

Barreras percibidas por los psicólogos profesionales españoles para una Práctica Basada en la Evidencia

Laura Badenes-Ribera y Amparo Bonilla Campos
Universitat de València (España)

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) exige a los profesionales de la psicología que puedan acceder, valorar e integrar la literatura científica junto con la experiencia clínica y los valores y preferencias de los pacientes. El objetivo principal de este manuscrito fue analizar las barreras percibidas por los profesionales de la psicología para implementar una PBE. La muestra estuvo formada por 77 participantes (68.8% hombres), con una edad media de 41.44 años ($DT=9.42$). Los resultados mostraron que las principales barreras percibidas para una PBE fueron la falta de tiempo la falta de habilidades para localizar la mejor evidencia científica disponible y el conocimiento limitado para valorar la calidad de un estudio. Estos resultados destacan la necesidad de formación en las habilidades de búsqueda y valoración crítica de los estudios científicos que exige la PBE.

Palabras clave: Práctica Basada en la Evidencia, barreras percibidas, educación estadística.

Barriers perceived by Spanish professional psychologists for an Evidence-Based Practice. The Evidence-Based Practice (EBP) required to practitioner psychologists to access, value, and integrate scientific literature along with clinical experience and patient values and preferences. The aim of this manuscript was to analyze the barriers perceived by Spanish practitioner psychologists to implement Evidence-Based Practice. The sample consisted of 77 participants (68.8% men), with a mean age of 41.44 years ($SD=9.42$). Results showed that the main perceived barriers to an EBP were lack of time, lack of ability to locate the best available scientific evidence, and limited knowledge to assess the quality of a study. These results highlight the need for training in research skills and critical assessment of the scientific studies required by the EBP.

Keywords: Evidence-Based Practice, barriers perceived, statistical education.

En los últimos años, las distintas ramas de las Ciencias de la Salud han impulsado la implementación de la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) como base de una atención de calidad (e.g., Babione, 2010; Daset y Cracco, 2013; Gómez-Conesa, 2010; Guerra, Bagura, y Girabent, 2012; Vera-Villaroel y Mustaca, 2006). La PBE se define como “la integración de la mejor evidencia disponible con la experiencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias del paciente” (American Psychological Association (APA), Presidencial Grupo de Trabajo sobre la Práctica Basada en la Evidencia, 2006, p. 273). Por lo tanto, la PBE se basa en la utilización de la investigación científica en la toma de decisiones en un esfuerzo por producir los mejores servicios posibles en la práctica clínica (APA, 2005; Babione, 2010; Boruch, Petrosino, y Rosa-Alcázar, 2002; Daset y Cracco, 2013; Kazdin, 2008; Sánchez-Meca, Vázquez y Nieto, 2003). El objetivo es facilitar el tratamiento psicológico concreto que sea más efectivo para el problema específico sometido a examen, de acuerdo con la experiencia disponible, destacando la experiencia del terapeuta, las características del paciente y el contexto clínico como variables que también contribuyen a la decisión de seleccionar el mejor tratamiento, aumentando con ello el éxito de la terapia (Babione, 2010; Cerezo, 2002; Daset y Cracco, 2013; Vázquez y Nieto, 2003). La aplicación más eficiente de las terapias supone no sólo mejorar la salud del paciente sino también reducir costos y favorecer un desarrollo más productivo del trabajo clínico. Por lo tanto, el psicólogo profesional debe ofrecer tratamientos que garanticen la validez de sus efectos, siendo de suma importancia la necesidad de formación continua, destacando la competencia de la lectura crítica y los conocimientos metodológicos básicos que dicha lectura implica (APA, 2005; 2010a). En particular, el enfoque de la PBE requiere de los profesionales de la salud nuevas competencias basadas en la búsqueda y localización de la mejor evidencia científica, la capacidad para evaluar y jerarquizar la calidad de las pruebas o evidencias halladas y la adaptación de las mejores evidencias científicas disponibles a cada problema concreto de salud (Beyth-Maron, Fidler, y Cumming, 2008; Guerra et al., 2012; Sánchez-Meca, Marín-Martínez, y López-López, 2011). En definitiva, la valoración o jerarquización de las pruebas requiere conocer los fundamentos de la metodología, los diseños de investigación y los análisis estadísticos dado que toda la información científica no tiene la misma calidad. Las actitudes de los profesionales de la salud en general y de los psicólogos profesionales en particular hacia la PBE, el grado de competencia percibida en las capacidades y habilidades que la PBE requiere pueden ser un precursor de la decisión de implementar o no una práctica profesional basada en la evidencia (e.g., Aarons, 2005; Aarons, MCDolnald, Sheehan, y Walrath-Greene, 2007; Nelson y Steele, 2007; Pagoto et al., 2007). Por ejemplo, Bennett et al., (2003) en una muestra de terapeutas ocupacionales australianos encontraron que la mayoría de los participantes mostró problemas de auto-eficacia respecto de las habilidades requeridas por la PBE (por ejemplo, búsqueda de la literatura a través de bases de datos

electrónicas, lectura crítica de las investigaciones, significación clínica de los hallazgos científicos) y como principales barreras para la incorporación del uso de una PBE describieron: la falta de tiempo y la falta de evidencia empírica. Nelson, Steele, y Mize (2006) en su estudio cualitativo sobre barreras percibidas hacia la PBE encontraron que los psicólogos compartían preocupaciones prácticas acerca de la implementación de la PBE como la falta de tiempo necesario para aprender estos nuevos enfoques. Por su parte, Pagoto et al., (2007) encontraron que los principales obstáculos percibidos hacia la PBE fueron la falta de formación (23%) y factores materiales o logísticos como el tiempo, coste y acceso a manuales (19%). En España, a nuestro conocimiento, no hay estudios sobre las barreras percibidas hacia la implementación de la PBE en psicólogos profesionales. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es cubrir esta laguna de conocimiento analizando cuáles son las principales barreras percibidas por los profesionales de la Psicología españoles que pueden dificultar la implementación de una práctica basada en la evidencia, al menos de forma exploratoria como un primer acercamiento a la percepción de la PBE entre los psicólogos españoles. Dado que la comprensión de los obstáculos hacia la PBE podría ayudar a su aplicación.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico. La muestra inicial estuvo formada por 113 psicólogos españoles. El 68.1% de los participantes tenía como rol principal el ejercicio profesional de la Psicología, el 28.3% el rol principal de psicólogo académico, el 0.9% de investigador y el 2.7% otro rol. Puesto que el objetivo del estudio era analizar las barreras percibidas hacia una Práctica profesional basada en la Evidencia, se eliminaron los sujetos cuyo rol principal no fuese el ejercicio profesional de la Psicología. La muestra final estuvo formada por 77 psicólogos clínicos, con una edad media de 41.44 años ($DT=9.42$), con un rango de edad de 25-64 años. El 68.8% de los participantes eran mujeres ($n=53$) y el 31.2% hombres ($n=24$). La media de años como miembro del Colegio Oficial de Psicólogos de España fue de 13.73 ($DT=9.30$), con un rango de 0 a 33 años como colegiado. El nivel medio de familiaridad con la PBE fue de 4.65 ($DT=2.18$), con un rango de 1 a 7. En cuanto al nivel educativo, el 27.3% de los participantes fue licenciado/graduado, el 10.4% postgraduado, el 36.4% magister y el 26% doctor. Por lo que hace al ámbito clínico donde trabajaban los participantes, el 38.96% lo hacía en el ámbito público (61.04% en el ámbito privado). Además, el 87% de los participantes manifestaron utilizar artículos científicos en su toma de decisiones en la práctica profesional.

Instrumentos

La encuesta *on-line* estaba compuesta por dos secciones. En primer lugar, la encuesta incluyó preguntas relacionadas con la información sobre: sexo, edad, nivel educativo, años de experiencia como psicólogo profesional, entorno clínico (público o privado), uso de artículos científicos para tomar decisiones en la práctica profesional (sí/no) y familiaridad con el movimiento EBP (se operacionalizó con un ítem con una escala de respuesta tipo Likert desde 1=completamente en desacuerdo a 7=totalmente de acuerdo).

En segundo lugar, la encuesta recogió información sobre un listado compuesto por 13 ítems referidos a posibles obstáculos a la implementación de la PBE en la práctica profesional. Los participantes debían responder si percibían como barrera a la PBE en su ejercicio profesional cada uno de los ítems (sí/no). Finalmente, la encuesta recoge otras cuestiones relacionadas con la PBE que no se analizan en este artículo, como actitudes hacia la PBE, fuentes de información en la toma de decisiones clínicas, etc.

Procedimiento

Se envió un correo electrónico a los colegios oficiales de psicólogos de España invitándoles a participar en la encuesta *on-line* sobre Práctica Profesional en el ámbito de la Psicología. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato a los participantes. Los datos se registraron mediante un sistema CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) en los meses de mayo-septiembre 2015. Se controló que no hubiera duplicidades en las respuestas. Se obtuvieron 113 encuestas correctamente cumplimentadas, de las cuales 77 fueron de psicólogos cuyo rol principal era el ejercicio profesional de la Psicología.

Análisis de datos

Se realizaron análisis de estadísticos descriptivos (frecuencias y porcentajes). Para el cálculo de los intervalos de confianza de los porcentajes se utilizaron los métodos “*score*” basado en los trabajos de Newcombe (2012). Además, se ejecutaron varios ANOVAs para analizar la existencia de diferencias entre los participantes en función del sexo y del nivel educativo en variables relevantes en el estudio (e.g., número de años como psicólogo, grado de familiaridad con la PBE). Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico IBM SPSS v.20 para Windows.

RESULTADOS

Barreras percibidas por los psicólogos profesionales españoles para una Práctica Basada en la Evidencia

Los análisis de ANOVA ejecutados indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en las puntuaciones medias para el número de años como psicólogo profesional ($F_{(1, 35.21)}=-1.91$, $p=.176$, $d=0.24$, 95% CI [-0.24, 0.73]) ni para el grado de familiaridad con el enfoque de la PBE ($F_{(1, 76)}=0.002$, $p=.963$, $d=0.95\%$ CI [-0.48, 0.48]). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en el grado de familiaridad con el enfoque de la PBE en función del nivel educativo de los participantes ($F_{(2, 76)}=2.16$, $p=.123$, $f=0,95\%$ CI [-0.53, 0.53]).

La tabla 1 presenta el porcentaje de participantes que perciben como barrera alguno de los 13 ítems. La principal barrera percibida fue la falta de tiempo (76.62%) seguida de la falta de incentivos para implementar el enfoque de la PBE (54.55%).

Tabla 1. Porcentaje de participantes que perciben como barreras a la implementación de la PBE los siguientes elementos

Ítems	n	%	IC 95%	
			Li	Ls
Falta de tiempo	59	76.62	66.05	84.67
Falta de incentivos	42	54.55	43.47	65.19
Falta de habilidades para localizar la evidencia científica	40	51.95	40.96	62.75
Conocimiento limitado para valorar la calidad de la evidencia científica	39	50.65	39.72	61.52
Estadística es difícil de entender	33	42.86	32.40	53.99
Falta de recursos	31	40.26	30.02	51.42
Conocimiento limitado para valorar las implicaciones clínicas de la evidencia	19	37.66	27.67	58.83
Uso de base de datos electrónicas	28	36.36	26.51	47.52
Demasiado costoso	21	27.27	18.58	38.12
Falta de recursos informáticos	19	24.68	16.40	35.35
Falta de autoridad en el centro de trabajo	17	22.08	14.27	32.54
Cultura del centro de trabajo	15	19.48	12.18	29.69
Falta de confianza	8	10.39	5.36	19.18

Nota: IC 95%=Intervalo de confianza al 95%. Li=límite inferior del Intervalo de confianza al 95%. Ls=Límite superior del intervalo de confianza al 95%

Respecto de las barreras relacionadas con las habilidades requeridas por la PBE, se observó que la mayoría de los participantes mencionó la falta de habilidad para localizar la evidencia científica como obstáculo a la PBE, más de un tercio percibió como barrera el uso de bases de datos electrónicas, y más de un 20% la falta de recursos informáticos.

Por otra parte y respecto de barreras relacionadas con cuestiones metodológicas de los estudios, la mayoría de los participantes percibieron como barrera a la PBE el conocimiento limitado para valorar la calidad de la evidencia científica, la dificultad para comprender la estadística, y el conocimiento limitado para valorar las implicaciones clínicas de la evidencia. Finalmente, los ítems que se percibieron en menor medida como barreras a la PBE fueron la falta de confianza, la cultura del centro y la falta de autoridad en el lugar de trabajo para implementar la PBE.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La PBE se basa en la utilización de la mejor evidencia científica disponible en la toma de decisiones en el ámbito profesional en un esfuerzo por producir los mejores servicios posibles en la práctica (APA, 2006). Para ello, la metodología de la PBE requiere de habilidades de búsqueda, localización y valoración crítica de la evidencia científica para seleccionar la mejor disponible y aplicarla al caso concreto (Sánchez-Meca et al., 2011).

En general, los resultados destacan la necesidad de formación en las habilidades de búsqueda, localización y valoración crítica de los estudios científicos que requiere la PBE (junto a otros factores materiales que pueden limitar la práctica profesional, como la falta de tiempo o de incentivos), al igual que estudios previos que analizaron estas cuestiones en psicólogos profesionales de otros países (e.g., Bennet et al., 2003; Nelson et al., 2006; Pagoto et al., 2007).

La principal barrera percibida hacia la PBE fue la falta de tiempo, lo cual, es lógico dada la elevada carga de trabajo de los psicólogos profesionales. Esta falta de tiempo hace inviable la búsqueda, localización, selección y valoración crítica de la evidencia empírica disponible (estudios primarios) sobre una determinada temática. En este punto, las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis (estudios secundarios) sobre un tema determinado, facilitan esta labor, puesto que son las mejores herramientas para sintetizar las evidencias científicas respecto a qué tratamientos, intervenciones o programas de prevención deberían aplicarse para un determinado problema psicológico (Botella y Sánchez-Meca, 2015; Perestelo-Pérez, 2013, Urra Medina y Barría Pailaquilén, 2010). Su objetivo es precisamente acumular de forma sistemática y objetiva el conocimiento sobre una determinada temática. En consecuencia, la lectura de este tipo estudios *“permite ahorrar tiempo a los profesionales y les ofrece una visión conjunta de lo que las evidencias científicas dicen sobre ese problema”* (Sánchez-Meca y Botella, 2010, p. 8).

Sin embargo, las revisiones sistemáticas y los estudios de meta-análisis también están sujetos a deficiencias y a sesgos en sus estimaciones (Borenstein, Hedges, Higgins, y Rothstein, 2009; Cumming, 2014; Kicinski, Springate, y Kontopantelis 2015),

por lo que es fundamental saber hacer una lectura crítica de los mismos, siendo capaz de depurar su calidad metodológica (Bauer, 2007; Botella y Sánchez-Meca, 2015; Sánchez-Meca et al., 2011; Spring, 2007).

La calidad metodológica hace referencia al grado en que un estudio se ha diseñado e implementado de una forma metodológicamente correcta, es decir, protegiéndose de las amenazas contra la validez interna y externa de los resultados (Botella y Sánchez-Meca, 2015). En consecuencia, la valoración crítica de la evidencia disponible requiere conocimientos sobre metodología (análisis de datos y diseño de investigación).

Una herramienta de utilidad para chequear la calidad metodológica de los estudios son las escalas y/o listados de comprobación (*checklists*). Las escalas están compuestas por ítems de verificación de cumplimiento referidos a aspectos específicos de la calidad metodológica, con una escala de respuesta tipo Likert, agregándose los valores asignados a estos ítems para alcanzar una única puntuación global que mide un constructo general de calidad (aunque se puede desagregar en varias subescalas). Por su parte, las listas de comprobación también son listas de ítems de verificación de cumplimiento, ya sea dicotómicas (Sí/No) o politómicas, pero sin sumar las puntuaciones de los ítems en una puntuación total.

Existen más de 100 instrumentos en la literatura para valorar la calidad metodológica de los estudios primarios (investigaciones originales), buena parte de los cuales se han desarrollado en la literatura médica (e.g., Jüni, Altman, y Egger, 2001; Moher et al., 2010; Moher, Jones y Lepage for the CONSORT Group, 2001). También existen escalas y/o listados de comprobación de la calidad metodológica para revisiones sistemáticas y estudios de meta-análisis, como por ejemplo el AMSTAR (Assessment of Multiple Systematic Review, Shea et al., 2007), el MOOSE (Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology, Stroup et al., 2000), el PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analysis, Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman y el grupo PRIMSA, 2009), el MARS (Meta-analysis Reporting Standards, APA, 2010b), el MECIR (Methodological Expectations of Cochrane Intervention Reviews, Chandler, Churchill, Higgins, Lasserson, y Tovey, 2013), y el PRISMA-NMA (PRISMA for Network Meta-Analyses, Hutton et al., 2015; Hutton, Catalá-López y Moher, 2016).

Por otra parte, nuestros resultados también destacan la necesidad de formación en la valoración de las implicaciones clínicas o prácticas de los estudios, dado que un alto porcentaje de los participantes manifestaron tener un conocimiento limitado sobre las implicaciones prácticas de los estudios (por ejemplo, la importancia práctica o aplicada del efecto de una intervención). A este respecto, no existen directrices bien establecidas en la literatura para valorar las implicaciones prácticas o clínicas de la evidencia científica (Fethney, 2010). La magnitud del tamaño del efecto se ha

interpretado como un índice de relevancia o importancia clínica (Kirk, 1996). En este sentido, cuanto más grande es el tamaño del efecto, más grande es la diferencia entre los grupos o relación entre las variables y por tanto más grande se ha considerado que es la importancia clínica de los resultados (Musselman, 2007). Cohen (1988) sugirió unas reglas generales para la interpretación de los valores de los estadísticos del tamaño de las diferencias de medias estandarizadas (pequeñas=0.20, medias=0.50 y grandes=0.80) y de las correlaciones (pequeñas=.10, medias=.30 y grandes=.50). Desde este punto de vista, por ejemplo, los investigadores podrían considerar una magnitud del efecto de $r=.40$ como clínicamente relevante, ya que este valor del tamaño del efecto podría representar un efecto moderado que podría ser de interés para la práctica clínica dentro de un contexto determinado.

Sin embargo, los índices del tamaño del efecto únicamente proporcionan información acerca de la magnitud, pero el efecto no siempre tiene importancia o relevancia clínica (Grissom y Kim, 2012; Kalinowski y Fidler, 2010; Kazdin, 2001, 2008). Por lo tanto, los índices del tamaño del efecto pueden ayudar a evaluar la significación clínica o práctica de los resultados, pero los juicios sobre la importancia de los resultados son en gran medida subjetivos (Aguinis et al., 2010; Kirk, 2001; Thompson, 2002). Por esta razón, el tamaño del efecto debe interpretarse en el contexto clínico del problema que se está estudiando y requiere por lo tanto del juicio del experto sobre la temática (Page, 2014; Schulz et al., 2002).

Una forma en la que se puede valorar la importancia clínica o práctica de los resultados es a través de lo que se conoce en la literatura como la “diferencia mínima clínicamente importante” (minimum clinically important difference, MCID). La MCID es un valor umbral para determinar la existencia de un cambio importante, de tal manera que cualquier cantidad de cambio mayor que el umbral MCID se considera que es significativa o importante (Copay, Subach, Glassman, Polly, y Schuler, 2007). Existen tres métodos para valorar la MCID: (1) enfoque basado en anclajes, (2) enfoque basado en la distribución y (3) enfoque basado en el panel de expertos (Fethney, 2010).

El enfoque basado en anclajes: utiliza un criterio externo para interpretar si una determinada magnitud de cambio es significativa o no. Para ello, se compara el cambio en una variable de interés con alguna otra variable medida considerada como el anclaje o criterio externo (Copay et al., 2007; Fethney, 2010; Turner et al., 2010). Entre ambas medidas, el resultado de la variable de interés y el resultado de la variable que actúa como anclaje, debe existir una relación o asociación (Fethney, 2010). El enfoque basado en la distribución de las puntuaciones observadas en una muestra relevante: consiste en comparar la magnitud de cambio observado (evaluado a través de las respuestas de los pacientes) con alguna medida de variabilidad, por ejemplo, la desviación típica (1/2 desviación típica), el error estándar de la medida, el tamaño del efecto o la diferencia mínima detectable (Copay et al., 2007; Jacobsen, Follette, y

Revenstorf, 1984; Musselman, 2007). Dentro de este enfoque, también estarían las comparaciones normativas, esto es, comparar los datos de los individuos tratados con los datos de individuos normativos (e.g., Kendall, Marrs-Garcia, Nath, y Sheldrick, 1999) para determinar si el cambio observado es clínicamente significativo. Como se observa, se trata de una aproximación puramente estadística (Baicus y Cariol, 2009; Turner et al., 2010).

Finalmente, el enfoque del panel de expertos: invita a los expertos en el campo a leer la literatura relevante y tratar de llegar a un consenso en cuanto a la valoración de la MCID.

En definitiva, la significación clínica de los resultados de un estudio debe ser determinada por el profesional dentro del contexto de su campo de especialización atendiendo al cambio producido en la sintomatología, en la calidad de vida, etc. Esta valoración de la significación clínica debe efectuarse con una evaluación multimétodo de la diferencia mínima clínicamente significativa, puesto que la literatura muestra que los diferentes métodos producen diferentes resultados y presentan limitaciones (Baicus y Cariol, 2009; Terwee, Roorda, Knol, De Boer, y De Vel, 2009; Turner et al., 2010). Por ejemplo, si se utiliza el tamaño del efecto como índice de significación clínica (método basado en la distribución) junto con un criterio externo (método basado en anclaje), el tamaño del efecto debería ser pequeño en pacientes que no informaron cambio alguno en el método basado en anclaje y, por el contrario, el tamaño del efecto debería ser grande en pacientes que informaron una gran mejora (Copay et al., 2007). Finalmente, la valoración de la significación clínica también debe tener en cuenta que la MCID realmente haya producido un cambio en la vida cotidiana de la persona (Kazdin, 1999, 2001).

La principal limitación de este estudio es que la muestra podría no ser representativa de los psicólogos profesionales españoles, dado el escaso número de participantes, por lo que puede afectar a la generalización de los resultados. Es decir, si las respuestas pueden ser generalizadas a la población de psicólogos profesionales españoles.

Los resultados de este estudio sugieren varias consideraciones para facilitar PBE entre los psicólogos profesionales. Las barreras detectadas en este trabajo para la implementación de la PBE deberían ser consideradas y abordadas por programas multifacéticos dirigidos a incrementar la PBE en la práctica profesional. En consecuencia, la elaboración de estrategias para reducir el tiempo necesario y coste económico para la implementación de la PBE deberían ser prioridades para la profesión. Además, se requieren programas de formación en las nuevas habilidades y/competencias que la PBE requiere a los psicólogos profesionales, tales como, la búsqueda, localización y selección de la mejor evidencia disponible. Los hallazgos de esta encuesta sobre las percepciones de los psicólogos profesionales sobre la PBE fueron similares a la de

investigaciones previas en Estados Unidos de América (Nelson et al., 2006; Pagoto et al., 2017) y Chile (Badenes-Ribera, 2017), lo que indica que hay problemas similares en estos países.

REFERENCIAS

- Aarons, G. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration on an organizational context and individual differences. *Child and Adolescent Clinics Psychiatric of North America*, *14*, 255-258. doi: 10.1016/j.chc.2004.04.008
- Aarons, G.A., MCDonald, E., Sheehan, A.K., y Walrath-Greene, C.M. (2007). Confirmatory factor analysis of the evidence-based practice attitude scale (EBPAS) in a geographically diverse sample of community mental health providers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *34*, 465-469. doi: 10.1007/s10488-007-0127-x
- Aguinis, H., Werner, S., Abbott, J., Angert, C., Park, J.H., y Kohlhausen, D. (2010). Customer-Centric Science: Reporting significant research results with rigor, relevance, and practical impact in mind. *Organizational Research Methods*, *13*, 515-539. doi: 10.1177/1094428109333339
- American Psychological Association (2005). *Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology: APA Presidential Task Force on evidence-based practice. *American Psychologist*, *61*, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychological Association (2010a). *Ethical Principle of Psychologist and Code of Conduct*. Washington, DC: Author
- American Psychological Association (2010b). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Babione, J.M. (2010). Evidence-Based Practice in Psychology: An ethical framework for graduate education, clinical training, and maintaining professional competence. *Ethics & Behavior*, *20*, 443-453. doi: 10.1080/10508422.2010.521446
- Badenes-Ribera, L. (Junio, 2017). *Barreras Percibidas hacia la Practica Basada en la Evidencia en psicólogos clínicos chilenos: un estudio piloto*. Comunicación presentada al IV Congreso Internacional de Investigación en salud y envejecimiento. II Congreso Internacional de Investigación en salud, Murcia.
- Baicus, C., y Cariol, S. (2009). Leeter a Editor: Effect measure for quantiative endpoints: statistical versus clinical significance, or "how large the scale is?". *European Journal of Internal Medicine*, *20*, 124-125. doi: 10.1016/j.ejim.2008.10.002
- Bauer, R.M. (2007). Evidence-based practice in Psychology: implications for research and research training. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 685-694. doi: 10.1002/jclp.20374
- Bennett, S., Tooth, B., Mckenna, K., Rodger, S., Strong, J., ... Gibson, L. (2003). Perceptions of Evidence-Based Practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, *50*, 13-22.
- Beyth-Marón, R., Fidler, F., y Cumming, G. (2008). Statistical cognition: Towards evidence-based practice in statistics and statistics education. *Statistics Education Research Journal*, *7*, 20-39.
- Borenstein, M., Hedges, L.V., Higgins, J.P.T., y Rothstein, H.R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester: Wiley.
- Botella, J., y Sánchez-Meca, J. (2015). *Meta-análisis en las ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Síntesis.

- Cerezo, M. (2002) Práctica clínica basada en la evidencia científica. Papel del gestor de información como integrante de un equipo multidisciplinar. *Revista General de Información y Documentación*, 12, 457-464.
- Chandler, J., Churchill, R., Higgins, J., Lasserson, T., y Tovey, T. (2013). Methodological standards for the conduct of new Cochrane intervention reviews (MECIR). Disponible en: <http://editorial-unit.cochrane.org/mecir>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Copay, A.G., Subach, B.R., Glassman, S.D., Polly, D.W., y Schuler, T.C. (2007). Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods. *The Spine Journal*, 7, 541-546. doi: 10.1016/j.spinee.2007.01.008
- Cumming, G. (2014). The New Statistics: Why and How. *Psychological Science*, 25, 7-29. doi: 10.1177/0956797613504966
- Daset, L.R., y Cracco, C. (2013). Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica. *Ciencias Psicológicas*; 7, 209–220.
- Fetheny, J. (2010). Statistical and clinical significance, and how to use confidence intervals to help interpret both. *Australian Critical Care*, 23, 93-97. doi:10.1016/j.aucc.2010.03.001
- Gómez-Conesa, A. (2010). La práctica basada en la evidencia en el ámbito de la fisioterapia. *Fisioterapia*, 32, 49-50. doi:10.1016/j.ft.2010.01.001
- Grissom, R.J., y Kim, J.J. (2012). *Effect sizes for research*. New York, USA: Routledge
- Guerra, J., Bagura, C., y Girabent, M. (2012). Adaptación al castellano y validación del cuestionario sobre práctica basada en la evidencia en fisioterapeutas. *Fisioterapia*, 34, 65-72. doi:10.1016/j.ft.2011.10.003
- Hutton, B., Catalá-López, F., y Moher, D. (2016). La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica*. doi: 10.1016/j.medcli.2016.02.025
- Hutton, B., Salanti, G., Caldwell, D. M., Chaimani, A., Schmid, C.H., Cameron, C.J.P, ... Moher D. (2015). The PRISMA extension statement for reporting of systematic reviews incorporating network meta-analyses of health care interventions: checklist and explanations. *Annals of Internal Medicine: Journal*, 162, 777-784. doi: 10.7326/M14-2385.
- Jacobsen, N.S., Follotte, W.C., y Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352. doi: 10.1016/S0005-7894(84)80002-7
- Jüni, P., Altman, D.G., y Egger, M. (2001). Assessing the quality of randomised controlled trials. En M. Egger, G.D. Smith y D.G. Altman (Eds.), *Systematic reviews in health care: Meta-analysis in context* (2ª ed.) (pp. 87-108). Londres: BMJ Books.
- Kalinowski, P., y Fidler, F. (2010). Interpreting significance: the differences between statistical significance, effect size, and practical importance. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 10, 50–54. doi: 10.1053/j.nainr.2009.12.007
- Kazdin, A.E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 332-339. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.332
- Kazdin, A.E. (2001). Almost Clinically Significant (p<.10): Current measures may only approach clinical significance. *Clinical Psychology Science and Practice*, 8, 455-462. doi: 10.1093/clipsy.8.4.455
- Kazdin, A.E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist*, 63, 146-159. doi: 10.1037/0003-066X.63.3.146

- Kendall, P.C., Marrs-Garcia, A., Nath, S.R., y Sheldrick, R.C. (1999). Normative comparisons for the evaluation of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 285–299. doi: 10.1037/0022-006X.67.3.285
- Kicinski, M., Springate, D.A., y Evangelos Kontopantelis, E. (2015). Publication bias in meta-analyses from the Cochrane Database of Systematic Reviews. *Statistics in Medicine*, 34, 2781-2795. doi: 10.1002/sim.6525
- Kirk, R.E. (1996). Practical significance: A concept whose time has come. *Educational and Psychological Measurement*, 56, 746–759. doi: 10.1177/0013164496056005002
- Kirk, R.E. (2001). Promoting good statistical practices: Some suggestions. *Educational and Psychological Measurement*, 61, 213-218. doi: 10.1177/00131640121971185
- Moher, D., Hopewell S., Schulz, K.F., Montori, V., Gøtzsche P.C., Devereaux, P.J., ... Altman, D.G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *British Medical Journal*, 340, c869. doi: 10.1136/bmj.c869
- Moher, D., Jones, A. y Lepage, L. for the CONSORT Group (2001). Use of the CONSORT statement and quality of reports for randomized trials: A comparative before-and-after evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 285, 1992-1995. doi: 10.1001/jama.285.15.1992
- Moher, D., Liberati, A., Tetzalaff, J., Altman, D.G., y the PRISMA group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6 (7), e1000097. doi: 10.1371/journal.pmed.1000097
- Musselman, K.E. (2007). Clinical significance testing in rehabilitation research: what, why, and how? *Physical Therapy Reviews*, 12, 287-296. doi:10.1179/108331907X223128
- Nelson, T.D., y Steele, R.G. (2007). Predictors of practitioner self-reported use of evidence-based practices: Practitioner training, clinical setting, and attitudes toward research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34, 319–333.
- Nelson, T.D., Steele, R.G., y Mize, J.A. (2006). Practitioner attitudes toward Evidence-based Practice: Themes and challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 398–409.
- Newcombe, R.G. (2012). *Confidence intervals for proportions and related measures of effect size*. Boca Raton, FL: CRC Press
- Page, P. (2014). Beyond statistical significance: clinical interpretation of rehabilitation research literatura. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 9, 726–736.
- Pagoto, S.L., Spring, B., Coups, E.J., Mulvaney, S., Coutu, M., y Ozakinci, G. (2007). Barriers and facilitators of evidence-based practice perceived by behavioral science health professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 695–705. doi: 10.1002/jclp.20376
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57.
- Sánchez-Meca, J., Boruch, R.F., Petrosino, A., y Rosa-Alcázar, A.I. (2002). La Colaboración Campbell y la Práctica basada en la Evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 83, 44-48.
- Sánchez-Meca, J., y Botella, J. (2010). Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, 31, 7-17.
- Sánchez-Meca, J., Marín-Martínez, F., y López-López, J.A. (2011). Meta-análisis e intervención psicosocial basada en la evidencia. *Psychosocial Intervention*, 20, 95-107.
- Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L.M., ... B Stevens, A., (2002). Dementia caregiver intervention research: in search of clinical significance. *The Gerontologist*, 42, 589–602.

- Shea, B.J., Grimshaw, J.M., Wells, G.A., Boers, M., Andersson, N., Hamel, C., ... Bouter, L.M. (2007). Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7, 10-16. doi: 10.1186/1471-2288-7-10
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631. doi: 10.1002/jclip.20373
- Stroup, D.F., Berlin, J.A., Morton, S.C., Olkin, I., Williamson, G.D., Rennie, D., ... Thacker, S.B. (2000). Meta-analysis of observational studies in epidemiology. A proposal for reporting. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 283, 2008-2012. doi:10.1001/jama.283.15.2008
- Terwee, C.B., Roorda, L.D., Knol, D.K., De Boer, M.R., y De Vel, H.C.W. (2009). Linking measurement error to minimal important change of patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 1062-1067. doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.10.011.
- Thompson, B. (2002). "Statistical," "Practical," and "Clinical": How many kinds of significance do counselors need to consider. *Journal of Counseling & Development*, 80, 64-71. doi: 10.1002/j.1556-6678.2002.tb00167.x
- Turner, D., Schünemann, H.J., Griffith, L.E., Beatone, D.E., Griffiths, A.M., Critch, J.N., y Guyatt, G.H. (2010). The minimal detectable change cannot reliably replace the minimal important difference. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63, 28-36. doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.01.024
- Urra-Medina, E., y Barría-Pailaquilén, R. (2010). Systematic review and its relationship with Evidence-Based Practice in health. *Revista Latino-Americana de Enfermería*, 18(4), 824-831.
- Vázquez, C., y Nieto, M. (2003). Psicología (clínica) basada en la evidencia (PBE): una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero (Ed). *Psicópolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona. Paidós.
- Vera-Villaruel, P., y Mustaca, A. (2006). Investigaciones en psicología clínica basadas en la evidencia en Chile y Argentina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 551-565.

Recibido: 12 de marzo de 2017

Recepción Modificaciones: 7 de abril de 2017

Aceptado: 16 de junio de 2017