determinada intervención psicosocial.

## 3) *Assessment* (valoración)

Cuando se pretende realizar un cribado o identificar determinadas características en nuestro cliente (las fortalezas o los riesgos).

## 4) *Description* (descriptivas)

Cuando nos planteamos cuáles pueden ser las necesidades del cliente o cómo podrían ser satisfechas.

## 5) *Risk* (riesgo)

Cuando te propones conocer la posibilidad de que el cliente experimente un resultado particular, dadas sus características.

La cuestión clave del procedimiento es efectuar una adecuada formulación de la pregunta sobre la que vamos a basar nuestra búsqueda. Para ello, es necesario estructurar esta tarea previamente para poder tener éxito en el acceso a la información que necesitamos.

La pregunta debe ser enunciada de manera clara, evitando ambigüedades o que sea demasiado general. En última instancia podemos subdividir la pregunta general, a la que es difícil encontrar una respuesta, en varias específicas.

La pregunta debe tener los siguientes componentes:

- Problema que presenta y población o característica del grupo de pacientes. Se puede añadir edad y sexo. Por ejemplo: mujeres embarazadas.
- Qué intervención deseamos estudiar. Por ejemplo: trabajo social de caso o *casework*.

- Qué alternativas nos vamos a plantear. Por ejemplo: no darle ningún tipo de atención.
- Resultados (*outcomes*) que queremos conseguir. Por ejemplo: un mejor cuidado prenatal.

La pregunta que formularíamos sería:

Si las mujeres embarazadas con una relación no estable reciben un servicio intensivo de trabajo social individual, o no reciben tal servicio, ¿darán las primeras una mejor atención prenatal a sus bebés?

Otro ejemplo:

En personas mayores que viven en el entorno con limitaciones en su autonomía, si recibe un servicio de comida a domicilio o no lo reciben, ¿tendrán las primeras mejor salud física?

La estructura básica de las preguntas sería la siguiente:

Tipo de pregunta	Problema y tipo de usuario	¿Qué quieres hacer?	¿Qué alternativas te planteas?	¿Qué resultado quieres conseguir?
<b>Efectividad</b>	¿Si a personas mayores desorientadas que viven en una residencia?	Se le proporciona una terapia de orientación sobre la realidad.	O una terapia de validación.	¿Con cuál estará más orientado en tiempo, lugar y persona?
<b>Prevención</b>	¿Si a los estudiantes de bachillerato sexualmente activos?	Se le expone un programa educativo sobre las consecuencias del embarazo adolescente.	O la lectura de material sobre el uso correcto de anticonceptivos.	¿Cuál de ellos disminuirá los embarazos adolescentes durante el año escolar?
<b>Valoración</b>	¿Si mayores en residencias que pudieran estar afectados por una depresión o una demencia)?	Le administramos una escala de detección de la depresión.	O la escala mini mental.	¿Qué escala será más válida para discriminar entre la demencia o la depresión?
<b>Descriptiva</b>	¿Si los familiares de pacientes que han sufrido un ictus se integran en un grupo de mutua ayuda?	Se les pasa una entrevista estructurada sobre satisfacción.		¿En qué áreas habrá una menor y una mayor satisfacción?
<b>Riesgo</b>	¿Si a mujeres maltratadas que llaman a un teléfono de ayuda?	Se les administra una escala de detección del riesgo.	O un dictamen práctico basado en una escala previa.	¿Tendrá la escala una mayor predictibilidad del riesgo?

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

Esta estructura no es inflexible, sino que nos aporta un esquema de partida.



## Estrategia de búsqueda

Debemos adecuar la pregunta al lenguaje de la base de datos a la que vamos a acceder para recuperar unos resultados a partir de cuya valoración iremos introduciendo las modificaciones necesarias, de tal manera que mejoraremos su especificidad y su sensibilidad. Repetiremos este proceso tantas veces como sea necesario para obtener el resultado más acertado posible. Es preciso refinar la búsqueda de tal manera que no nos dejemos nada fuera, pero sin recuperar resultados que supongan un exceso de referencias inútiles que implique un arduo trabajo de cribado posterior.

Para facilitar esta tarea disponemos de una serie de herramientas que hará la tarea más fácil:

1) **Los descriptores:** Se trata de un vocabulario de términos que describe con precisión el contenido de cada referencia indexada en una base de datos (Duque y otros, 2010). Se trata de palabras clave. Cuando se relacionan entre sí en forma de árbol reciben el nombre de tesoro.

Los descriptores más conocidos son los MeSH<sup>1</sup> desarrollados por la National Library of Medicine para Medline. Se organiza en unas veinte grandes categorías temáticas que se van subdividiendo una y otra vez en subcategorías, en las que los descriptores se ordenan jerárquicamente desde el más general hasta el más específico. Los artículos incluidos en Medline se indexan siempre utilizando el tesoro MeSH, lo que permite eliminar problemas de sinonimia (Duque y otros, 2010).

<sup>(1)</sup> Acrónimo de *Medical Subject Heading*.

### Ejemplo de descriptores

Por ejemplo, para maltrato infantil (*child abuse*) podemos encontrar Battered Child Syndrome; Child Abuse, Sexual; Munchausen Syndrome by Proxy.

Cada base de datos puede desarrollar un tesoro propio aunque muchas de ellas adoptan los MeSH, lo que facilita la tarea de consulta en distintas bases de datos.

2) **Los operadores:** Son palabras que nos sirven para relacionar términos. Los más conocidos y los más comunes en cualquier base de datos son los booleanos AND, OR y en menor medida NOT. Sin embargo, existen otros cuya posibilidad de utilización dependerá de la base de datos a la que estemos accediendo.

- El operador AND es el que realiza la función de intersección, por lo que, si lo utilizamos para relacionar dos términos, obtendremos exclusivamente aquellos registros que contengan ambos términos.

Por ejemplo, si quisiéramos recuperar documentos que hablasen a la vez de aspirina y paracetamol, deberíamos utilizar la expresión: aspirina AND paracetamol.

- El operador **OR** es el que realiza la función de suma. Si lo utilizamos para relacionar dos términos obtendremos todos los registros que contengan uno de los dos o ambos a la vez. Para recuperar documentos que contengan el término *aspirina*, o el término *paracetamol*, o ambos a la vez, deberíamos utilizar la expresión: aspirina OR paracetamol.
- El operador **NOT** es el de exclusión. Se utiliza cuando queremos excluir un subconjunto de referencias que cumplan una o más condiciones. Si utilizáramos la expresión aspirina NOT paracetamol, recuperaríamos aquellas referencias que contengan exclusivamente el término *aspirina* y excluiríamos aquellos que contuvieran el término *paracetamol* en solitario o simultáneamente con aspirina.

Disponemos también de otros operadores que permiten relacionar términos según la distancia a la que se encuentren y que se denominan **operadores de proximidad**. Estos operadores son muy variables dependiendo de la base de datos que estemos utilizando, por lo que es recomendable acudir a los archivos de ayuda para conocer cuáles podemos usar y cómo, ya que el efecto que tienen puede ser bastante diferente.

#### **Ejemplos de operadores de proximidad**

Algunos ejemplos son:

- **NEAR**: Indica que los términos buscados estarán simplemente próximos entre sí, sin que importe el orden.
- **NEXT**: Los términos deberán estar el uno junto al otro, aunque el orden es indiferente. Es más flexible y permite que los términos estén juntos o a una distancia de un número máximo de palabras que es variable según la base de datos de la que se trate.
- **ADJ**: Permite graduar el grado de cercanía de los términos añadiendo un número que indica el número máximo de palabras que puede haber entre ellos.

**3) Los truncamientos:** Son símbolos que permiten buscar términos con la misma raíz y diferente terminación. El más frecuentemente utilizado es el asterisco (\*). Sin embargo, existen otros, como el símbolo de dólar \$, utilizado por la plataforma Ovid, que además permite usar cifras para indicar el número máximo de letras que puede haber tras la raíz de la palabra.

#### **Ejemplo de truncamientos**

Neurol\* > neurology, neurological, neurologist

Neurol\$ > neurology

4) **Los comodines o *wild cards***: Son símbolos que sirven para representar cualquier letra.

#: Sustituye a cualquier letra

#### **Ejemplo de comodines usando**

Wom#n woman, women

?: En la posición que ocupa este símbolo puede ir cualquier letra o ninguna. Es especialmente útil para palabras cuya grafía depende del lugar de procedencia, como es el caso de términos en inglés que se escriben diferente en la variante anglosajona y la americana.

#### **Ejemplo de comodines usando el "?"**

Isch?emia > ischemia, ischaemia

Las bases de datos también nos permiten, habitualmente, realizar búsquedas en campos específicos. Los más comunes son los de autor, título, *abstracts*, revista. O bien aplicar límites, siendo la fecha de publicación el más habitual, aunque existen muchos otros, como tipos de estudio, edad, tipo de publicación, idioma, etc.

Cuando realizamos una búsqueda en una base de datos, se pueden dar diferentes situaciones. Por un lado, puede ocurrir que recuperemos pocas referencias, todas muy relevantes. Esto quiere decir que hemos realizado una búsqueda muy específica y que es bastante probable que nos hayamos dejado fuera otras referencias de importancia. Cuando se da esta circunstancia, decimos que se ha producido un silencio documental.

Para solucionarlo, disponemos de varias opciones:

- Revisar que hemos escrito los términos en el idioma apropiado de la base de datos y que están bien escritos. En los artículos es más frecuente de lo que podríamos pensar que aparezcan palabras mal escritas, por lo que incluso una palabra más escrita puede recuperar algún resultado.
- Intentar identificar otros términos, sinónimos de los utilizados, que puedan combinarse con OR.
- Buscar términos en el tesoro más genéricos que los utilizados.

La situación opuesta ocurre cuando, acompañando a las referencias relevantes, recuperamos asimismo muchas referencias irrelevantes, pues hemos realizado una búsqueda demasiado genérica. En este caso se ha producido ruido documental. También es posible aplicar distintas estrategias para revertir esta situación:

- Tratar de identificar algún descriptor adicional relevante que se pueda combinar con AND.
- Identificar elementos combinados con AND que podría hacerse mediante un operador de proximidad.
- Buscar términos en el tesoro más específicos que los utilizados.
- Restringir la búsqueda a un campo concreto.
- Utilizar límites.
- Utilizar filtros de búsqueda, de los que hablaremos a continuación.

Lo ideal es intentar conseguir una situación de equilibrio entre las dos descritas, sin embargo, dependiendo del tipo de búsqueda que estemos realizando, nos interesa más tender hacia una de las dos situaciones. Por ejemplo, si una trabajadora social sanitaria quiere contestar rápidamente a una cuestión respecto a un cliente, necesita realizar una búsqueda rápida y precisa, recuperando pocas referencias y muy relevantes, por lo que le interesa inclinarse más hacia una situación de silencio documental. Por otro lado, si lo que estamos realizando es una revisión sistemática, en la que pretendemos intentar recuperar todo lo publicado sobre un tema sin dejarnos fuera nada relevante, necesitamos realizar una búsqueda más amplia, por lo que la tendencia será hacia el ruido documental.

### Sesgos y limitaciones

Cuando realizamos una revisión sistemática, una de las limitaciones que siempre está presente es la imposibilidad de recuperar toda la información que existe, puesto que no toda la investigación que se realiza termina siendo publicada. Entre la que sí se publica, no toda se publica en revistas, sino en libros, tesis, informes. Toda esta literatura no siempre está recogida en las principales bases de datos, por lo que la recuperación de su totalidad puede resultar muy compleja. Aun estando indexada en dichas bases de datos, no es fácil de discriminar entre los millones de referencias que suelen contener, y dependerá mucho de la habilidad del investigador para diseñar una buena estrategia de búsqueda.

Existen otras dificultades que pueden introducir sesgos en los resultados de nuestras búsquedas:

- Sesgo de publicación: Se suelen publicar aquellos estudios que han obtenido resultados positivos y no aquellos que han obtenido resultados negativos.
- Idioma de la publicación: Las limitaciones del investigador a la hora de poder leer en idiomas distintos al castellano y al inglés y por tanto, la exclusión de estudios potencialmente relevantes en otras lenguas.
- Cobertura geográfica de las bases de datos utilizadas: Por ejemplo, la base de datos Medline indexa principalmente revistas norteamericanas, mientras que Embase presta mayor atención a las europeas. Para diseñar una búsqueda para una revisión sistemática, deberíamos respetar ciertos principios:
  - Diseño sensible: Intentar encontrar tantos estudios como sea posible.
  - Minimizar los sesgos: No limitarnos a una única base de datos o a las más conocidas.
  - Ser eficiente: Comenzar a buscar por donde esperemos encontrar más resultados. Esto cobra aún mayor importancia cuando existen limitaciones de tiempo para realizar la revisión.

Cuando realizamos una búsqueda para una revisión sistemática, es muy importante documentar todos los pasos que vamos dando. Esto nos permitirá no repetir trabajo que ya hemos hecho, sobre todo si están participando varias personas, ser transparentes en cuanto a la forma de buscar la información y recuperarla, convirtiéndolo en un proceso reproducible por cualquier investigador.

Una forma cómoda y ordenada de hacerlo es mediante una tabla, en la que, al menos, debería recogerse la siguiente información:

- Base de datos bibliográfica en la que hemos buscado.
- Proveedor a través del cual accedemos a la base de datos. Recordemos que existen algunas, como Medline, a las que es posible acceder a través de diferentes proveedores, como Ovid, Ebsco, la Web o Knowledge (WoK), y que ello condiciona el diseño de nuestra estrategia de búsqueda.
- Periodo buscado: Si hemos realizado alguna acotación por fecha y la fecha de actualización de la base de datos, ya que algunas se actualizan a diario, otras semanalmente o mensualmente.
- Estrategia de búsqueda utilizada.
- Número de documentos recuperados.

### 2.3. Buscar la mejor evidencia posible para responder a nuestra pregunta

Algunas disciplinas han desarrollado bases de datos propias, como son:

1) **Swab, *social work abstracts database***, resúmenes (*abstracts*) en trabajo social. Esta base de datos ha sido creada por la National Association of Social Workers, Inc. Contiene unos 35.000 resúmenes de artículos, disertaciones y otros materiales sobre el trabajo social y de las revistas cuya temática gira en torno a esta disciplina. Los tesauros no están disponibles *on line*, pero es posible encontrar un índice de descriptores. Figuran resúmenes de artículos publicados a partir de 1977. Para acceder a esta base de datos, es necesario abonar una suscripción.

2) **Social Services Abstracts**. Proporciona una cobertura bibliográfica de la investigación más reciente centrada en el trabajo social, los servicios sociales y sus áreas relacionadas como el bienestar social, la política social y desarrollo comunitario.

3) **Medline**, es la mayor base de datos en medicina actualmente existente. Abarca más de 4.600 revistas y la indexación de más de 15 millones de citas desde 1951 hasta la actualidad. El acceso es gratuito.

4) **CINAHL**, provee el acceso a revistas de enfermería y profesiones afines en inglés.

5) **Eric**, contiene resúmenes sobre investigación en pedagogía y otras ramas de la educación.

6) **PsycINFO**, psicología. Contiene citas y resúmenes de artículos de revistas, capítulos de libros, libros, e informes técnicos, así como las citas de tesis doctorales, todo en el campo de la psicología y aspectos psicológicos de las disciplinas relacionadas, como la medicina, psiquiatría, enfermería, sociología, etc.

7) **Social Sciences Citation Index**. En esta base de datos están indexadas 1.725 revistas, que comprenden 50 disciplinas. Hace especial énfasis en la investigación erudita en el campo social y conductual y otros afines.

Hay que considerar que los buscadores y las bases de datos disponibles no son de uso exclusivo de ninguna disciplina ya que, más bien, la PBE se presenta con una vocación de interdisciplinariedad. Esto es debido a que los problemas a los que hay que dar respuesta son complejos y abordables desde los diferentes puntos de vista que aportan los diversos campos del conocimiento. En el caso del trabajo social, por ejemplo, se ha verificado que un 15% de la información disponible en la Cochrane es de interés y utilidad para los trabajadores sociales. Se puede consultar en esta base de datos cuando en la práctica profesional se planteen dudas. Por otro lado, un trabajador social sanitario debe

ampliar sus miras de conocimiento hacia otras disciplinas. Por ejemplo: conocer las enfermedades, los tratamientos, etc. No hay que olvidar que el trabajo social es el resultado de la integración de varias disciplinas. Una perspectiva enfocada hacia la heterogeneidad y la complejidad está en la propia esencia de la profesión. Esta comprensión de la naturaleza holística del funcionamiento humano es única en la práctica del trabajo social y opuesta a la mayoría de las profesiones de ayuda, las cuales tienden a adoptar una perspectiva más centrada en lo individual.

Algunas publicaciones están específicamente dedicadas a la divulgación de estudios científicos para trabajadores sociales, tales como:

- *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.*

En España tenemos la revista *Portularia*, editada por la Universidad de Huelva.

Si bien en el pasado el problema planteado era la dificultad para acceder a la información y valorarla, en el presente la cuestión es saber discriminar la calidad de la evidencia científica ante la enorme cantidad de datos que pueden ser obtenidos en la red. El desarrollo de la PBE vino a poner de manifiesto que no toda la información proporcionada por la evidencia puede ser considerada igualmente válida por contener buena parte de los estudios errores metodológicos, sesgos, márgenes de error e incluso por ser susceptible de suministrar conclusiones con escaso fundamento científico. Debido a ello, se ha establecido la denominada "jerarquía de la evidencia" teniendo en cuenta la tipología del estudio ligada a su capacidad para predecir el grado de eficacia de una valoración o intervención específica. Por consenso más menos fijado en la comunidad científica, se han establecido los siguientes niveles (Primo, 2003) con el objetivo de minimizar los sesgos:

- Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
- Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.
- Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos.
- Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad,

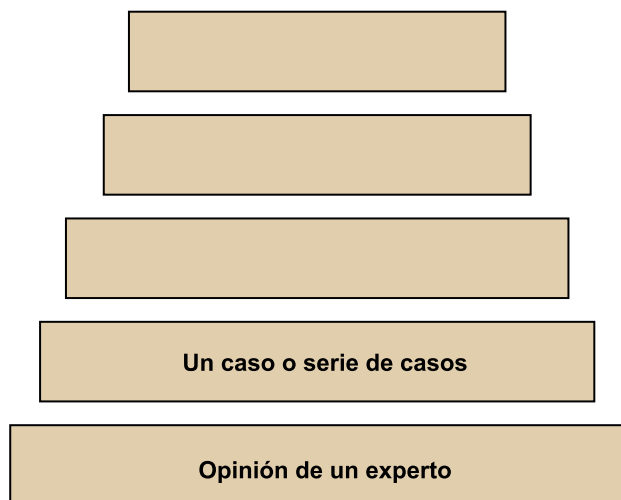
con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

- Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar, y una moderada probabilidad de que la relación sea causal.
- Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.
- Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos).
- Opiniones de expertos.

En esta clasificación de la evidencia se otorga una mayor relevancia a los resultados derivados del metaanálisis y a las revisiones sistemáticas de estudios primarios de investigación.

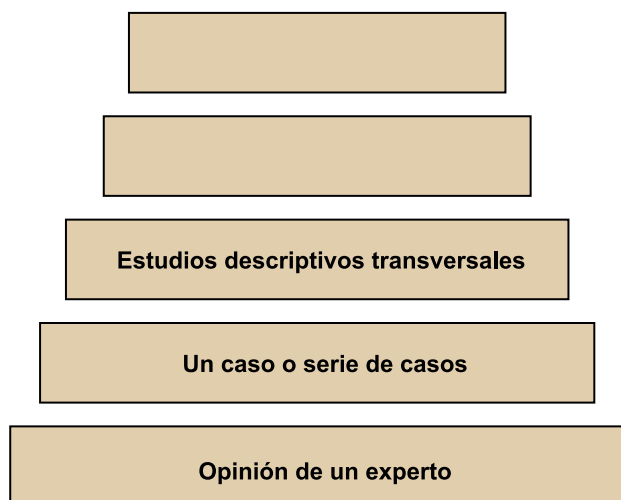
Vamos a explicar más detalladamente los tipos de estudios y su posición dentro de la jerarquía de la evidencia.

En la base de la jerarquía se encuentra la opinión de los expertos.



Se trata de pruebas basadas en la opinión de un experto o comité de expertos o las anécdotas contadas en los congresos basadas en un único caso. Se considera que la fuerza de la evidencia es pobre. Ascendiendo, nos encontramos con la serie de casos. Por encima, se sitúan los estudios descriptivos transversales.

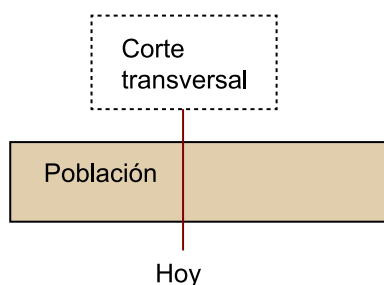




Los estudios transversales son aquellos diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo. Pueden ser:

1) **Descriptivos:** Simplemente describen la frecuencia de una exposición(es) o resultado(s) en una población definida.

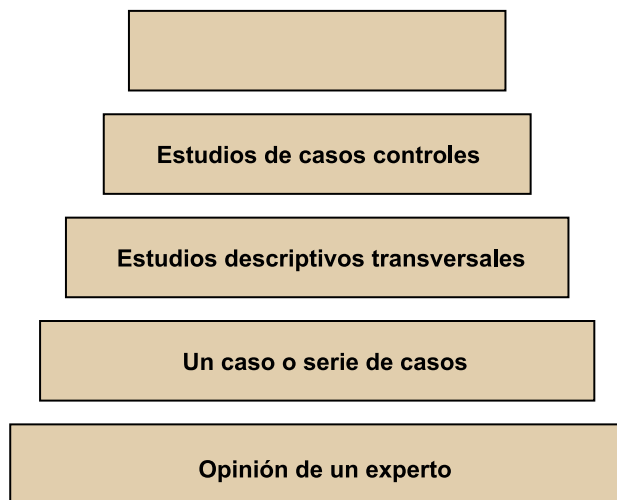
Por ejemplo: Prevalencia de la enfermedad de alzheimer en la población mayor de 65 años, en la zona básica de salud urbana en el mes de mayo del 2013.



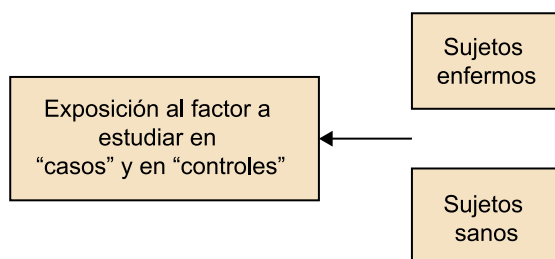
2) **Analíticos:** Se recolectan simultáneamente el resultado de interés y potenciales factores de riesgo en una población definida. Luego se compara la prevalencia del resultado en aquellas personas expuestas a cada factor de riesgo con la prevalencia en aquellos no expuestos.

Por ejemplo: en el estudio anterior recopilamos, asimismo, datos sobre la prevalencia de otras enfermedades asociadas a este tipo de demencia, consumo de fármacos, hábitos de vida previos al diagnóstico de la enfermedad, etc.

Los estudios de casos controles se sitúan con menor probabilidad de sesgos que el tipo de estudio anteriormente descrito.

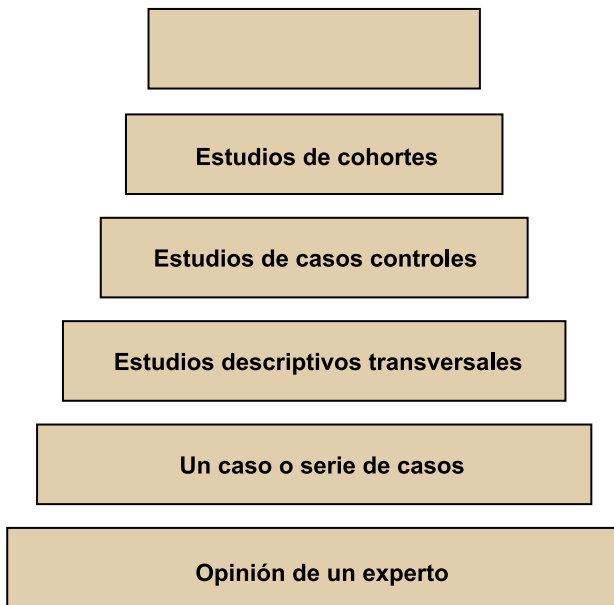


El estudio de caso y control se caracteriza por tratarse de un estudio observacional, analítico, en el que los sujetos son seleccionados en función de que tengan (casos) o no tengan (control) una determinada enfermedad, o en general, un determinado efecto. Una vez seleccionados los individuos en cada grupo, se investiga si estuvieron expuestos o no a una característica de interés y se compara la proporción de expuestos en el grupo de casos frente a la del grupo de control.



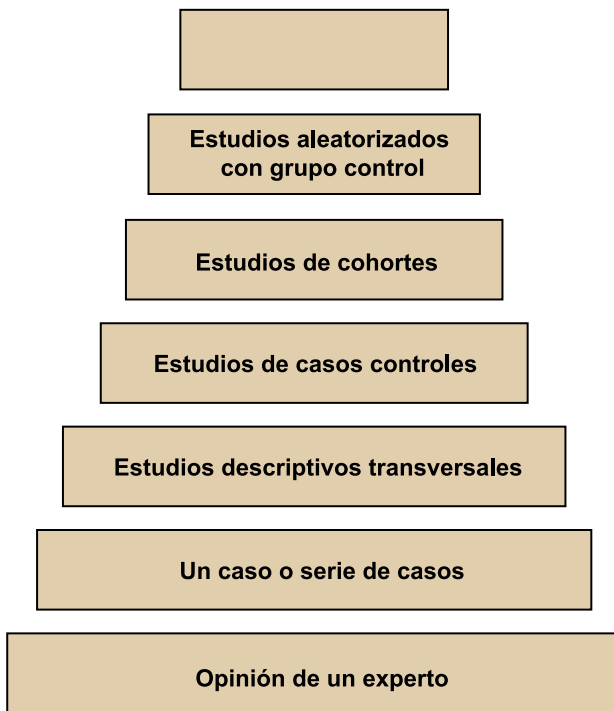
Las ventajas de este tipo de estudios estriban en la rapidez de su implementación, sus costes asumibles y su utilidad en la investigación de enfermedades raras y exposiciones comunes o en latencias largas. Sin embargo, pueden introducirse sesgos en la selección de los controles.

Ascendiendo en la clasificación jerárquica de la evidencia, encontramos los estudios de cohortes.



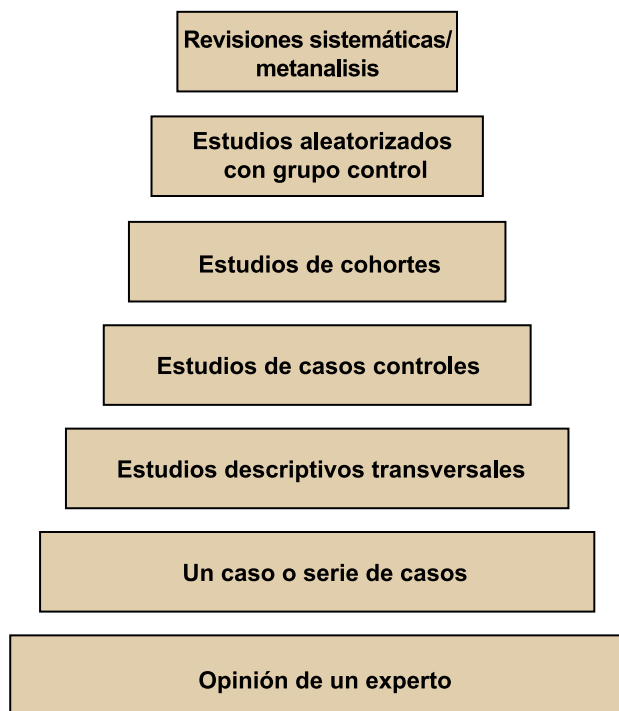
Los estudios de cohorte consisten en el seguimiento de una o más cohortes de individuos sanos que presenta diferentes grados de exposición a un factor de riesgo, en quienes se mide la aparición de la enfermedad o condición en estudio. Los estudios de cohorte tienen un diseño o formato fundamental. Se trata del seguimiento de individuos caracterizados por estar libres del daño en estudio al inicio de la observación. En estos individuos se observa, a medida que pasa el tiempo, la aparición de casos de enfermedad según posean o no estos un atributo (variable independiente o exposición) que se cree asociado al desenlace en estudio.

En un lugar más alto, encontramos los estudios aleatorizados con grupo control.



Se trata de un experimento o estudio en el que el investigador ‘manipula’ uno o más factores de estudio (por ejemplo, deciden qué tratamiento, con qué pauta y durante cuánto tiempo lo recibirán los sujetos de cada uno de los grupos de estudio) con objeto de valorar posteriormente los efectos producidos (o respuesta, resultado, variable dependiente) basándose en un plan preestablecido. Su objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de cualquier intervención, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora, y es el diseño que proporciona la evidencia de mayor calidad acerca de la relación causal entre una intervención y el efecto observado. Podemos considerarlos como el patrón oro de los estudios, ya que el riesgo de sesgos es bajo. Se trata de estudios más complejos con un coste elevado.

Finalmente, en la cúspide de la pirámide de la jerarquía se sitúan las revisiones sistemáticas/metaanálisis.



El metaanálisis es un método de investigación que se ha aplicado en diversos campos del conocimiento y se define como el proceso de combinar los resultados de diversos estudios relacionados, con el propósito de llegar a una conclusión. En esencia, es una revisión bibliográfica, pero relaciona sistemáticamente y cuantifica gran cantidad de resultados, ofreciendo conclusiones cuantitativas y cualitativas sobre el aspecto estudiado. Se trata de un intento de resolver contradicciones entre los resultados de diferentes investigaciones que evalúan la eficacia de una intervención terapéutica sobre un determinado tipo de paciente, y en muchos casos permite utilizar de modo eficiente la información proveniente de varios estudios (Céspedes, 1995).

En esta jerarquía no se incluyen los estudios cualitativos. Más adelante veremos que esta es una de las críticas que se hace a la jerarquía de la evidencia y el cuestionamiento de su aplicabilidad a las ciencias sociales.

También se han diseñado varios sistemas para clasificar la calidad de la evidencia en aspectos concretos. El United States Preventive Services Task Force ha planteado la siguiente escala según el tipo de diseño para la evidencia, con relación a la eficacia de los tratamientos o cribados (tabla 2):

Tabla 2. Jerarquía de los estudios por el tipo de diseño según US Preventive Task Force

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado en forma apropiada.
II- 1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II- 2	Estudios de cohorte o caso control bien diseñado, preferentemente multicéntricos.

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
II- 3	Múltiples series comparadas en el tiempo con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

Otra clasificación es la del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford (CEBM), que evalúa las intervenciones terapéuticas, preventivas y las ligadas al diagnóstico, pronóstico, factores de riesgo y evaluación (tabla 3).

Tabla 3. Niveles de evidencia según el CEBM

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistémica de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica (todos o ninguno).
2a	Revisión sistémica de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudios de cohorte o ensayo clínico de baja calidad.
2c	<i>Outcomes research</i> , estudios ecológicos.
3a	Revisión sistémica de estudio caso control con homogeneidad.
3b	Estudio caso-control.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, <i>bench research</i> o <i>first principles</i> .

La **Cochrane Collaboration** y la **Campbell Collaboration** ofrecen en sus respectivas webs las mejores fuentes de localización de revisiones sistemáticas, lo cual permite un considerable ahorro de tiempo a los clínicos en lo relativo a la disposición de evidencia científicamente relevante.

La biblioteca electrónica Cochrane, fundada en 1993, es una red internacional de carácter multidisciplinar constituida por más de 28.000 personas ubicadas en 100 países diferentes, con el objetivo, entre otros, de proporcionar información actualizada sobre medicina basada en la evidencia, incluyendo la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas.

La Campbell Collaboration (C2) es una organización similar a la Cochrane, fundada en el 2000, y su propósito es ayudar a tomar decisiones bien informadas mediante la preparación, mantenimiento y difusión de las revisiones sistemáticas de los campos de la educación, la criminología, la justicia y el

bienestar social Dentro de la organización se creó, en honor de Leonard E. Gibbs (1943-2008), el premio a la mejor revisión sistemática en el ámbito del bienestar social.

A la hora de realizar las búsquedas, hay que tener en cuenta esta jerarquía, ya que ahorraremos tiempo a la hora de localizar resultados con menor probabilidad de contener sesgos. Empezaremos pues por las revisiones sistemáticas y los metaanálisis. Después iremos bajando hasta los estudios individuales si es necesario.

Comenzaremos realizando la búsqueda según el criterio recomendado por la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Columbia, Nueva York (EE. UU.).

Vamos a plasmar la jerarquía del procedimiento siguiendo la regla de esta institución académica:



Abrimos la búsqueda en: **La biblioteca Cochrane**

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

### 1) Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)

- Constituye el patrón oro de las revisiones sistemáticas por su gran calidad.
- Los textos completos se encuentran en la biblioteca Cochrane.
- La CDSR incluye revisiones completas y protocolos (revisiones que están aún en proceso de elaboración).

- Los resúmenes de las revisiones sistemáticas de la Cochrane se pueden encontrar en PubMed, pero no hay enlace al texto completo.

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

- Creado por la Universidad de York (Inglaterra).
- Funciona como un complemento de la CDSR, ya que se trata de comentarios sobre evaluaciones de calidad sobre asuntos para los que aún no existe una revisión Cochrane.
- Se trata de evaluaciones breves de revisiones publicadas previamente sobre los efectos de las intervenciones en salud.
- Se trata de una organización de resúmenes no de textos completos.
- DARE no está indexada en PubMed.
- Los textos originales pueden encontrarse en la web de la Universidad de York: <http://www.york.ac.uk/search/>

La siguiente opción: **La Campbell Collaboration (C2)**.

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

## 3) La Campbell Collaboration(C2)

- Resúmenes y folletos electrónicos de las revisiones y de los informes de los ensayos sobre las intervenciones sociales, conductuales y educativas.
- Incluye:
  - Registros de ensayos controlados aleatorios: C2-SPECTR y C2-PROT.
  - Registros de C2 Revisiones sistemáticas de intervenciones y de evaluaciones de política social (C2-RIPE).

En esta base de datos también se pueden encontrar revisiones de calidad:

**OVID.**

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

## 4) OVID



- Combina los recursos de varias fuentes fiables de medicina basadas en la evidencia, para constituirse como una única base de datos para realizar búsquedas (incluye DARE y Cochrane).
- Se puede acceder fácilmente a estas bases de datos desde el puesto de trabajo en la organización sanitaria, entrando en la biblioteca virtual de cualquier servicio autonómico de salud.

Otra revisiones sistemáticas: **PubMed MEDLINE**.

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

## 5) PubMed MEDLINE

- Identifica revisiones sistemáticas y estudios similares publicados en revistas biomédicas incluidas en su base de datos.
- Identifica las revisiones sistemáticas existentes en el área biomédica. Reúne una colección más grande que otros recursos de la práctica basada en la evidencia.
- Suministra los resúmenes por autor y revista.

En un nivel intermedio de la jerarquía de las búsquedas, encontramos los resúmenes o guías de evidencia: **AHRQ National Guideline Clearinghouse**.

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

## 6) AHRQ National Guideline Clearinghouse

- Son resúmenes (*abstracts*) de las guías y de su desarrollo.
- Contiene enlaces a los textos completos, si están disponibles.
- Comprende una base de datos sobre bibliografía comentada. Se pueden buscar citas de otras publicaciones y recursos sobre guías, incluyendo metodología para el desarrollo de las guías, su estructura, evaluación e implementación.

**BMJ Clinical Evidence**.

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

## 7) BMJ Clinical Evidence

- Es un compendio de evidencia sobre los efectos de las intervenciones clínicas.
- Ofrece un resumen sobre el estado actual de conocimiento sobre un tema, incluyendo lo que se conoce y se desconoce sobre el mismo sobre la base de la búsqueda.
- Establece la categoría de las intervenciones como beneficiosas, probablemente beneficiosas, ningún beneficio conocido, perjudiciales.

Otras fuentes:

**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>

Ensayos clínicos aleatorios, casos control, estudios control: **PubMed.**

<http://pubmed.gov/>

## 8) PubMed

- Están filtrados por publicación y el tipo de estudio, no por la calidad.
- Utiliza estrategias de búsqueda preconfiguradas para recuperar las citas basadas en la investigación sobre temas clínicos en las áreas de terapia, diagnóstico, etiología o diagnóstico.
- Utiliza límites en los criterios de búsqueda por tipo de publicación específica (por ejemplo, metaanálisis, ensayo controlado aleatorio, revisión).

**Cochrane Library.**

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

**Cochrane Central Register of Controlled Trials Register (CENTRAL).**

Otras fuentes:

**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>

Críticas de investigación clínica, revisiones de estudios relevantes sobre cuidados sanitarios:

**ACP Journal Club.**

<http://www.acpjc.org>

## 9) ACP Journal Club

- Creado por el Colegio Americano de Médicos y la Sociedad Americana de Medicina Interna (ACP-ASIM).
- El foco está puesto en la medicina interna.
- Los resúmenes (*abstracts*) de los artículos de las revistas seleccionadas de acuerdo con criterios explícitos de las principales revistas médicas revisadas por pares.

**POEMS (Patient Oriented Evidence that Matters).**

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

## 10) POEMS

- Resúmenes estructurados por los editores de la revista *Journal of Family Practice*.
- Evidencia centrada en el paciente.

Otras revisiones de la literatura:

**Natural Medicines Comprehensive Database.**

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

### 11) Natural Medicines Comprehensive Database

- Base de datos específica sobre información basada en la evidencia.
- Información sobre hierbas medicinales y suplementos dietéticos utilizados en el mundo occidental.
- Evalúa la evidencia disponible y verifica la calidad de la fuente.

Series de casos, informes de casos, guías de práctica clínica:

**PubMed.**

<http://pubmed.gov/>

**National Guideline Clearinghouse.**

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

### 12) National Guideline Clearinghouse

- Ofrece una lista completa de guías de práctica clínica basadas en la evidencia y documentos relacionados.

Textos clínicos de referencia:

**Care Provider Toolkit.**

[http://healthlinks.washington.edu/care\\_provider](http://healthlinks.washington.edu/care_provider)

### 2.3.1. Casos prácticos

#### **1) ¿Cuales son los síntomas emocionales más frecuentes entre los cuidadores familiares de personas con demencia?**

*Pregunta descriptiva*

Búsqueda en:

MEDLINE, CINAHL, ERIC, PsycINFO y SWAB.

Se desearon algunos estudios por ser de tipo experimental y otros por contener sesgos.

Resultados:

1) Estudio exploratorio /Entrevistas/Escala de depresión y duelo (Walker y Pomeroy, 1996): el duelo anticipatorio es la reacción emocional más frecuente (más que la depresión).

2) Estudio sobre factores asociados al duelo (Rudd, Viney y Preston, 1999). Escalas cualitativas. Los sentimientos más comunes son la ansiedad, la tristeza y culpa si la persona está en una residencia, y rabia si es cuidada en casa.

Conclusión: Los cuidadores experimentan un sentimiento de pérdida incluso si la persona aún está viviendo con ellos.

El periodo de tiempo necesario para realizar una búsqueda electrónica se ha cifrado entre 7 minutos y 6 segundos (1983) y 5 minutos y 5 segundos (Gibbs, 1991).

#### **2) ¿Cuál es el tratamiento conductual más efectivo para reducir los niveles de ansiedad o confusión en personas con demencia severa que viven en residencias?**

*Pregunta sobre efectividad*

Se encontraron 3 metaanálisis sobre la reminiscencia, la validación y la terapia de orientación de la realidad.

Resultados sobre las 2 primeras:

- Cochrane (1 y 2 estudios) no encontró significación estadística sobre la efectividad de estos tratamientos. Resultados sobre la terapia de orientación de la realidad (OR).
- Cochrane 6 ensayos aleatorios. Hay alguna evidencia de su efectividad, tanto en la cognición como en la conducta. No está claro si sus beneficios se extienden mucho más allá del tratamiento, pero parece que un tratamiento continuado es necesario para sustentar sus potenciales beneficios (Spector, Davies y Woods, 2000).

Hay que recordar que la evidencia sobre un tema está vigente hasta que no se formulan nuevas investigaciones que amplían o refutan sus predicamentos, o bien hasta que se llena un vacío en el conocimiento que se tenía sobre dicho tema.

La evidencia o "las pruebas" pueden venir determinadas en protocolos o guías de práctica. Su ventaja radica en que la información ha sido recopilada, sintetizada y evaluada por un grupo de expertos, lo que supone un ahorro de tiempo para los profesionales. Deben ser revisadas periódicamente, ya que pueden quedar fácilmente desfasadas por la misma dinámica de la generación de conocimiento científico. Veamos un ejemplo de esta recopilación para un protocolo.

Tabla 4. Grado de recomendación de las terapias no farmacológicas según criterios de medicina basada en la evidencia

Grado de recomendación	Persona enferma	Cuidador/a familiar	Cuidador/a profesional
A		Intervención multicomponente.	
B	Estimulación cognitiva. Entrenamiento AVD. Musicoterapia. I. conductual. Ejercicio físico. Masaje y tacto.	Educ. entrenamiento. Asesoramiento y gestión de casos.	Educación general. Prevención sujeciones.
C	Ayudas externas. Reminiscencia. Validación. Apoyo y psicoterapia. Terapia de luz. Terapia con animales. Arteterapia. Terapia creativa.	Apoyo al cuidador. Cuidado de respiro.	

Fuente: Manual de actuación en la enfermedad de alzheimer y otras demencias del Servicio Canario de Salud (2011). (Reproducida con permiso de Rubén Muñiz).

En el siguiente enlace se podrá acceder a la **Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud**: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=16ecadf11a1b5e3e87e7b970e142>

## 2.4. Valorar y evaluar críticamente los hallazgos encontrados

La valoración crítica de los datos aportados por la evidencia incluye tener en cuenta la validez, el impacto y la aplicabilidad de los resultados.

La **validez** se refiere al rigor de un estudio, es decir, hasta qué punto el modo en que ha sido diseñado y realizado nos permite estar razonablemente convencidos de que sus resultados reflejan el verdadero efecto de la intervención. Otra forma de expresarlo es hasta qué punto los resultados están libres de sesgos. De hecho, existen datos empíricos que muestran cómo los errores en el diseño y en la ejecución de los estudios producen un sesgo en sus resultados.

Con relación al **impacto**, la interpretación de los resultados de un estudio no debe basarse únicamente en la existencia o no de significación estadística. La precisión de los resultados indicada a través de los intervalos de confianza, o la valoración de la importancia y de la magnitud de los resultados para los pacientes, son componentes esenciales de la lectura crítica.

En cuanto a la **aplicabilidad**, se trata de la medida en que los resultados del estudio se pueden extrapolar a los clientes objeto de la intervención. Esto implica preguntarse hasta qué punto los pacientes estudiados y las intervenciones que se van a comparar se parecen a nuestros pacientes y a las terapias de las que se dispone. Si las diferencias entre los pacientes del estudio y los nuestros son importantes (por ejemplo, porque son pacientes de mayor riesgo, o en estadios más avanzados, o el medio es hospitalario, etc.) los resultados pueden no ser directamente aplicables. Lo mismo puede ocurrir con las intervenciones (Etxeberria y otros, 2007).

Finalmente, puede ocurrir que la búsqueda de evidencia no siempre conduzca a la obtención de datos, que se puede traducir en una constatación de lagunas en el conocimiento científico o bien en la inexistencia de evidencia a favor o en contra de un determinado tratamiento, lo cual puede sugerir la necesidad de realizar más estudios en un campo concreto.

## **2.5. Integrar la valoración crítica con nuestra experiencia y con los valores y circunstancias de nuestro cliente**

La integración de nuestras habilidades en PBE con los valores y circunstancias de nuestros clientes implica, según Thyer (2004), la descripción de las opciones de tratamiento que somos capaces de proveer a estos últimos. Si el cliente ha mostrado una determinada preferencia en el tratamiento o recurso a implementar sin que la valoración crítica de la evidencia revele efectos a favor de este enfoque, es una falta de ética no informar al cliente de las alternativas existentes.

## **2.6. Evaluar la efectividad y la eficacia de la intervención adoptada**

Una vez adquiridas las habilidades para emprender los pasos anteriores, el clínico ganará tiempo cuando se le presenten casos sucesivos en la práctica asistencial. A la vez, será necesario evaluar la capacidad para saber enunciar preguntas bien estructuradas y para la lectura, comprensión y evaluación de los resultados de estudios publicados.

### **3. La práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario**

El continuo crecimiento del gasto plantea un reto a los sistemas sanitarios del mundo occidental ya que pone en peligro su sostenimiento. Debido a ello, la eficacia y la efectividad de las intervenciones clínicas se han colocado en el centro del debate de gestores, expertos y profesionales de los servicios sanitarios a lo largo de las últimas décadas. Teniendo en cuenta estos criterios, los servicios de trabajo social sanitario en los diferentes dispositivos asistenciales suelen ser cuestionados habitualmente. Así, constatamos que esta especialidad del trabajo social está obligada a revelar la existencia de pruebas que avalen sus intervenciones en el ámbito sanitario.

Los clientes del trabajo social sanitario deben tener la garantía de poder recibir tratamientos, e intervenciones en general, basados en la efectividad científicamente contrastada, al igual que los que les son suministrados por parte de otros clínicos integrantes de los equipos asistenciales.

Los servicios que se ofertan por parte de los trabajadores sociales son elegidos a menudo en base a criterios, como el consenso, la popularidad o la disponibilidad de tales servicios. Ello puede implicar que se deriven clientes hacia recursos cuya efectividad desconocemos o que incluso puedan ser contraproducentes; por el contrario, los dispositivos que ofertan programas efectivos pueden permanecer infrautilizados o sin usar (Gambrill, 2006). Basándose en los principios anteriormente mencionados, una derivación intensiva puede contribuir igualmente a la proliferación de servicios de dudosa efectividad o el uso a destiempo. Por ejemplo, cuando se ofertan servicios para la atención residencial de manera sistemática en fases tempranas de determinadas enfermedades crónicas y degenerativas ante una deficiencia de los dispositivos de apoyo en domicilio.

De ello se derivan asimismo implicaciones éticas que tienen que ver con la operatividad del principio de la beneficencia, con la necesidad de evitar el daño y el consentimiento informado respetando la autonomía y el derecho a la autodeterminación de los clientes (Gambrill, 2006).

El procedimiento establecido en la PBE viene a posibilitar el cierre de la brecha existente entre la investigación y la práctica para maximizar las oportunidades de ayudar a los clientes. La PBE no es una panacea ni dice a los trabajadores sociales sanitarios lo que deben hacer o no con sus clientes. No elabora guías de práctica clínica ni protocolos específicos para tratar los problemas psicosociales de los pacientes según la patología que presentan. Describe un nuevo formato de formación profesional fundado en el aprendizaje, basado en un problema mediante el cual se ayuda a los profesionales a vincular problemas



éticos con la evidencia y su aplicación. La PBE es un proceso sistemático por el cual el trabajador social sanitario busca información para ayudarse a tomar decisiones en torno a la elección de un método o escala de valoración, sobre la intervención, sobre la valoración del riesgo o sobre la prevención; para lo cual deberá formular preguntas adecuadas y susceptibles de poder tener una respuesta. Además, el proceso le guiará en la localización y evaluación crítica de los datos encontrados.

Cuando el trabajador social sanitario debe iniciar la búsqueda de un recurso adecuado ante un caso de sobrecarga de un cuidador familiar, puede encontrar en la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas que la evidencia existente en el presente indica que no existe evidencia ni a favor ni en contra del uso de un centro de día como una prescripción para proporcionar el respiro familiar. La base de datos citada puede revelar, en otro caso, la efectividad del seguimiento domiciliario por parte de profesionales de diferentes disciplinas, incluyendo el trabajo social, como medida para prevenir la morbilidad y la mortalidad en personas mayores (Burton y otros, 2006).

La adhesión a la PBE requiere formación específica en metodología para la búsqueda de información en las fuentes disponibles –en su mayor parte en lengua inglesa– en métodos de investigación y en evaluación de los mismos. El adiestramiento en la formulación de preguntas que tengan que ver con el bienestar de los clientes es una cuestión central en el proceso. Finalmente, es fundamental poder disponer de acceso a las fuentes de datos bibliográficas en formato electrónico en el propio centro de trabajo.

Si bien diversos autores cuestionan la posibilidad de que la práctica basada en la evidencia pueda ser adaptada a todos los contextos donde se desempeñan los trabajadores sociales, el ámbito sanitario sería uno de los más favorables, teniendo en cuenta las características de este entorno y lo específico de las intervenciones de los profesionales en un escenario donde se plasma un alto grado de desarrollo científico y tecnológico. De ello puede deducirse una mayor exigencia hacia los trabajadores sociales a desarrollar una notable capacidad de dominio del lenguaje positivista.

Otros beneficios que comporta la práctica basada en la evidencia al trabajo social sanitario en un contexto de intervención multidisciplinar serían:

- Incrementa las oportunidades de que el equipo pueda realizar mejores razonamientos y tomar decisiones basadas en la mejor evidencia posible.
- Se incrementan las posibilidades de que los deseos de los clientes sean incorporados a la toma de decisiones.
- Aumentará la probabilidad de que el cliente sea ayudado y no dañado por el tratamiento.

A nivel general supone el establecimiento de una nueva manera de relacionarse dentro de los organismos y entre los profesionales que integran los equipos sanitarios, por encima de la adhesión ciega a la autoridad y a la tradición. Este cambio puede acarrear malestar si bien puede minimizarse volviendo a los fundamentos y principios básicos de la ética profesional en trabajo social.

## 4. Consideraciones sobre la práctica basada en la evidencia en el trabajo social

La integración de este procedimiento en el ámbito del trabajo social si bien ha generado un amplio entusiasmo en importantes sectores, dada su aplicabilidad tanto a la práctica como a la gestión, la política social y la enseñanza de la profesión, no ha quedado al margen del surgimiento de airadas controversias al igual que otras ideas que han pretendido innovar en el conocimiento.

Entre los argumentos a favor de este procedimiento, señala Gambrill y Gibbs (2002) los siguientes:

- Evita las prácticas y políticas basadas en la autoridad.
- Promueve la ética en el trabajo social a través del consentimiento informado, el uso de servicios efectivos, distribuyendo servicios escasos con sabiduría, implicando a los clientes en el proceso y efectuando la toma de decisiones de manera individualizada y personalizada.
- Favorece la transparencia y la honestidad.
- Maximiza el flujo del conocimiento e información acerca de las lagunas en dicho conocimiento.
- Impulsa la adopción de un enfoque sistemático de integración de la práctica, la ética y la evidencia.

Los detractores de la PBE, por el contrario, desde fundamentos epistemológicos (Webbs, 2001) ponen en duda la posible aplicación de sus principios al ignorar esta los complejos procesos de elección y deliberación ante los problemas que deben afrontar los trabajadores sociales. Para Webbs, la PBE subrayaría el triunfo del positivismo en la disciplina, por encima de otros paradigmas que han sido históricamente relevantes, introduciendo un mecanicismo en la práctica del trabajador social. Poniendo el énfasis en que el ser humano en interacción con el entorno es un objeto de intervención notablemente complejo, dada la concurrencia de factores económicos, culturales, políticos y sociales, Tinder (2001, en Morago, 2004) apunta que es más factible predecir los efectos de un fármaco en un organismo que una intervención de trabajo social.

Otra de las críticas hacia la PBE está relacionada con el establecimiento de la jerarquía en la evidencia, lo cual otorga primacía a los ensayos clínicos aleatorios en contraposición a los métodos de investigación cualitativos habituales en las ciencias sociales (Webbs, 2001). Un contraargumento a este cuestionamiento indica que estos ensayos son importantes a la hora de evaluar la efec-

tividad y asuntos relacionados con la prevención, mientras que otro tipo de estudios resultan más idóneos para la valoración, la evaluación del riesgo o cuestiones más descriptivas (Gambrill y Gibbs, 2002).

## Resumen

La práctica del trabajo social basado en la evidencia es aún un método en construcción que debe afrontar algunos desafíos en aspectos clave. Para Mullen y Shlonsky (2004), los cuidados en salud tienen un carácter multidisciplinar, lo que implica que las diversas perspectivas de conocimiento deben ser tenidas en consideración. En atención a esta idea, los conceptos de una única comprensión de lo que es evidencia y una visión restringida de la misma no son sostenibles. La evidencia puede ser variable en función del ámbito desde donde se estudie, siendo más abundante en el campo de la salud mental. Para estos autores, la PBE en trabajo social tiene dos grandes retos a asumir, como es, en primer lugar, la adopción efectiva de este procedimiento en las agencias sociales y, en segundo, la enseñanza de esta metodología.

La necesidad de gestionar el conocimiento en trabajo social de una manera completamente diferente a como se ha venido manejando en el pasado representa un gran desafío. La práctica basada en la evidencia es un método innovador, lo que implica un cambio en la manera en que los trabajadores sociales sanitarios obtenemos información para ayudar a nuestros usuarios. Como toda innovación puede generar resistencias, muchos profesionales no están aún habituados al acceso de bases de datos. Otras disciplinas sanitarias ya han adoptado este procedimiento y utilizan la tecnología para obtener información. Los trabajadores sociales también debemos adaptarnos a este cambio, lo que se traducirá en una mejora del estatus de la profesión.

La propuesta planteada en la PBE pretende reparar las fisuras entre la generación de conocimiento derivado de la investigación, la política social y la práctica de la profesión, en aras de salvaguardar los derechos de los clientes de los servicios sanitarios otorgando una mayor garantía a nuestras intervenciones.

"El mundo está lleno de falsas terapias y reclamos exagerados, y la mejor protección contra los charlatanes y embaucadores será la propia capacidad para valorar la evidencia que apoya a los tratamientos efectivos."

(Thyer, 2004)



## Bibliografía

**Abreu, M. C.** (2011). "Práctica basada en la evidencia en trabajo social sanitario". *Agathos* (núm. 3, pág. 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, pág. 65-74).

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

**Burton, J. y otros** (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.** (julio-set., 1995). "El metaanálisis". *Revista Cubana de medicina militar "Dr. Luís Díaz Soto"*.

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

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

**Etxeberria, A. y otros** (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, pág. 341-50).

**Gambrill, E.; Gibbs, L. A.** (2002). "Evidence-based practice: counterarguments to objections". *Research on Social Work Practice* (núm. 12, pág. 452). Sage Publications. En: <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, pág. 338).

**Gambrill, E.; Gibbs, L. A.** (2009). "Developing well- structured questions for evidence-informed practice". *Social Workers' Desk Reference* (2.ª ed., pág. 1120-126). 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, pág. 45-56).

**Gibbs, L. E.** (1991). *Scientific reasoning for social Workers: bridging the gap between research and practice*. Nueva 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* (2.ª ed., pág. 168-73). Oxford University Press.

**Morago, P.** (2004). "Práctica basada en la evidencia: de la Medicina al Trabajo Social". *Cuadernos de Trabajo Social* (vol. 17, pág. 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, pág. 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. Disponible en: [www.columbia.edu/cu/musher/Mullen](http://www.columbia.edu/cu/musher/Mullen)

**Mullen, E. y otros** (2005). "From concept to implementation: challenges facing evidence-based social work". *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* (vol. 1, núm. 1, pág. 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)". En: Albert

R. Roberts; Kenneth R. Yeager (ed.). *Foundations of evidence based social work practice*. Nueva 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, pág. 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, pág. 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* (2.ª ed.). Nueva York: Churchill Livingstone.

**Thyer, B. A.** (2004). "What is evidence-based practice?". *Brief Treatment and Crisis Intervention* (vol. 4, núm. 2, pág. 167-76). Oxford University Press.

**Thyer, B. A.** (2009). "Evidence-based practice, science and social work. An overview". *Social Workers' Desk Reference* (2.ª ed., pág. 1115-1119). Oxford University Press.

**Turner, J. F.** (2011). "Social work treatment: interlocking theoretical approaches". *Oxford University Press* (5.ª ed., pág. 3-13).

**Webbs, S. A.** (2001). "Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work". *British Journal of Social Work* (núm. 31, pág. 57-79).