

Artículo Original

Propiedades Psicométricas de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia en una Muestra de Psicólogos Clínicos en la República Dominicana

Psychometric Properties of the Evidence-Based Professional Practice Scale in a Sample of Clinical Psychologists in the Dominican Republic

Carlos R. Hernández ^{1*}, Ernesto Rosario-Hernández ², & Alexis Lorenzo-Ruiz ³

1 Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana.  <https://orcid.org/0000-0001-8750-1251>

2 Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0002-2523-6162>

3 Universidad de La Habana, Cuba.  <https://orcid.org/0000-0003-4450-887X>

* Correspondencia: carloshernandezpsicologo@gmail.com

Recibido: 9 septiembre 2020 | Aceptado: 21 noviembre 2020 | Publicado: 31 diciembre 2020

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM

Citar como:

Hernández, C.R., Rosario-Hernández, E., & Lorenzo-Ruiz, A. (2020). Propiedades psicométricas de la escala para una práctica profesional basada en la evidencia en una muestra de psicólogos clínicos en la República Dominicana. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(3), 204-216. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.5291>

RESUMEN

Este estudio evaluó las propiedades psicométricas de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia (EPPBE). Se seleccionó una muestra probabilística de 235 psicólogos clínicos que laboran en hospitales del Estado y en consulta privada en República Dominicana. Los resultados de este estudio apoyan una estructura interna de tres factores, tal y como lo proponen sus autores, y similar a los resultados obtenidos con una muestra de psicólogos clínicos de Puerto Rico con los cuales se desarrolló y validó la EPPBE inicialmente. También, la correlaciones entre las dimensiones (ej., conocimiento) del EPPBE fueron muy buenas (entre $r = .57$ y $.89$). Las correlaciones entre esas dimensiones y la Escala de Deseabilidad Social fueron menos robustas (entre $r = -.17$ hasta $-.21$). Además, la consistencia interna de la EPPBE también fue muy buena, osciló en dimensiones entre $\alpha = .92$ y $.94$, y $.94$ entre todos los ítems del instrumento. De esta forma, los resultados sugieren que la EPPBE es un instrumento que permite hacer inferencias válidas y confiables acerca de las actitudes, comportamientos y conocimientos en la práctica psicológica basada en la evidencia en una muestra de psicólogos clínicos en la República Dominicana.

Palabras Claves propiedades psicométricas; prácticas basadas en evidencia; validación; República Dominicana

ABSTRACT

This study evaluated the psychometric properties of the Evidence-Based Professional Practice Scale (EPPBE). A probabilistic sample of 235 clinical psychologists who work in state hospitals and in private practice in the Dominican Republic was selected. The results of this study support an internal structure of three factors, as proposed by its authors, and similar to the results obtained with a sample of clinical psychologists from Puerto Rico with whom the EPPBE was initially developed and validated. Also, the correlations between the dimensions (e.g, knowledge)

of the EPPBE were very good (between $r = .57$ and $.89$). The correlations between these dimensions and the Social Desirability Scale were less robust (between $r = -.17$ to $-.21$). Furthermore, the internal consistency of the EPPBE was also very good, ranging in dimensions between $\alpha = .92$ and $.94$, and $.94$ among all items of the instrument. The results suggested that the EPPBE is an instrument which allows for valid and reliable inferences regarding the attitudes, behaviors and evidence-based knowledge of professional practices in a sample of clinical psychologists in the Dominican Republic.

Keywords: psychometric properties; evidence-based practices; validation; Dominican Republic

INTRODUCCIÓN

Breve Historia del Surgimiento de la Práctica Psicológica Basada en la Evidencia

Según la Asociación Americana de Psicología (APA, 2006) la práctica psicológica basada en la evidencia “es la integración de la mejor investigación disponible con experiencia clínica en el contexto de características del paciente, cultura y preferencias” (p. 273). Diversos acontecimientos impactaron de forma positiva el surgimiento del uso de prácticas psicológicas basadas en la evidencia. Lo que sigue a continuación es un sumario sucinto de los principales acontecimientos en este contexto.

Un primer acontecimiento en este contexto es la primera clínica psicológica fundada por Lightner Witmer en 1896, en la Universidad de Pennsylvania en los Estados Unidos, en donde se atendían niños que sufrían de retraso mental o defectos físicos que afectaban su progreso escolar; esta a su vez se convirtió en un lugar para la investigación y la formación profesional. Este acontecimiento marcó el inicio de la psicología clínica (Juárez, 2016). Un segundo acontecimiento se relaciona con el interés de la evaluación psicológica como producto de la atención de los soldados y veteranos en las diferentes guerras en las que se involucró los Estados Unidos (Bernal, 2007).

El tercer acontecimiento se vincula a la celebración del primer y posiblemente el mayor debate sobre la formación de los psicólogos clínicos: la Conferencia Boulder, efectuada del 20 de agosto al 3 de septiembre del año 1949, en la Universidad de Colorado en Estados Unidos. De esta conferencia surgió el modelo de enseñanza científico-profesional; el cual fue una iniciativa de D. Shakow quien pretendió crear un plan de formación estándar para los psicólogos clínicos de los Estados Unidos (Trull & Phares, 2003). Esta conferencia generó un gran debate entre los profesionales

de la psicología en los Estados Unidos y de otros países, sobre todo por el aspecto del papel de la investigación en la formación de los psicólogos. Es a partir de esta iniciativa que se plantea una progresiva discusión sobre los criterios de formación y evaluación de los psicólogos clínicos: La Conferencia The Northwestern University (1951), la Convención de Stanford (1955), la Convención de Miami (1959), la Convención de Chicago (1965), la Convención de Vail (1973) y la Conferencia Nacional sobre Educación de Posgrado en Psicología (1987), (Bernstein & Nietzel, 1982; Sánchez, 2003; Benito, 2009). Como parte de esta visión en Latinoamérica, en el año 1974 se realizó en Bogotá (Colombia) la Primera Conferencia Latinoamericana sobre Entrenamiento en Psicología: El Modelo Latinoamericano y su Significación Histórica (Gallegos, 2010). En esta conferencia se debatió la elaboración de un modelo latinoamericano para el adiestramiento profesional en psicología. En esa ocasión Rubén Ardila propuso el Modelo Latinoamericano de Entrenamiento en Psicología, posteriormente denominado el “Modelo Bogotá” de formación de psicólogos.

Un cuarto acontecimiento vinculado al surgimiento del uso de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia se relaciona con el uso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (conocido internacionalmente por sus siglas en inglés DSM) publicado por la Asociación Americana de Psicología (APA) en el año 1980, en el cual, tal como lo plantea Bernal y Rodríguez-Soto (2012), “pretendía establecer un lenguaje común sobre los trastornos mentales, privilegiando los criterios de investigación diagnóstica” (p. 12). Un quinto acontecimiento se relaciona con la decisión de la Asociación Americana de Psicología (APA) en la década de los años 90 de asignar una comisión de trabajo (Task Force) con el propósito de promover y disseminar tratamientos psicológicos, publicando 17 tratamientos que contaban con apoyo empírico. En esta labor se utilizaron como

criterio los ensayos clínicos controlados, con alta validez interna, manuales de tratamiento y tamaño de la muestra, entre otras variables (Chambless, 1996; Bernal & Rodríguez-Soto, 2012).

Un sexto es la iniciativa de la Agencia de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés) y el Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés), en la promoción, implantación y evaluación de las prácticas basadas en la evidencia en los sistemas estatales y territoriales (Bernal & Rodríguez-Soto, 2012). Un último acontecimiento es la elaboración de un informe sobre el uso de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (American Psychological Association, 2006). Este informe se desarrolló durante la presidencia de Ronald Levant en el año 2005, el cual recomendó a la Asociación Americana de Psicología nombrar el Grupo Tarea Presidencial de la APA para la formulación final de ese informe. Es oportuno citar el comentario de Levant & Hasan (2008), acerca del alcance del aporte de la Asociación Americana de Psicología sobre las prácticas psicológicas basada en la evidencia cuando plantean que:

La psicología es una profesión basada en la ciencia y preserva el derecho de los psicólogos a tomar las decisiones finales basadas en la evidencia en la práctica clínica. Esta iniciativa presidencial tuvo como objetivo afirmar la importancia de atender a múltiples fuentes de evidencia de investigación y afirmar que una buena práctica psicológica basada en la evidencia también se basa en la experiencia clínica y los valores del paciente (p. 657-658).

Es a partir de esta declaración de la Asociación Americana de Psicología que, en diferentes países profesionales e instituciones de la psicología, iniciaron un proceso de investigaciones y aplicaciones de prácticas psicológicas basadas en la evidencia. Los estudios realizados sobre este tema abordan diferentes campos de aplicación del ejercicio profesional clínico, industrial y organizacional, educativo y forense. En el ámbito clínico se observa una amplia variedad de temas como el tratamiento psicológico de la ira y la agresión (Glancy & Saini, 2005), la práctica basada en la evidencia en la labor profesional en salud pública (Jacobs et al., 2012), en el manejo psicoterapéutico de niños y adolescentes (Kazdin & Weisz, 2003), en el abordaje y tratamiento de las adicciones (Miller,

2009), en los servicios de atención de los trastornos depresivos mayores (Beevers, 2011), en el manejo de los trastornos de ansiedad en adultos (Antony & Rowa, 2005), en el uso de los tratamientos basados en la evidencia para la anorexia nerviosa (Martínez et al., 2018), entre otros temas relacionados al ejercicio de la psicología.

Componentes de las Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia

De acuerdo con la definición de la APA (2006), referente a las prácticas psicológicas basadas en la evidencia, se pueden identificar tres componentes principales en este contexto: 1. La mejor evidencia de investigación disponible, 2. Competencia y peritaje clínico y 3. Características del paciente, su cultura y preferencias. Veamos de forma sucinta estos tres componentes.

La Mejor Evidencia de Investigación Disponible

Cuando se habla de la mejor evidencia de la investigación disponible, se refiere a “los resultados científicos relacionados con las estrategias de intervención, evaluación, problemas clínicos y poblaciones de pacientes en el laboratorio y en el campo, así como a los resultados clínicamente relevantes de la investigación básica en psicología y campos relacionados” (American Psychological Association, 2006, p. 274). Esta afirmación hace plantear dos preguntas: 1. ¿Qué es una evidencia? y 2. ¿Cuáles serían los criterios que nos permitirían evaluar la evidencia investigativa? La Asociación Americana de Psicología (2010) señala que la evidencia clínica es la:

Información acerca de clientes o pacientes que es relevante para el diagnóstico y la terapia clínica, puede obtenerse de manera directa por medio de preguntas o indirectas a través de la observación de su conducta en un escenario clínico, su historia de caso y cosas similares (p. 206).

En cuanto a cuáles serían los criterios que nos permitirían evaluar la evidencia investigativa, debemos tomar en cuenta dos conceptos muy útiles relacionados entre sí: la eficacia de la intervención y la utilidad clínica. La dimensión de la eficacia establece criterios para la evaluación de la fuerza de la evidencia relativa al establecimiento de relaciones causales entre las intervenciones y los trastornos en tratamiento. La dimensión de utilidad clínica incluye una consideración de la evidencia de investigación disponible y el

consenso clínico con respecto a la generalización, la viabilidad (incluida la aceptabilidad del paciente) y los costos y beneficios de las intervenciones (American Psychological Association, 2006).

Según este planteamiento, la eficacia toma en consideración la observación y consenso de las personas expertas, la observación clínica sistemática y metodología sofisticada, como los estudios cuasi experimentales y los ensayos clínicos controlados. Sin embargo, la utilidad clínica nos plantea el camino de cuán generalizables son los efectos y la solidez de los tratamientos. Además, toma en cuenta la viabilidad de los tratamientos en distintos escenarios (Bernal & Rodríguez, 2012).

Competencia y Peritaje Clínico

El componente competencia y peritaje clínico está más vinculado a las habilidades necesarias para un adecuado ejercicio profesional y a la toma de decisiones en la aplicación de un determinado tratamiento. El desarrollo de competencias implica adiestramiento, prácticas clínicas y una adecuada supervisión individual y colectiva. En consecuencia, el profesional debe estar consciente en reconocer sus fortalezas y debilidades, sus afectos y actitudes. El peritaje clínico es una labor activa, de toma de decisiones en la implantación del tratamiento y monitoreo o revisión del progreso terapéutico. Se puede afirmar que el peritaje clínico es el eje central para identificar la evidencia de las investigaciones con los datos clínicos (Bernal & Rodríguez-Soto, 2012).

Características del Paciente, Cultura y Preferencias

Esta variable toma en cuenta al paciente en forma particular y en el contexto en que se desarrolla. Este componente valora la configuración de la personalidad, sus valores y su forma de ver o valorar su entorno. Reafirmando este planteamiento, Bernal & Rodríguez-Soto (2012), indican, que “cuando en el tratamiento se toman en consideración los problemas específicos del/a paciente, sus fortalezas, la personalidad, el contexto sociocultural y sus preferencias, es más probable que el mismo rinda resultados positivos” (p. 18). Una precisión muy adecuada sobre este tema es la que plantean Levant & Sperry (2016), cuando dicen lo siguiente:

La cultura del paciente no sólo puede influir en la naturaleza y la expresión de la psicopatología, sino

también en informarle de su comprensión de la salud psicológica, física y de la enfermedad. Además, los valores culturales, las creencias y los factores sociales, como los sesgos raciales implícitos, también pueden influir en los patrones de búsqueda de ayuda, utilizando y recibiendo ayuda de otros, la presentación y el informe de los síntomas, los temores y las expectativas sobre el tratamiento y los resultados deseados. A través de su entrenamiento, los psicólogos también son capaces de reconocer y reflexionar sobre las formas en que sus propias variables de personalidad, valores y contexto pueden interactuar con los del paciente (p.24).

Es importante resaltar que el psicólogo en ejercicio no debe olvidar que las características del paciente (raza, etnia, clase social, religión y cultura) son una construcción social que puede afectar su actitud al momento de brindar un servicio de atención. En consecuencia, los psicólogos deben tomar en cuenta los aspectos individuales, sociales, culturales y preferencias de los pacientes para un adecuado abordaje terapéutico.

Uso de las Prácticas Psicológicas Basadas en la Evidencia en República Dominicana

En la República Dominicana, poco se conoce acerca del uso de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia. Además, si algunos psicólogos hacen uso de estas estrategias no existen datos objetivos que lo confirmen. Con el propósito de establecer la existencia de estudios sobre prácticas psicológicas basada en la evidencia entre psicólogos clínicos en ese país, se realizó una revisión exhaustiva de las investigaciones y otras publicaciones relacionadas al tema, las cuales detallamos a continuación:

En primer lugar, al revisar la Ley 22-01 que regula el ejercicio de la psicología en la República Dominicana, el Código de Ética (Documentos, Ley No. 22-01) y otros documentos publicados por el Colegio Dominicano de Psicólogos (CODOPSI) no se observa ningún señalamiento acerca del uso de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia. De igual manera, se revisaron otros dos documentos de reciente publicación: Análisis de la Situación en Salud Mental y Atención Primaria en la República Dominicana (2018) y el Plan Nacional de Salud Mental en República Dominicana 2019-2022 (2019); estos no indican ningún señalamiento acerca del uso de prácticas basadas en la evidencia en el sector de salud pública. En segundo

lugar, al examinar los títulos de las conferencias presentadas en los eventos científicos de psicología realizados en la República Dominicana, nos enfocaremos en los Congresos Caribeños de Psicología y en los simposios organizados por la Fundación para el Desarrollo de la Psicología en el Caribe (FUNDEP-SIC), pues son los eventos científicos de mayor relevancia en los últimos 20 años.

En los 16 congresos caribeños efectuados, se puede apreciar que de las 827 conferencias presentadas (423 nacionales y 404 internacionales), sólo dos conferencias corresponden al tema de prácticas basadas en la evidencia: "La importancia del uso de la práctica basada en la evidencia en el proceso psicoterapéutico", dictada por las psicólogas Alexandra Landrau Sálamo e Hilda Mari Rivera Martin y "La codependencia en la violencia de género: tratamiento basado en la evidencia", impartida por la Dra. Vilmania Mambrú (Hernández et al., 2018). En cuanto a las conferencias presentadas en simposios se destaca "Evaluación de prácticas en psicología clínica dominicana". Este estudio consistió en una consulta a una muestra no representativa de 66 practicantes del área de la psicología clínica de la República Dominicana, seleccionada a través de una técnica de "bola de nieve". Se le administraron cinco cuestionarios: Cuestionario de datos demográficos, afiliación institucional y conocimientos de lectura de artículos; Cuestionario sobre escuela psicológica de preferencia; Escala para Medir Actitudes hacia el Juicio Clínico; Cuestionario para medir conocimiento de estadísticas y metodología; y Cuestionario sobre técnicas y prácticas clínicas.

Los resultados indicaron múltiples debilidades en la práctica clínica, incluyendo un uso abundante de terapias y técnicas sin validez científica, fuerte confianza en el juicio clínico, apatía general ante un rol activo en la investigación científica, y falta de conocimiento de conceptos metodológicos y estadísticos básicos para comprender artículos científicos. Se resalta además en esta investigación que, a pesar de la alta frecuencia de reporte de uso de práctica basada en la evidencia, al compararlo con las pruebas e instrumentos que utilizan en su ejercicio profesional, las mismas no tienen validez demostrada. Finalmente se resalta que, a pesar del gran número de instrumentos utilizados por los investigadores en este estudio, no se profundizó en los temas sobre conocimientos, las

actitudes y conductas de los profesionales de la psicología clínica y en el tipo de ejercicio profesional de los encuestados (Nicolas & Martínez, 2015). En tercer lugar, se hizo una exploración de los 18 programas de grado de la carrera de psicología en la República Dominicana y de los programas de especialidades y maestrías en el área de la psicología, comprobando que ninguno contempla el tema de prácticas psicológicas basadas en la evidencia en sus contenidos. En ese mismo orden, se consultó a profesores y directores de escuelas de psicología, no reportando evidencias de conferencias o talleres realizados en esos centros académicos sobre el tema de prácticas psicológicas basadas en la evidencia.

Escalas de Prácticas Basada en la Evidencia

Existe un amplio número de escalas o instrumentos que evalúan las prácticas basadas en la evidencia. Esta variedad de escalas es utilizada en diferentes profesiones (medicina, enfermería, psicología, entre otras), evaluando en algunos casos sus propiedades psicométricas y, en otros, los diferentes componentes de las prácticas profesionales basadas en la evidencia. En el ámbito de la psicología Rye et al., (2017) realizaron una investigación transcultural en los Estados Unidos y Noruega, con énfasis en la Escala de Actitud de Práctica Basada en Evidencia-36 (EBPAS-36). Los autores reportaron adecuadas propiedades psicométricas en esa escala. Con el propósito de evaluar las actitudes y el uso de las Prácticas Basadas en Evidencia (PBE), Gray et al., (2007) administraron una encuesta a profesionales de la salud mental estableciendo que la orientación teórica, el modelo de entrenamiento y la edad se asociaron con las actitudes de la PBE. En esa misma dirección, Nelson y Steele (2007), encuestaron a profesionales de la salud mental indicando que el entrenamiento y las actitudes hacia la investigación del tratamiento fueron predictores significativos del uso de las PBE.

Aarons (2004), desarrolló la Escala de Actitudes de Práctica Basada en la Evidencia que es una breve medida de las actitudes de los proveedores de salud mental hacia la adopción de PBE. Los resultados de su investigación indicaron que las actitudes de los proveedores varían según el nivel educativo, el nivel de experiencia y el contexto organizacional. En otro estudio, Aarons (2005), evaluó las actitudes de los proveedores de salud mental hacia la adopción de la

innovación en general y hacia la PBE, estableciendo hallazgos preliminares de confiabilidad y validez. Esta escala fue utilizada posteriormente por Gaete y Herrera (2010) en su investigación “Actitud hacia la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) en psicólogos clínicos de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de la provincia de Santiago”, estudio que concluyó que la mayoría de los psicólogos clínicos encuestados presentaron una actitud positiva hacia la PBE, la que tiende a aumentar a mayor cantidad de años de ejercicio profesional.

Para la realización del presente estudio se escogió la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia, elaborada por Bernal y Rodríguez-Soto (2010). Este cuestionario tiene 17 ítems los cuales miden tres factores: Actitudes (preguntas 1-6), Conductas (preguntas 7-13) y Conocimientos (preguntas 14-17). Las respuestas del cuestionario se contestan a través de una escala Likert con cinco opciones: “Nada de acuerdo” (1), “Poco de acuerdo” (2), “De acuerdo” (3), “Bien de acuerdo” (4) y “Total acuerdo” (5). Tal como Bernal y Rodríguez-Soto (2010) señalan, el objetivo de este estudio fue desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de una escala para profesionales en Puerto Rico con respecto a sus actitudes, creencias y comportamientos hacia la PBE. Un objetivo relacionado era producir un instrumento relativamente breve que pudiera usarse para evaluar el progreso en la adopción de PBE.

El estudio realizado por Bernal y Rodríguez-Soto (2010) se hizo en dos fases. Primero se desarrolló la escala y se sometió a un análisis factorial exploratorio con una muestra de 65 profesionales de la salud mental y estudiantes de grado. En la segunda fase, se realizó un análisis de factores confirmatorio usando el modelamiento de ecuaciones estructurales y se efectuó con una muestra de 86 profesionales y estudiantes graduados. El modelo de los tres factores con 17 ítems mostró una consistencia interna de la escala total de .88.

Dado que la EPPBE fue desarrollada y validada con una muestra de psicólogos clínicos en Puerto Rico por Bernal y Rodríguez-Soto (2010) y al ser un instrumento que nunca se había utilizado en la República Dominicana, surge la necesidad de examinar estas

prácticas en una muestra de psicólogos clínicos dominicanos. Por tanto, el propósito de la presente investigación fue examinar las propiedades psicométricas y estructura interna de la EPPBE en República Dominicana.

MÉTODO

Diseño de Investigación

En el presente estudio se utilizó un diseño de investigación instrumental (Montero & León, 2007). De esta forma, se examinaron las propiedades psicométricas de la EPPBE, la cual fue desarrollada por Bernal y Rodríguez-Soto (2010).

Participantes

La muestra seleccionada por muestreo aleatorio estratificado estuvo compuesta por 235 psicólogos clínicos. Se desarrolló una hoja de datos sociodemográficos para obtener información pertinente a las características de la muestra. En el total de la muestra (N = 235) 191 fueron féminas y 44 varones. La edad mínima de los psicólogos clínicos fue de 23 y la máxima de 68 años, con una media de 46 años y con una desviación estándar de 10.6. En cuanto a la formación académica, 39 de los psicólogos clínicos participantes indicó haber completado una licenciatura, 17 una especialidad, 165 una maestría, y 16 un doctorado en psicología. El tiempo ejerciendo la psicología clínica fluctuó entre uno y 42 años, con una media de 14 años y una desviación estándar de 10.3. El caso de la evaluación del lugar donde ofrecen servicios de consulta, 158 reportaron laborar en hospitales del Estado, y 77 en servicios de consulta privada. Por otro lado, se les cuestionó a los psicólogos clínicos si habían recibido entrenamiento en práctica basada en la evidencia y 134 contestaron de forma afirmativa, mientras que 101 indicaron que no habían recibido entrenamiento en prácticas basadas en la evidencia.

Por último, la muestra fue seleccionada de 25 de las 32 provincias de la República Dominicana. Las tres provincias con mayor porcentaje de psicólogos clínicos en la muestra fueron Santo Domingo (60.0%, N = 141), Santiago de los Caballeros (9.8%, N = 23), y San Cristóbal (4.3%, N = 10). Las demás provincias presentaron porcentajes iguales o inferiores a 3.5 % (véase la Tabla 1).

Tabla 1*Distribución de los psicólogos clínicos encuestados según la provincia donde ejercen la psicología clínica.*

Provincia	f	%	Provincia	f	%
Azua	3	1.3	Monseñor Noel	2	0.9
Bahoruco	2	0.9	Monte Plata	2	0.9
Barahona	1	0.4	Montecristi	1	0.4
Dajabón	1	0.4	Peravia	4	1.7
Duarte	8	3.5	Puerto Plata	9	3.8
El Seibo	2	0.8	Samaná	1	0.4
Españillat	2	0.9	San Cristóbal	10	4.3
Hato Mayor	1	0.4	San Juan de la Maguana	5	2.1
Hermanas Mirabal	2	0.9	San Pedro de Macorís	3	1.3
Independencia	1	0.4	Santiago de los Caballeros	23	9.8
La Romana	2	0.8	Santo Domingo	141	60.0
La Vega	4	1.7	Valverde	3	1.3
María Trinidad Sánchez	2	0.9			

Nota: N = 235.

Instrumentos

Hoja de Datos Sociodemográficos. Se desarrolló una hoja de datos sociodemográficos para poder obtener información pertinente a las características de la muestra del presente estudio. Se solicitó a los participantes información relevante al estudio, como su género, edad, años ejerciendo la profesión de psicólogo clínico, sector donde ejercen la profesión, entre otras.

Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia. Para medir las prácticas psicológicas basadas en la evidencia se utilizó la EPPBE desarrollada por Bernal y Rodríguez-Soto (2010) con una muestra de psicólogos clínicos que ejercen la profesión en Puerto Rico. Esta escala consta de 17 reactivos ancladas en un formato de contestación de escala Likert que va desde 1 (*Nada de Acuerdo*) hasta 5 (*Total Acuerdo*) y agrupadas en tres dimensiones, las cuales son Actitudes, Comportamiento y Conocimiento y las mismas obtuvieron coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach iguales a .87, .83 y .90, respectivamente. Los autores de la EPPBE indicaron que los análisis de factores tanto exploratorios como confirmatorios apoyan la estructura interna de tres dimensiones.

Escala de Deseabilidad Social. Se utilizó la Escala de Deseabilidad Social desarrollada por Rosario-Hernández y Rovira Millán (2002), la cual pretende medir la tendencia de los participantes en responder a una

prueba según lo que ellos piensan que es aceptado socialmente. El formato de contestación está anclado en una escala Likert que va desde 1 (*Totalmente en Desacuerdo*) hasta 6 (*Totalmente en Acuerdo*). La Escala de Deseabilidad Social obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa Cronbach igual a .86. Por otro lado, sus autores informan que la estructura interna unidimensional fue apoyada por una serie de análisis de factores exploratorios. Se incluyó esta escala para examinar la validez de constructo de tipo divergente de la EPPBE.

Procedimientos Generales

Para la selección de la muestra se utilizó la fórmula Fisher y Navarro (1995) para poblaciones finitas, a fin de obtener muestras probabilísticas. A continuación, se explican los diferentes pasos que se utilizaron para el cálculo de la muestra de los psicólogos clínicos de acuerdo con el lugar donde ofrecen servicio de atención. Primero se procedió a calcular una muestra de los grupos de psicólogos que laboran en los hospitales del Estado y en la consulta privada, seleccionando 158 y 77 respectivamente. Luego se procedió a realizar un muestreo aleatorio estratificado para cada uno de los psicólogos que ofrecen consulta privada y de los que laboran en el Estado, de acuerdo con las diferentes provincias del país. Posteriormente, se hizo la distribución tomando en cuenta las nueve

regiones del Servicio Nacional de Salud (Regionales de Salud, 2020). Una vez formados los extractos, se le administraron tres instrumentos a los encuestados: Cuestionario de Datos Demográficos de la Evaluación de Prácticas Psicológicas Basada en Evidencia en Psicólogos Clínicos de República Dominicana; Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia (EPPBE), y la Escala de Deseabilidad Social, elaborada por Rosario-Hernández & Rovira Millán (2002). La administración de estos instrumentos se realizó a través del formulario de Google Forms distribuido de forma individual por la red de WhatsApp.

Análisis de Datos

Se utilizó el programa IBM SPSS versión 26 para llevar análisis descriptivos, correlaciones (r), determinación de la validez de constructo convergente y divergente de la EPPBE, y correlaciones de la puntuación total de la EPPBE y sus subescalas con la Escala de Deseabilidad Social. También se utilizó el programa IBM SPSS para determinar la consistencia interna (alfa de Cronbach) del EPPBE. El mismo programa estadístico fue usado para estimar las estadísticas descriptivas de los 17 reactivos de la EPPBE, tales como la media y desviación estándar.

Para examinar la estructura interna y a su vez establecer la validez de constructo de la EPPBE, primero, se realizó un análisis de factores exploratorio con el método “principal axis factoring” y la técnica “direct oblmin” para rotar los factores. Luego, se llevó a cabo un análisis de factores confirmatorio usando el programa STATA versión 16. Para este análisis de factores confirmatorio se utilizó el método de estimación “máxima verosimilitud” y también los ajustes de Satorra-Bentler, los cuales se usan cuando las puntuaciones no se distribuyen de forma normal (Satorra & Bentler, 2001). Para examinar el ajuste de los datos a los modelos propuestos, se utilizaron los siguientes índices: la prueba de chi-cuadrado (X^2), la raíz cuadrada media del error de aproximación (RMSEA), la raíz cuadrada media estandarizada residual (SRMR), el índice Tucker-Lewis (TLI), y el índice comparativo de ajuste (CFI). Valores menores a .08 en el RMSEA y .05 en el SRMR son indicativos de un ajuste adecuado (Byrne, 2016). Mientras que valores sobre .90 en el TLI y CFI son indicativos de un ajuste aceptable (Byrne, 2016).

RESULTADOS

Se examinó la validez de constructo de la EPPBE evaluando su estructura interna mediante un análisis de factores exploratorio usando el método de extracción “principal axis factoring” y la rotación oblicua “direct oblmin”. Este análisis de factores exploratorio obtuvo una solución en siete interacciones y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) apoyaba la adecuación de los datos de muestreo para el análisis, $KMO=.932$. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa, $X^2(136) = 3160.712$, $p < .001$, indicando que la correlación entre los reactivos fueron lo suficientemente grandes para realizar el análisis de factores. El gráfico de sedimentación mostró un punto de inflexión que apoyaba la retención de tres factores (véase la gráfica 1) y los tres factores obtuvieron un valor Eigen igual o mayor a 1 según el criterio de Kaiser y los tres factores explican un 66.14% de la varianza (véase la tabla 2). En la tabla 3, se puede apreciar que todas las cargas factoriales fueron mayores a .30, que no hubo cargas cruzadas y que todos los reactivos pertenecientes a las dimensiones de Actitudes, Comportamiento y Conocimiento cargaron en sus respectivos factores.

También se llevó a cabo un análisis de factores confirmatorio usando el modelamiento de ecuaciones estructurales con el programa STATA versión 16. Se probaron dos modelos competitivos, en el primer modelo se examinó una estructura interna unidimensional o de un solo factor y en el segundo modelo se examinó una estructura factorial de tres factores (véase la tabla 3), tal y como lo proponen los autores de la EPPBE (Bernal & Rodríguez-Soto, 2010).

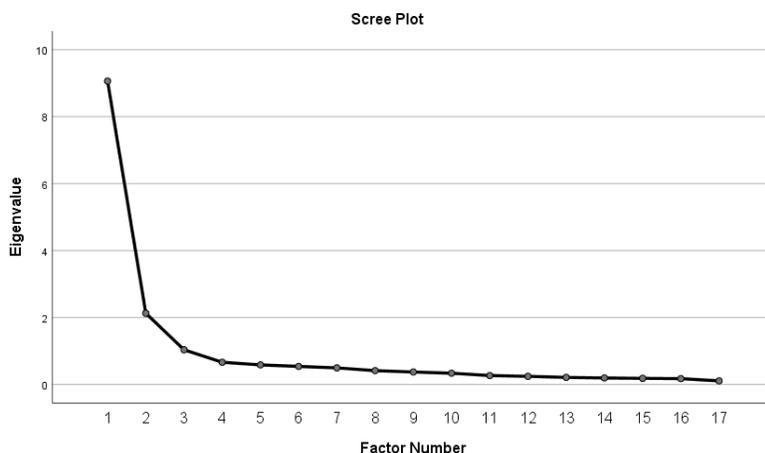


Figura 1: Gráfico de Diseminación

Tabla 2*Análisis de factores exploratorio de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia*

Su- bescala	Ítem	Factor			h ²
		1	2	3	
Actitudes	1	<u>.70</u>			.740
	2	<u>.76</u>			.718
	3	<u>.73</u>			.713
	4	<u>.81</u>			.667
	5	<u>.88</u>			.772
	6	<u>.68</u>			.619
Compor- tamiento	7		<u>.77</u>		.725
	8		<u>.82</u>		.811
	9		<u>.75</u>		.608
	10		<u>.61</u>		.459
	11		<u>.74</u>		.494
	12		<u>.73</u>		.596
	13		<u>.83</u>		.793
Conoci- miento	14			<u>.43</u>	.289
	15			<u>.72</u>	.831
	16			<u>.77</u>	.763
	17			<u>.56</u>	.646
Valor Eigen		7.046	6.589	5.630	
% Vari. Explicada		51.50	10.56	4.080	
% Vari. Acumulada		51.50	62.06	66.14	

Una suposición críticamente importante en la realización de los análisis con el modelamiento de ecuaciones estructurales en general es que los datos tienen normalidad multivariada (Byrne, 2016). Sin embargo, un requisito previo para esto es la necesidad de verificar la normalidad univariante, ya que esta última es una condición necesaria, aunque no suficiente, para la normalidad multivariada (DeCarlo, 1997). Por lo tanto, el valor de curtosis univariante para cada uno de los 17 reactivos de la EPPBE hubo reactivos que mostraron valores negativos que fluctuaron de -0.414 a -0.398, y otros valores positivos que fluctuaron de 0.128 a 1.64, produciendo un valor de curtosis univariante promedio general de 0.2305.

Según West Finch y Curran (1995), se considera que valores iguales o superiores a 7 son indicativos de una salida anticipada de la normalidad; así que, ninguno de los 17 reactivos se apartó de la normalidad. Sin embargo, el índice de curtosis multivariada fue de 31.066, que es un valor mayor al recomendado de 5 (Bentler, 2005); por lo tanto, este valor es altamente sugestivo de no normalidad multivariante en la muestra. En consecuencia, el uso de la estimación de máxima verosimilitud puede ser inapropiado; sin embargo, Chou et al., (1991) y Hu et al., (1992) han argumentado que en los análisis de datos no normales puede ser más apropiado corregir las estadísticas de la prueba, en lugar de utilizar un método diferente de estimación. Por lo tanto, utilizamos la corrección escalar de Satorra-Bentler para los índices X², RMSEA, CFI y TLI (Satorra y Bentler, 1988).

En la tabla 3, se puede apreciar que el modelo de tres factores obtuvo los mejores índices de ajuste en comparación con el modelo unidimensional. De esta forma, los índices de ajuste obtenidos por el modelo de tres factores se pueden considerar como unos aceptables. En la tabla 4, se pueden apreciar las cargas factoriales y sus respectivos intervalos de confianza, y también se pueden apreciar los índices de discriminación (rbis) obtenidos por todos los reactivos de la EPPBE. Además, se puede ver la varianza media extraída de las tres dimensiones que fluctuaron entre .61 y .70, los cuales son mayores al umbral de .50.

También se examinó la validez de constructo tanto de tipo convergente como divergente de la EPPBE. Para esto, se correlacionó la puntuación total de la EPPBE con las puntuaciones de sus subescalas y con las puntuaciones de la Escala de Deseabilidad Social. Tal y como se puede apreciar en la tabla 5, se encontraron coeficientes de correlaciones (r) altos entre la puntuación total de la EPBE y sus subescalas; mientras que se encontraron coeficientes de correlaciones bajos con las puntuaciones de deseabilidad social.

Además, la consistencia interna (alfa de Cronbach, α) entre los ítems, los 17 ítems en el EPPBE y los ítems en las subescalas fluctuaron entre $\alpha = .85$ y $.94$, los cuales se consideran buenas consistencias internas en esa escala. También se estimó la media, desviación estándar, error estándar de medición, intervalos de confianza de 95% y las puntuaciones mínimas y máximas

obtenidas por la presente muestra de psicólogos clínicos en la EPPBE y sus subescalas (véase la tabla 6).

Tabla 3

Índices de ajuste obtenidos por los dos modelos competitivos de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia

Modelo	X ² (gl)	X ² _{S-B} (gl)	CFI	CFI _{S-B}	TLI	TLI _{S-B}	RMSEA	RMSEA _{S-B}	SRMR
1 Factor	1,027.770* (119)	823.060* (119)	.710	.723	.668	.683	.181 (.171 - .191)	.159	.110
3 Factor	301.450* (136)	243.568* (136)	.941	.950	.931	.941	.083 (.071 - .094)	.069	.042

Nota: N = 235; *p < .01; X² = valor de chi-cuadrado, gl = grados de libertad, S-B = Ajustes de Satorra-Bentler, CFI = Índice de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis, RMSEA = Error Medio al Cuadrado de Aproximación, SRMR = Residual Estandarizado de la Raíz Cuadrada Media.

Tabla 4

Varianza media extraída (VME), cargas factoriales con sus respectivos intervalos de confianza e índice de discriminación por subescala de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia

Subescala	MVE	Reactivo	Carga Factorial	Intervalo Confianza de 95%		r _{bis}
				Límite Inferior	Límite Superior	
Actitudes	.70	PBE-1	.87	.82	.92	.82
		PBE-2	.85	.79	.91	.81
		PBE-3	.85	.80	.90	.81
		PBE-4	.81	.75	.87	.79
		PBE-5	.86	.79	.92	.84
		PBE-6	.78	.71	.85	.75
Comportamiento	.61	PBE-7	.85	.81	.89	.78
		PBE-8	.92	.89	.94	.84
		PBE-9	.79	.73	.84	.74
		PBE-10	.65	.54	.76	.64
		PBE-11	.67	.59	.75	.66
		PBE-12	.72	.64	.79	.71
Conocimiento	.63	PBE-13	.86	.82	.90	.83
		PBE-14	.52	.40	.65	.49
		PBE-15	.92	.89	.95	.82
		PBE-16	.85	.79	.91	.78
		PBE-17	.83	.76	.89	.71

Tabla 5

Matriz de correlación entre la EPPBE y sus subescalas con la Escala de Deseabilidad Social

Escala/Subescala	1	2	3	4	5
1. EPBE	1				
2. Actitudes	.85**	1			
3. Comportamiento	.89**	.57**	1		
4. Conocimiento	.82**	.73**	.57**	1	
5. Deseabilidad Social	-.17**	-.17**	-.10	-.21**	1

Nota: N = 235, *p < .05, **p < .01.

Tabla 6

Media, desviación estándar (DE), la consistencia interna (alfa), error estándar de medición (EEM) e intervalos de confianza de 95% de la Escala para una Práctica Profesional Basada en la Evidencia

Escala	# Ítems	Media	DE	Alfa de Cronbach	EEM	IC de 95%	Min	Max	Rango Posible
EPBE	17	65.71	12.74	.94	3.12	±6	20	85	17 – 85
Actitudes	6	25.75	4.54	.92	1.28	±3	6	30	6 – 30
Comportamiento	7	24.30	6.95	.85	2.69	±5	7	35	7 – 35
Conocimiento	4	15.66	3.24	.94	0.79	±2	4	20	4 – 20

Nota: N = 235.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar las propiedades psicométricas de la EPPBE en una muestra de 235 psicólogos clínicos de la República Dominicana. Los resultados del análisis de factores exploratorio apoyan la estructura interna de tres factores, tal y como los autores de la EPPBE lo proponen. De igual forma, los resultados del análisis de factores confirmatorio usando el modelamiento de ecuaciones estructurales también apoyan dicha estructura interna de tres factores, dado que obtuvo índices de ajustes aceptables.

Los resultados de los VME apoyan la validez de constructo de tipo convergente de las tres dimensiones, dado que sus VME fueron mayores a .50, el cual es el umbral establecido para apoyar que ese conjunto de reactivos particular miden o representan ese constructo (Hair et al., 2019). También se examinó la validez de constructo tanto de tipo convergente como divergente de la EPPBE correlacionando sus puntuaciones totales con las de las tres dimensiones y la Escala de Deseabilidad Social. Tal y como se esperaba, las puntuaciones de las tres dimensiones se correlacionaron fuertemente con la puntuación total de la EPPBE en donde dichos coeficientes de correlación fluctuaron entre $r = .82$ a $.89$. Mientras que las puntuaciones entre las dimensiones del EPPBE fluctuaron entre $r = .57$ a $.73$, lo cual pudiera sugerir que las mismas se relacionan entre ellas, pero pudieran tener cierta independencia entre ellas. De esta forma, estos coeficientes de correlación entre la EPPBE y sus dimensiones apoyan la validez de constructo de tipo convergente. Por otro lado, los coeficientes de correlación de las puntuaciones de la EPPBE y sus dimensiones con las puntuaciones de la Escala de Deseabilidad Social

fluctuaron entre $r = -.21$ a $-.10$, los cuales son unos coeficientes bajos, tal y como se esperaba, y apoyan la validez de constructo de tipo divergente de la EPPBE.

En cuanto a la consistencia interna del EPPBE y sus dimensiones, el Alfa de Cronbach mostró que esa consistencia fue muy buena (entre $\alpha = .85$ y $.94$). Los coeficientes más altos ($\alpha = .94$) fueron asociados con el total de ítems en el EPPBE y la dimensión de Conocimiento (DeVellis, 2017). Estos resultados sugieren que la EPPBE y sus dimensiones pueden ofrecer datos precisos y consistentes en términos de las actitudes, comportamientos y conocimientos de las prácticas profesionales basadas en la evidencia.

Una de las limitaciones de la presente investigación fue que no se pudo estimar la confiabilidad de la EPPBE a través del tiempo, ya que solamente se administró la misma en una sola ocasión. Por tanto, se recomienda que en el futuro se estime la confiabilidad de la EPPBE usando técnicas temporales para examinar ese tipo de confiabilidad, como por ejemplo la de prueba-reprueba (test-retest). Otra limitación es que no se pudo auscultar la invarianza de medición de la EPPBE entre los psicólogos clínicos de Puerto Rico y la República Dominicana. Esta limitación es importante en futuras investigaciones en el presente contexto para poder hacer comparaciones entre esos dos grupos de psicólogos clínicos con el objetivo de determinar hasta dónde en las prácticas profesionales basadas en la evidencia tienen el mismo significado entre los psicólogos clínicos en Puerto Rico y en la República Dominicana.

Financiamiento: La presente investigación no fue financiada por alguna entidad ni patrocinador.

Agradecimientos: Los autores agradecen al Dr. Freddy A. Paniagua por su revisión del artículo.

Conflicto de Intereses: No existen conflictos de intereses de parte de los autores de la investigación.

Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación: Universidad de la Habana, Cuba.

Consentimiento o Asentimiento Informado: Todo participante completó un consentimiento informado.

Proceso de Revisión: Este estudio ha sido revisado por pares externos en modalidad de doble ciego.

REFERENCIAS

- Aarons, G. A. (2005). Measuring provider attitudes toward evidence-based practice: consideration of organizational context and individual differences. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(2), 255-271. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.008>
- Aarons, G.A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence-based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale. *Mental Health Services Research*, 6, 61-74. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence-Based Assessment of Anxiety Disorders in Adults. *Psychological Assessment*, 17(3), 256-266. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.17.3.256>
- Asociación Americana de Psicología. (2010). *APA diccionario conciso de psicología* (J. L., Núñez Herrejón, M. E. Ortiz Salinas, Trads. Manual Moderno.
- Beevers, C. G. (2011). *Introduction: Evidence-based practice for major depressive disorder*. In D. W. Springer, A. Rubin, & C. G. Beevers (Eds.), *Clinician's guide to evidence-based practice series. Treatment of depression in adolescents and adults* (p. 1-19). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118094754.ch1>
- Benito, E. (2009). La formación en psicología: Revisión y perspectivas. *Revista Psencia*, 1 (2), 3-10. <http://dx.doi.org/10.5872/psencia.v1i2.16>
- Bentler, P.M. (2005). *EQS 6 Structural equations program manual*. Multivariate Software, Inc.
- Bernal, G. (2007). La psicología clínica en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 17, 343-388.
- Bernal, G., & Rodríguez-Soto, N. del C. (2010). Development and Psychometric Properties of the Evidence-based Professional Practice Scale (EBPP-S). *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 29(4), 385-390.
- Bernal, G., & Rodríguez-Soto, N. del C. (2012). *La práctica psicológica basada en la evidencia: hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad della cliente, su contexto y la ética*. En A. Martínez-Taboas & N. Quintero (Eds.), *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Una perspectiva hispana*. Publicaciones Puertorriqueñas.
- Bernstein, D., & Nietzel, M. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. (6ta ed). Mc Graw Gill.
- Byrne, B.M. (2016). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Chambless, D. L. (1996). In defense of dissemination of empirically supported psychological interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3(3), 230-235. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1996.tb00074.x>
- Chou, C-P., Bentler, P.M. & Satorra, A. (1991). Scaled test statistics and robust standard errors for non-normal data in covariance structure analysis: A Monte Carlo study. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 44, 347-357. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1991.tb00966.x>
- DeCarlo, L.T. (1997). On the meaning and use of kurtosis. *Psychological Methods*, 2, 292-307. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.2.3.292>
- DeVellis, R.F. (2017). *Scale development: Theory and applications*. SAGE Publications.
- Documentos, Ley No. 22-01 (2004). *Colegio Dominicano de Psicólogos*. Editora Búho.
- Fisher, L., & Navarro, A. (1995). *Introducción a la Investigación de Mercados*. McGraw Hill Interamericana.
- Gaete Santelices, B., & Herrera Troncoso, C. (2010). Actitud hacia la práctica basada en la evidencia (PBE) en psicólogos clínicos de los centros comunitarios de salud mental (COSAM) de la provincia de Santiago. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/106253>
- Gallegos, M. (2010). Primera conferencia Latinoamericana sobre entrenamiento en psicología (1974): El modelo Latinoamericano y su significación histórica. *Psicología Ciência e Profissão*, 30(4), 792-809. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v30n4/v30n4a10.pdf>
- Gray, MJ, Elhai, JD, & Schmidt, L.O. (2007). Actitudes de los profesionales del trauma hacia y la utilización de prácticas basadas en evidencia. *Modificación del comportamiento*, 31 (6), 732-748. <https://doi.org/10.1177/0145445507302877>
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., & Anderson, R.E. (2019). *Multivariate data analysis*. Cengage.
- Hernández, C., De la Cruz, X., Mencía G. e Hidalgo G. (2018). *Congreso Caribeño de Psicología: El camino de la integración*. Fundación para el Desarrollo de la psicología en el Caribe.
- Hu, L-T., Bentler, P.M. & Kano, Y. (1992). Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychological Bulletin*, 112, 351-362. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.2.351>
- Jacobs, J. A., Jones, E., Gabella, B. A., Spring, B., & Brownson, R. C. (2012). Tools for implementing an evidence-based

- approach in public health practice. *Preventing chronic disease*, 9, E116. <https://doi.org/10.5888/pcd9.110324>
- Juárez, A. R. (2016). *Lightner Witmer y la primera clínica psicológica de niños de Estados Unidos*. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Kazdin, A. E. y Weisz, J (2003) (Editors). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. The Guilford Press.
- Levant, R. F., & Sperry, H. A. (2016). *Components of evidence-based practice in psychology*. In N. Zane, G. Bernal, & F. T. L. Leong (Eds.), *Cultural, racial, and ethnic psychology book series. Evidence-based psychological practice with ethnic minorities: Culturally informed research and clinical strategies* (p. 15–29). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14940-002>
- Martínez, A. D., Aguilera C., Cañabate A., Mena A. L., & Remesal, R. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para la anorexia nerviosa. *Boletín Psicoevidencias* n° 51. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/10-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-la-anorexia/file>
- Miller, P. M. (2009) (Edited). *Evidence-Based Addiction Treatment*. Academic Press.
- Montero, I., & Le.n, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Nelson, T., & Steele R. (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*, 34(4). <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0111-x>
- Nicolás, G., & Martínez, G. (2015). Evaluación de prácticas en psicología clínica dominicana. *Psiencia*, 7(1), (41-53). <http://dx.doi.org/10.5872/psiencia.v7i1.138>
- Plan nacional de salud mental: República Dominicana 2019-2022. (2019). Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo.
- Regionales de salud (2020). *Servicio Nacional de Salud*. Santo Domingo. <https://sns.gob.do/servicios/establecimientos-de-salud#>
- Rosario-Hernández, E., & Rovira Millán, L.V. (2002). Desarrollo y validación de una escala para medir actitudes hacia el retiro. *Revista de Psicología Puertorriqueña*. 13, 45-60.
- Rye, M., Torres, E. M., Friborg, O., Skre, I., & Aarons, G. A. (2017). The Evidence-based Practice Attitude Scale-36 (EBPAS-36): a brief and pragmatic measure of attitudes to evidence-based practice validated in US and Norwegian samples. *Implementation science: IS*, 12(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0573-0>
- Sánchez, J. A. (2003). *La formación del psicólogo en una perspectiva internacional*. Universidad del Bosque: Bogotá.
- Satorra, A. & Bentler, P.M. (1988). Scaling corrections for chi-square statistics in covariance structure analysis. *American Statistical associations 1988 proceedings of the business and economics section* (pp. 308-313). Alexandria, VA: American Statistical Association.
- Trull, T. J. Y Phares, E.J. (2003). *Psicología clínica*. Thomson.
- West, S.G., Finch, J.F. & Curran, P.J. (1995). *Structural equation models with non-normal data variables: Problems and remedies*. En R.H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 56-75). Thousand Oaks, SAGE Publications.



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
© 2020 Autores.