

El Conocimiento y el Uso en la Práctica Clínica de los Tratamientos Psicológicos Basados en la Evidencia

Mario Gálvez-Lara, Jorge Corpas, Judith Velasco y Juan A. Moriana

Universidad de Córdoba, España; Instituto Maimónides para la Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), España;
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 11 de diciembre de 2018
Aceptado el 20 de marzo de 2019
Online el 29 de abril de 2019

Palabras clave:
Tratamientos psicológicos basados en la evidencia
Investigación
Práctica clínica
Divulgación
Terapia cognitivo-conductual

Keywords:
Evidence-based psychological treatments
Research
Clinical practice
Dissemination
Cognitive-behavioral therapy

RESUMEN

Este trabajo pretende conocer el impacto que los tratamientos basados en la evidencia (TBE) ejercen sobre la psicología aplicada, así como los factores que podrían estar relacionados con dicho impacto. La muestra estuvo compuesta por 242 psicólogos formados en España, a los que se les administró un cuestionario *ad hoc* constituido por preguntas que recogían información acerca de determinadas variables sociodemográficas y sobre el uso o conocimiento de los TBE para los trastornos mentales en población adulta. Los resultados señalan que, a excepción de las terapias cognitivo-conductuales, el impacto de los tratamientos basados en la evidencia es limitado, pudiendo influir en dicho impacto el tipo de acreditación profesional y los años de experiencia clínica. Los hallazgos de este estudio apoyan la idea de que los resultados de la investigación no se implementan ni consolidan del todo en los ámbitos aplicados.

Knowledge and use of evidence-based psychological treatments in clinical practice

ABSTRACT

This paper aims to know the impact of evidence-based treatments (EBTs) on applied psychology, as well as the factors that could be related to this impact. The sample consisted of 242 psychologists trained in Spain, who were administered an *ad hoc* questionnaire consisting of questions that gathered information about certain sociodemographic variables and about the use or knowledge of EBTs for mental disorders in adults. The results indicate that, with the exception of cognitive-behavioral therapies, the impact of EBTs is limited, and the professional accreditation and the years of clinical experience may influence this impact. The findings of this study support the idea that the results of the research are not fully consolidated in applied areas.

La evaluación científica de la eficacia de los tratamientos psicológicos se ha convertido en una cuestión fundamental para la psicología clínica en las últimas décadas, debido, entre otros motivos, a que el avance científico de la psicología en este ámbito pasa por determinar qué terapias son eficaces y al hecho de que la intervención psicológica forma parte de los servicios ofrecidos por los sistemas públicos de salud (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010). Sin embargo, son muchos los autores que plantean que los resultados obtenidos por la investigación científica ejercen poca influencia sobre la psicología aplicada (Barlow, Bullis, Comer y Ametaj, 2013; Kazdin, 2018), habiendo un amplio consenso acerca de la existencia de una brecha entre la investigación y la práctica clínica (Kazdin, 2008; Westen, Novotny y Thompson-Brenner, 2004).

En esta línea, algunos estudios plantean que en muchas ocasiones los pacientes no están recibiendo tratamientos basados en la evidencia (TBE) para el abordaje de sus problemas psicológicos (Dobson y Beshai, 2013; Dozois, 2013). Además, incluso cuando los psicólogos utilizan TBE, a menudo no son fieles a los manuales de tratamiento, ya que no siempre utilizan todos los elementos de la terapia (Stobie, Taylor, Quigley, Ewing y Salkovskis, 2007). Por lo tanto, esta situación provoca que los pacientes no se beneficien del conocimiento acumulado en décadas de investigación (Tasca et al., 2015), pudiendo incidir negativamente en su bienestar y recuperación (Constantino, Coyne y Gomez Penedo, 2017).

Son muchas las razones que se han dado para explicar la existencia de las discrepancias entre la investigación científica y la

Para citar este artículo: Gálvez-Lara, M., Corpas, J., Velasco, J. y Moriana, J. A. (2019). El conocimiento y el uso en la práctica clínica de los tratamientos psicológicos basados en la evidencia. *Clínica y Salud*, 30, 115-122. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a12>

Financiación: Este trabajo ha sido financiado por el Ministerio Español de Economía y Competitividad (MINECO), a través del proyecto PSI2014-56368-R.
Correspondencia: mario.galvez@uco.es (M. Gálvez-Lara).

ISSN: 1130-5274/© 2019 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

práctica aplicada. En primer lugar, numerosos terapeutas alegan que las muestras de pacientes utilizadas en los ensayos controlados aleatorizados (ECA) no son representativas de los pacientes que acuden a las consultas de psicología clínica (Gyani, Shafran, Rose y Lee, 2015), planteando además que existen diferencias entre intervenir en condiciones controladas de investigación y actuar en el contexto de tratamiento habitual (McLeod et al., 2017). Otros terapeutas mantienen que aprender paso a paso el desarrollo de un tratamiento es más importante que el aprendizaje sobre TBE y que aspectos como la alianza terapéutica son más relevantes que la intervención aplicada (Stewart, Stirman y Chambless, 2012).

El hecho de que los resultados de la investigación se divulguen mayoritariamente en revistas científicas puede ocasionar que dichos resultados no lleguen a los profesionales aplicados (Echeburúa et al., 2010). Varias encuestas han demostrado que pocos profesionales de la psicología clínica leen revistas científicas (Safran, Abreu, Ogilvie y DeMaria, 2011; Stewart y Chambless, 2007), tomando las decisiones de tratamiento en base a su experiencia clínica o a la de sus compañeros (Gyani, Shafran, Myles, y Rose 2014; Safran et al., 2011; Stewart y Chambless, 2007; Stewart, Chambless y Stirman, 2018; Stewart et

al., 2012). Además, algunos estudios han señalado que factores personales como la edad del profesional (Aarons y Sawitzky, 2006), la orientación terapéutica (Gyani et al., 2014; Safran et al., 2011; Stewart y Chambless, 2007), el nivel educativo (Beidas y Kendall, 2010), los años de experiencia clínica (Beidas y Kendall, 2010) y el ámbito laboral (Gyani et al., 2014) pueden influir en el uso de los TBE.

Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es determinar el uso que los psicólogos formados en España hacen de los TBE para los diferentes trastornos mentales o el conocimiento que tienen de los mismos en caso de no desarrollar práctica clínica o no tener experiencia con un trastorno específico, así como analizar los factores personales que puedan estar relacionados con la integración de la evidencia científica dentro de la práctica clínica.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 242 graduados o licenciados en psicología formados académicamente en universidades

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes, *n* (%), del uso o conocimiento de los TBE para los trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático

	Uso habitual	No considera oportuno su uso para este trastorno	No dispone de las competencias necesarias para utilizarlo	No lo conoce
Ansiedad generalizada				
TCC	208 (87.0)	13 (5.4)	17 (7.1)	1 (0.4)
Terapia de autoayuda	62 (25.9)	84 (35.1)	27 (11.3)	66 (27.6)
Relajación aplicada	193 (80.8)	28 (11.7)	17 (7.1)	1 (0.4)
Mindfulness	94 (39.3)	30 (12.6)	95 (39.7)	20 (8.4)
Terapia psicodinámica	22 (9.2)	79 (33.1)	90 (37.7)	48 (20.1)
Psicoeducación	178 (74.5)	24 (10.0)	18 (7.5)	19 (7.9)
Trastorno de pánico				
TCC	204 (85.4)	14 (5.9)	20 (8.4)	1 (0.4)
Terapia conductual	171 (71.5)	43 (18.0)	21 (8.8)	4 (1.7)
Terapia de autoayuda	66 (27.6)	73 (30.5)	39 (16.3)	61 (25.5)
Relajación aplicada	181 (75.7)	35 (14.6)	20 (8.4)	3 (1.3)
Terapia psicodinámica	19 (7.9)	81 (33.9)	87 (36.4)	52 (21.8)
Psicoeducación	175 (73.2)	22 (9.2)	21 (8.8)	21 (8.8)
Ansiedad social				
TCC	208 (87.0)	13 (5.4)	18 (7.5)	---
Terapia de autoayuda	75 (31.4)	71 (29.7)	33 (13.8)	60 (25.1)
Terapia psicodinámica	24 (10.0)	82 (34.3)	90 (37.7)	43 (18.0)
Terapia interpersonal	67 (28.0)	31 (13.0)	79 (33.1)	62 (25.9)
TAC	81 (33.9)	41 (17.2)	94 (39.3)	23 (9.6)
Terapia de exposición	203 (84.9)	12 (5.0)	19 (7.9)	5 (2.1)
Habilidades sociales	211 (88.3)	13 (5.4)	14 (5.9)	1 (0.4)
Fobias específicas				
Terapia de autoayuda	75 (31.4)	71 (29.7)	31 (13.0)	62 (25.9)
Terapia de exposición	213 (89.1)	4 (1.7)	17 (7.1)	5 (2.1)
Trastorno obsesivo-compulsivo				
TAC	102 (42.7)	39 (16.3)	73 (30.5)	25 (10.5)
EPR	199 (83.3)	9 (3.8)	14 (5.9)	17 (7.1)
Terapia de autoayuda	81 (33.9)	57 (23.8)	33 (13.8)	68 (28.5)
Estrés postraumático				
TCC	195 (81.6)	18 (7.5)	22 (9.2)	4 (1.7)
Terapia de procesamiento cognitivo	96 (40.2)	21 (8.8)	50 (20.9)	72 (30.1)
DRMO (EMDR)	25 (10.5)	34 (14.2)	131 (54.8)	49 (20.5)
Terapia centrada en el presente	72 (30.1)	15 (6.3)	57 (23.8)	95 (39.7)
Exposición controlada	153 (64.0)	29 (12.1)	4 (1.7)	23 (9.6)
Terapia de búsqueda de seguridad	29 (12.1)	25 (10.5)	35 (14.6)	150 (62.8)
Terapia de inoculación del estrés	104 (43.5)	51 (21.3)	52 (21.8)	32 (13.4)

Nota. DRMO = desensibilización y reprocesamiento por medio de movimientos oculares; EPR = exposición y prevención de respuesta; TAC = terapia de aceptación y compromiso; TCC = terapia cognitivo-conductual.

españolas, de los cuales el 64% ($n = 155$) eran mujeres y el 36% ($n = 87$) hombres, con una media de edad de 39.14 años ($DT = 10.52$).

Instrumentos

Para llevar a cabo este estudio se desarrolló un instrumento *ad hoc*, compuesto por dos secciones diferenciadas: a) variables sociodemográficas (8 ítems) y b) cuestionario acerca del uso o conocimiento de determinados TBE para los trastornos mentales en población adulta (97 ítems).

Las variables sociodemográficas que se recogieron fueron las siguientes: edad, sexo, nivel educativo, año de finalización de los estudios de grado o licenciatura, acreditación profesional, años de experiencia en evaluación y tratamiento psicológico, ámbito de trabajo y orientación teórica.

El segundo apartado del instrumento fue un cuestionario que incluía 97 TBE agrupados para 12 trastornos en población adulta. Dichos tratamientos fueron extraídos de la revisión realizada por [Moriana, Gálvez-Lara y Corpas \(2017\)](#), que recopiló las terapias psicológicas recomendadas por la *American Psychological Association* (APA), *el National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), la *Cochrane Collaboration* y la *Australian Psychological Society* (APS) para el abordaje de diferentes trastornos mentales en adultos. Las terapias incluidas en el cuestionario se pueden revisar en las [Tablas 1](#),

[2](#) y [3](#). Para cada tratamiento, los participantes debían marcar una de las siguientes opciones: *lo conozco y lo utilizo habitualmente para este trastorno*, *lo conozco pero no considero oportuno utilizarlo para este trastorno*, *lo conozco pero no tengo las competencias necesarias para utilizarlo o no lo conozco*. Aquellos participantes que no desarrollaran práctica clínica o no tuvieran experiencia con un trastorno específico debían responder estas cuestiones en base a su formación académica. Como medida relativa del uso o conocimiento de los TBE por parte de los participantes se utilizó la puntuación total del cuestionario, compuesta por el número de veces que se indica que un tratamiento era conocido y utilizado habitualmente, pudiéndose obtener una puntuación entre 0 y 97.

Procedimiento

Se contactó vía email y telefónica con una muestra representativa de los colegios oficiales e instituciones científico-profesionales de psicología de nuestro país, preguntándoles por su disposición para difundir nuestro estudio entre sus colegiados o asociados. A aquellos colegios e instituciones que aceptaron colaborar en nuestro estudio se les envió un segundo email que contenía una breve carta de presentación con información sobre el estudio y el link de nuestro instrumento alojado en Google formularios, con el objetivo de que lo difundieran entre todos sus usuarios. Mediante este

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes, n (%), del uso o conocimiento de los TBE para la depresión y el trastorno bipolar

	Uso habitual	No considera oportuno su uso para este trastorno	No dispone de las competencias necesarias para utilizarlo	No lo conoce
Depresión				
TAC	118 (49.4)	24 (10.0)	79 (33.1)	18 (7.5)
Relajación aplicada	132 (55.2)	85 (35.6)	20 (8.4)	2 (0.8)
Terapia de activación conductual	174 (72.8)	12 (5.0)	19 (7.9)	34 (14.2)
CBASP	32 (13.4)	16 (6.7)	40 (16.7)	151 (63.2)
TCC	203 (84.9)	18 (7.5)	17 (7.1)	1 (0.4)
Entrenamiento en memoria competitiva	8 (3.3)	21 (8.8)	29 (12.1)	181 (75.7)
Terapia de pareja	77 (32.2)	82 (34.3)	49 (20.5)	31 (13.0)
Terapia cognitiva	174 (72.8)	30 (12.6)	28 (11.7)	7 (2.9)
Counselling	51 (21.3)	71 (29.7)	52 (21.8)	65 (27.2)
TDC	48 (20.1)	46 (19.2)	66 (27.6)	79 (33.1)
Terapia centrada en la emoción	79 (33.1)	25 (10.5)	56 (23.4)	79 (33.1)
Terapia interpersonal	73 (30.5)	27 (11.3)	69 (28.9)	70 (29.3)
Mindfulness	87 (36.4)	41 (17.2)	89 (37.2)	22 (9.2)
Actividad física	188 (78.7)	15 (6.3)	24 (10.0)	12 (5.0)
Terapia psicodinámica	26 (10.9)	75 (31.4)	89 (37.2)	49 (20.5)
Psicoeducación	167 (69.9)	29 (12.1)	24 (10.0)	19 (7.9)
Terapia de solución de problemas	182 (76.2)	21 (8.8)	20 (8.4)	16 (6.7)
Terapia racional emotiva conductual	141 (59.0)	26 (10.9)	44 (18.4)	28 (11.7)
Terapia de reminiscencia	14 (5.9)	28 (11.7)	41 (17.2)	156 (65.3)
Terapia de autocontrol	85 (35.6)	60 (25.1)	23 (9.6)	71 (29.7)
Terapia de autoayuda	87 (36.4)	60 (25.1)	31 (13.0)	61 (25.5)
Terapia de autosistema	6 (2.5)	17 (7.1)	21 (8.8)	195 (81.6)
Trastorno bipolar				
TCC	184 (77.0)	16 (6.7)	31 (13.0)	8 (3.3)
Terapia cognitiva	153 (64.0)	33 (13.8)	39 (16.3)	14 (5.9)
Terapia centrada en la familia	115 (48.1)	26 (10.9)	55 (23.0)	43 (18.0)
Psicoeducación familiar	158 (66.1)	15 (6.3)	34 (14.2)	32 (13.4)
Terapia grupal	91 (38.1)	38 (15.9)	80 (33.5)	30 (12.6)
TCII	40 (16.7)	15 (6.3)	52 (21.8)	132 (55.2)
Terapia interpersonal y del ritmo social	32 (13.4)	16 (6.7)	50 (20.9)	141 (59.0)
Mindfulness	72 (30.1)	45 (18.8)	94 (39.3)	28 (11.7)
Psicoeducación	160 (66.9)	22 (9.2)	33 (13.8)	24 (10.0)
Cuidados sistemáticos	45 (18.8)	17 (7.1)	37 (15.5)	140 (58.6)

Nota. TAC = terapia de aceptación y compromiso; CBASP = sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual; TCC = terapia cognitivo-conductual; TCII = terapia cognitiva integrada e interpersonal; TDC = terapia dialéctico-conductual.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes, *n* (%), del uso o conocimiento de los TBE para los trastornos de alimentación, esquizofrenia y trastorno límite de personalidad

	Uso habitual	No considera oportuno su uso para este trastorno	No dispone de las competencias necesarias para utilizarlo	No lo conoce
Anorexia nerviosa				
TCC	177 (74.1)	14 (5.9)	41 (17.2)	7 (2.9)
TBF	130 (54.4)	8 (3.3)	68 (28.5)	33 (13.8)
Terapia interpersonal	74 (31.0)	21 (8.8)	83 (34.7)	61 (25.5)
Terapia psicodinámica	23 (10.9)	69 (28.9)	96 (40.2)	48 (20.1)
TCA	35 (14.6)	30 (12.6)	79 (33.1)	95 (39.7)
Bulimia nerviosa				
TCC	181 (75.7)	14 (5.9)	36 (15.1)	8 (3.3)
TBF	121 (50.6)	17 (7.1)	70 (29.3)	31 (13.0)
Terapia interpersonal	75 (31.4)	22 (9.2)	77 (32.2)	65 (27.2)
Programa de peso saludable	85 (35.6)	22 (9.2)	46 (19.2)	86 (36.0)
TDC	66 (27.6)	26 (10.9)	74 (31.0)	73 (30.5)
Terapia de autoayuda	66 (27.6)	63 (26.4)	44 (18.4)	66 (27.6)
Esquizofrenia				
TAC	86 (36.0)	51 (21.3)	72 (30.1)	30 (12.6)
PTAC	98 (41.0)	10 (4.2)	56 (23.4)	75 (31.4)
Entrenamiento en adaptación cognitiva	74 (31.0)	11 (4.6)	47 (19.7)	107 (44.8)
TCC	163 (68.2)	22 (9.2)	40 (16.7)	14 (5.9)
Rehabilitación cognitiva	114 (47.7)	21 (8.8)	52 (21.8)	52 (21.8)
Terapia centrada en la familia	128 (53.6)	10 (4.2)	59 (24.7)	42 (17.6)
Manejo de la enfermedad y la recuperación	134 (56.1)	9 (3.8)	43 (18.0)	53 (22.2)
Terapia psicodinámica	20 (8.4)	88 (36.8)	72 (30.1)	59 (24.7)
Psicoeducación	157 (65.7)	17 (7.1)	36 (15.1)	29 (12.1)
Empleo con apoyo	104 (43.5)	11 (4.6)	60 (25.1)	64 (26.8)
Habilidades sociales	172 (72.0)	13 (5.4)	41 (17.2)	13 (5.4)
Programas de economía de fichas	88 (36.8)	88 (36.8)	43 (18.0)	20 (8.4)
Trastorno límite de la personalidad				
TCA	44 (18.4)	18 (7.5)	79 (33.1)	98 (41.0)
TCC	166 (69.5)	29 (12.1)	33 (13.8)	11 (4.6)
TDC	88 (36.8)	12 (5.0)	66 (27.6)	73 (30.5)
Entrenamiento en regulación de la emoción	134 (56.1)	13 (5.4)	40 (16.7)	52 (21.8)
Terapia interpersonal	75 (31.4)	17 (7.1)	75 (31.4)	72 (30.1)
Mindfulness	83 (34.7)	37 (15.5)	91 (38.1)	28 (11.7)
Terapia psicodinámica	25 (10.5)	79 (33.1)	87 (36.4)	48 (20.1)
Psicoeducación	159 (66.5)	21 (8.8)	34 (14.2)	25 (10.5)
Terapia centrada en esquemas	31 (13.0)	17 (7.1)	66 (27.6)	125 (52.3)
STEPPS	68 (28.5)	15 (6.3)	53 (22.2)	103 (43.1)
TCT	23 (9.6)	20 (8.4)	55 (23.0)	141 (59.0)

Nota. PTAC = programa de entrenamiento asertivo comunitario; STEPPS = entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas; TAC = terapia de aceptación y compromiso; TCA = terapia cognitivo-analítica; TBF = terapia basada en la familia; TCC = terapia cognitivo-conductual; TDC = terapia dialéctico-conductual; TCT = terapia centrada en la transferencia.

método de recogida de información, el anonimato de los participantes estuvo garantizado.

Análisis Estadísticos

En primer lugar se analizó la presencia de valores *outliers* en la puntuación total del cuestionario mediante un diagrama de caja, dando lugar a la eliminación de los sujetos con estas puntuaciones. A continuación, para analizar la relación de las variables sociodemográficas con el uso de los TBE se calculó el coeficiente de correlación de Pearson para la variable edad y se llevó a cabo la prueba *t* de Student para las variables compuestas por dos grupos y el análisis de varianza de un factor (ANOVA) para aquellas que contuvieran tres o más grupos. La homogeneidad de varianzas se analizó mediante el test de Levene. Para determinar las diferencias específicas entre grupos dentro de cada variable se llevaron a cabo comparaciones múltiples mediante el test de Tukey (si se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas) o mediante la prueba Games-Howell (si no se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas).

Resultados

Todos los participantes respondieron a todas las cuestiones que se les plantearon, de manera que no hubo pérdida de datos. El diagrama de caja señala la presencia de tres *outliers* con valores iguales o mayores a 91 puntos en el total del cuestionario. Tras la eliminación de los *outliers* se obtuvo un tamaño muestral de 239 participantes, con una puntuación media en el cuestionario de 42.92 (*DT* = 18.26). Las Tablas 1, 2 y 3 muestran las frecuencias y porcentajes del uso o conocimiento de los TBE para los trastornos incluidos en el cuestionario.

La relación de las variables sociodemográficas con el uso o conocimiento de los TBE fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson y las pruebas *t* de Student y ANOVA. El análisis de correlación de Pearson indica que no hay una correlación estadísticamente significativa entre la edad y el uso o conocimiento de dichos tratamientos ($r = .063, p > .05$). La prueba *t* de Student muestra que no existen diferencias significativas en la variable "orientación teórica" en la utilización o conocimiento de los tratamientos consultados. Los

Tabla 4. Variables sociodemográficas y diferencia de medias en el uso o conocimiento de los TBE

Variable	n (%)	M (DT)	F/t	p
Nivel educativo				
Grado o licenciatura	62 (25.9)	43.90 (20.86)	0.124	.883
Máster	133 (55.6)	42.64 (18.11)		
Doctorado	44 (18.4)	42.36 (14.82)		
Año de finalización de los estudios de grado o licenciatura				
1995 o anteriores	60 (25.1)	43.48 (17.56)	0.470	.625
1996 a 2005	72 (30.1)	41.18 (19.14)		
2006 a 2017	107 (44.8)	43.77 (18.14)		
Acreditación profesional				
No acreditado	31 (13.0)	34.25 (22.51)	4.775 ¹	.011
Especialista en psicología clínica	75 (31.4)	46.97 (15.28)		
Psicólogo general sanitario o habilitado	133 (55.6)	42.65 (18.12)		
Experiencia clínica				
Sin experiencia	41 (17.2)	31.12 (23.44)	5.628 ¹	.000
1 a 3 años	45 (18.8)	43.53 (17.89)		
4 a 9 años	54 (22.6)	45.92 (15.62)		
10 a 15 años	42 (17.6)	44.59 (15.07)		
16 años o más	57 (23.8)	46.84 (15.75)		
Ámbito de trabajo				
En desempleo o distinto a psicología	31 (13.0)	39.03 (22.21)	0.790	.533
Clínica privada	107 (44.8)	42.74 (18.51)		
Universidad	32 (13.4)	41.59 (17.36)		
Servicios públicos de salud mental	38 (15.9)	46.34 (13.97)		
Otros servicios públicos (p. ej., servicios sociales adicciones, etc.)	31 (13.0)	44.58 (18.88)		
Orientación teórica				
Cognitivo-Conductual	147 (61.5)	43.36 (16.31)	0.450 ²	.653
Otras corrientes	92 (38.5)	42.20 (21.09)		
Conductual	49 (20.5)			
Cognitiva	5 (2.1)			
Sistémica	11 (4.6)			
Psicodinámica	6 (2.5)			
Ecléctica	9 (3.8)			
Otras	12 (5.0)			

Nota. ¹F de Brown-Forsythe debido a la desigualdad de varianzas ($p < .05$) entre los grupos.

²Valor de *t* asumiendo varianzas desiguales ($p < .05$) entre los grupos.

ANOVA realizados indican diferencias estadísticamente significativas en las variables “acreditación profesional” y “años de experiencia clínica”, no observándose diferencias significativas en el resto de variables (ver [Tabla 4](#)).

Debido a que el test de Levene mostró desigualdad de varianzas en las variables “acreditación profesional”, $F(2, 236) = 4.683$, $p = .010$, y “años de experiencia clínica”, $F(4, 234) = 4.744$, $p = .001$, se utilizó la prueba de Games-Howell para conocer las diferencias entre los grupos dentro de dichas variables. En cuanto a la acreditación profesional, la prueba Games-Howell señala diferencias estadísticamente significativas entre aquellos profesionales de la psicología que no están acreditados y los especialistas en psicología clínica, sin que aparezcan diferencias significativas en el resto de comparaciones (ver [Tabla 5](#)). Por su parte, las comparaciones múltiples en la variable “años de experiencia clínica” muestran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes sin experiencia clínica y aquellos con cuatro años o más de experiencia, mientras que en el resto de comparaciones de esta variable no aparecen diferencias (ver [Tabla 5](#)).

Discusión

Este estudio tenía como objetivos analizar el uso o el conocimiento de los TBE por parte de los psicólogos formados en España, así como determinar los factores personales que pudieran estar relacionados con la integración de estos tratamientos dentro de la psicología aplicada. Los resultados indicaron que el impacto que las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia ejercen sobre la práctica clínica es limitado. Así, a pesar de la evidencia demostrada por todas las terapias incluidas en el cuestionario, en numerosas ocasiones los participantes indicaron que no consideraban oportuno su uso, que no te-

nían las competencias necesarias para llevarlas a cabo o, simplemente, que no las conocían. Sin embargo, podemos afirmar que para todos los trastornos analizados las terapias de corte cognitivo-conductual eran ampliamente utilizadas o conocidas.

En el caso de la terapia psicodinámica, para todos los trastornos en los que ha demostrado ser eficaz, más del 60 % de los encuestados afirmaron no considerar oportuno su uso o no disponer de las competencias necesarias. Algo parecido ocurre con la terapia interpersonal y con la terapia dialéctico conductual, ya que en todos los trastornos en los que aparecen alrededor del 60 % de los participantes indicaron que no la conocían o que no disponían de las competencias para utilizarla. Sin embargo, la eficacia de la terapia dialéctico-conductual ha sido ampliamente demostrada para el trastorno límite de personalidad, al igual que la eficacia de la terapia interpersonal para la depresión ([Morianan et al., 2017](#)).

Otro resultado significativo es el elevado número de terapias que han demostrado ser eficaces, pero sin embargo son desconocidas para la mayoría de los participantes en nuestro estudio. Es el caso de la terapia de búsqueda de seguridad para el trastorno de estrés postraumático (62.8 %), el sistema de psicoterapia de análisis cognitivo-conductual para la depresión (63.2 %), el entrenamiento en memoria competitiva para la depresión (75.7 %), la terapia de reminiscencia para la depresión (65.3 %), la terapia de autosistema para la depresión (81.6 %), la terapia cognitiva integrada e interpersonal para el trastorno bipolar (55.2 %), la terapia interpersonal y del ritmo social para el trastornos bipolar (59.0 %), los cuidados sistemáticos para el trastorno bipolar (58.6 %), la terapia centrada en esquemas para el trastorno límite de la personalidad (52.3 %) y la terapia centrada en la transferencia para el trastorno límite de la personalidad (59.0 %).

Tabla 5. Prueba Games-Howell de comparaciones múltiples de las variables acreditación y años de experiencia clínica

		Diferencia de medias	Error estándar	P
No acreditado	Clínico	-12.715	4.411	.017
	Sanitario	-8.396	4.338	.142
Clínico	No acreditado	12.715	4.411	.017
	Sanitario	4.319	2.363	.164
Sanitario	No acreditado	8.396	4.338	.142
	Clínico	-4.319	2.363	.164
Sin experiencia	1 a 3 años	-12.411	4.529	.057
	4 a 9 años	-14.803	4.233	.007
	10 a 15 años	-13.473	4.337	.022
	16 años o más	-15.720	4.214	.004
1 a 3 años	Sin experiencia	12.411	4.529	.057
	4 a 9 años	-2.392	3.410	.956
	10 a 15 años	-1.061	3.539	.998
	16 años o más	-3.308	3.387	.865
4 a 9 años	Sin experiencia	14.803	4.233	.007
	1 a 3 años	2.392	3.410	.956
	10 a 15 años	1.330	3.151	.993
	16 años o más	-0.916	2.979	.998
10 a 15 años	Sin experiencia	13.473	4.337	.022
	1 a 3 años	1.061	3.539	.998
	4 a 9 años	-1.330	3.151	.993
	16 años o más	-2.246	3.125	.952
16 años o más	Sin experiencia	15.720	4.214	.004
	1 a 3 años	3.308	3.387	.865
	4 a 9 años	0.916	2.979	.998
	10 a 15 años	2.246	3.125	.952

Estos resultados demuestran que la divulgación de la eficacia de todos los tratamientos anteriores no ha sido del todo exitosa. El caso opuesto lo tenemos en el *mindfulness* ya que, a pesar de no haber un amplio consenso internacional acerca de su eficacia (Moriana et al., 2017), para todos los trastornos en los que mostró ser beneficiosa el 70% de los participantes afirmaron usar o conocer la eficacia de la terapia o bien conocer la terapia pero no disponer de las competencias necesarias para llevarla a cabo.

Tras analizar los factores personales que podrían estar relacionados con el uso o conocimiento de los TBE, tan solo la acreditación profesional y los años de experiencia clínica estaban relacionados con dicho uso o conocimiento. Los resultados mostraron que los psicólogos especialistas en psicología clínica hacían un mayor uso o tenían un mayor conocimiento de los TBE que los psicólogos no acreditados. Sin embargo, no hubo diferencias entre las puntuaciones de los psicólogos sanitarios y aquellos no acreditados. Recientemente se ha realizado una encuesta a psicólogos aplicados con el objetivo de conocer la actualidad de la psicoterapia en nuestro país (Labrador y Berdullas, 2017). Aunque en esta encuesta se les preguntó a los participantes si sus intervenciones seguían las directrices de guías y protocolos de tratamiento basados en la evidencia, este es el primer trabajo que analiza el uso de un amplio listado de TBE por parte de los psicólogos formados en España o su conocimiento en el caso de no desarrollar práctica clínica. Por lo tanto, debido a que la distinción entre psicólogo no acreditado, psicólogo sanitario y psicólogo especialista en psicología clínica es propia de nuestro país, no existen estudios que nos permitan comparar estos resultados.

En cuanto a los años de experiencia clínica, los resultados mostraron que los participantes con cuatro años de experiencia o más obtuvieron mayor puntuación en el cuestionario que aquellos que no tenían experiencia clínica. En cambio, no hubo diferencias entre las puntuaciones de los participantes dentro de los distintos grupos que tenían experiencia clínica. Por lo tanto, el uso o conocimiento de

TBE no aumentó a medida que aumentaban los años de experiencia, estancándose a partir de los cuatro años. Aunque algunos estudios sugieren que existe una relación positiva entre los años de experiencia clínica y el uso de TBE (Aarons, 2004; Beidas y Kendall, 2010), nuestros resultados van más en consonancia con los obtenidos por Nelson y Steele (2007), que indican que no existe relación entre los años de experiencia clínica y el uso de TBE.

Como se ha indicado anteriormente, el resto de factores personales analizados (edad, año de finalización de los estudios de grado o licenciatura, nivel educativo, ámbito de trabajo y orientación teórica) no estuvieron relacionados con el uso o conocimiento de TBE. En el caso de la edad y año de finalización de los estudios de grado o licenciatura, nuestros resultados contradicen trabajos previos que indican que los profesionales más jóvenes suelen utilizar en mayor medida TBE que aquellos con mayor edad (Aarons y Sawitzky, 2006) y que puede existir una mayor resistencia al uso de este tipo de intervenciones en los psicólogos que se formaron antes de la época de las prácticas basadas en la evidencia (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman, 2013).

En relación con el nivel educativo, los resultados de nuestro estudio muestran que no hay diferencias entre graduados o licenciados, másteres y doctorados a nivel de uso o conocimiento de TBE. Estos resultados van en la línea de los obtenidos por Nelson y Steele (2007), que indicaron que no había diferencias entre distintos tipos de doctorados y másteres en el uso de TBE. Sin embargo, otros autores han señalado que el nivel educativo está relacionado positivamente con el uso de estos tratamientos (Aarons, 2004; Beidas y Kendall, 2010).

Son numerosos los estudios que plantean que la orientación teórica puede ser un factor determinante a la hora de utilizar terapias basadas en la evidencia (Gyani et al., 2014; Safra et al., 2011; Stewart y Chambless, 2007). Aunque todos ellos indican que los terapeutas cognitivo-conductuales utilizan los resultados de la investigación científica en mayor medida que los terapeutas de otras orientaciones, los resultados de nuestro estudio muestran que no hay diferencias entre los psicólogos cognitivo-conductuales y los psicólogos de otras corrientes a la hora de utilizar o conocer los TBE. Este resultado podría explicarse debido a que de los 92 psicólogos incluidos dentro del grupo de otras corrientes 54 se definían como terapeutas conductuales o cognitivos.

El último de los factores analizados en nuestro estudio ha sido el ámbito de trabajo, obteniendo como resultado valores similares en el uso o conocimiento de los TBE a lo largo de los diferentes ámbitos laborales. Sin embargo, estudios previos indican que el ámbito laboral puede influir en la utilización de TBE. Así, mientras que los terapeutas del *National Health Service* (NHS) de Reino Unido usaban intervenciones basadas en la evidencia en mayor grado que los psicólogos que trabajaban en el ámbito privado (Gyani et al., 2014), un estudio llevado a cabo en Estados Unidos mostró que los psicólogos que trabajaban en instituciones privadas tenían una actitud más positiva a la hora de realizar prácticas psicológicas basadas en la evidencia que sus colegas que trabajaban en instituciones gubernamentales (Aarons, Sommerfeld y Walrath-Greene, 2009).

Como sugiere Kazdin (2008), muchos de los TBE tienen una aplicabilidad real muy baja, por lo que para mejorar la diseminación de estos tratamientos entre los psicólogos aplicados sería conveniente adecuar las intervenciones a situaciones reales de aplicación. Otra propuesta para facilitar la diseminación de los tratamientos sería el abordaje psicológico desde una perspectiva transdiagnóstica enfocada en un conjunto de principios terapéuticos comunes (Barlow, Allen y Choate, 2004). Además, el desarrollo de tratamientos encaminados a abordar procesos comunes a distintos trastornos mentales podría aumentar los niveles de eficacia de las intervenciones (Tortella-Feliu et al., 2016).

Limitaciones

Este trabajo presenta varias limitaciones, además de los sesgos asociados al uso de medidas de autoinforme. En primer lugar, la

muestra de participantes en nuestro estudio ha sido pequeña. En segundo lugar, a pesar de que el objetivo de este trabajo era conocer si los resultados de la investigación eran tenidos en cuenta en la práctica clínica, no se preguntó a los participantes por el método que utilizaban para mantenerse informados sobre las actualizaciones en TBE (p. ej., revistas científicas, cursos de formación, congresos científicos, etc.). Adicionalmente, aunque se contactó con los colegios oficiales y con numerosas instituciones científico-profesionales de psicología de nuestro país, algunos de los organismos no respondieron a nuestra invitación mientras que otros rechazaron enviar nuestro estudio a sus afiliados. Por lo tanto, el hecho de que no todos los colegios e instituciones participaran pudo sesgar los resultados del estudio, ya que los puntos de vista e intereses de los profesionales afiliados podían variar de un organismo a otro. Por último, los resultados han podido estar desvirtuados debido a que algunos de los participantes no tenían experiencia clínica y a que es posible que no todos los profesionales con experiencia hubieran intervenido en todos los trastornos por los que se ha preguntado. Así, en unas ocasiones habrían respondido en base a su experiencia clínica y en otras en base al conocimiento que tenían acerca de la eficacia de una determinada terapia.

Por todo ello, futuras investigaciones deberían ir encaminadas a conocer el uso de los diferentes TBE por parte de psicólogos que tengan experiencia en el tratamiento de un determinado trastorno. Además, se deberían realizar investigaciones en las que participaran afiliados de todos los organismos científico-profesionales de psicología de nuestro país.

Conclusión

Este estudio ha evaluado el impacto que un amplio listado de TBE ejerce sobre la práctica clínica. Los principales resultados han mostrado que los psicólogos formados en España utilizan terapias cognitivo-conductuales, o conocen su eficacia, para el tratamiento de los trastornos mentales. Sin embargo, el uso o el conocimiento de la eficacia del resto de los TBE es muy limitado. Por último, el tipo de acreditación profesional y los años de experiencia clínica podrían estar influyendo en el uso o conocimiento de estos tratamientos. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio apoyan la idea de que los resultados de la investigación no se consolidan del todo en los ámbitos aplicados.

Extended Summary

The scientific assessment of the efficacy of psychological treatments has become a major concern in clinical psychology in recent years due to several reasons, including the fact that psychological interventions are provided by public healthcare systems (Echeburúa, Corral, & Salaberría, 2010). Besides, scientific advance in Psychology requires the determination of which therapies are effective. However, several authors have set out that scientific outcomes stemming from research might not be extrapolable to clinical practice (Barlow, Bullis, Comer, & Ametaj, 2013; Kazdin, 2018). Consequently, patients might not be receiving evidence-based treatments (EBTs), thus they would not benefit from the knowledge generated by decades of research (Tasca et al., 2015), which may engender deleterious effects upon their wellbeing and recovery (Constantino, Coyne, & Gomez Penedo, 2017).

Several reasons have been provided in order to explain the gap between research and clinical practice (e.g., the samples of patients used in the RCTs do not represent patients in clinical contexts, lack of equivalence between the clinical context, and the research-controlled conditions). Furthermore, research outcomes are mostly disseminated in scientific journals, meaning that results may not reach applied professionals (Echeburúa et al., 2010). Therefore, clinical decisions are made based on their professional experience (Gyani, Sharan, Myles, & Rose 2014; Safran et al., 2011; Stewart &

Chambless, 2007; Stewart, Chambless, & Stirman, 2018; Stewart et al., 2012). Likewise, prior studies have revealed that personal factors such as age, therapeutic orientation, education level, years of experience, and professional context, impact on the use of EBTs.

The aim of this paper is to determine the knowledge and use of EBTs for mental disorders in adults among psychologists trained in Spain. In addition, we aim to analyze if there is any association between personal variables and the use of scientific evidence in clinical practice.

Method

Participants. The sample was composed of 242 psychologists, both graduates and undergraduates from Spanish universities (64% females and 36% males), aged 39.14 ($SD = 10.52$).

Materials. An ad hoc instrument was designed. It consisted of two sections: a) sociodemographic variables (age, sex, education, end-of-studies date, professional accreditation, years of experience, professional context, and theoretical orientation) and b) self-report regarding the use and/or knowledge of EBTs for 12 mental disorders in adults (97 EBTs gathered in Moriana, Gálvez-Lara, & Corpas, 2017). Scores ranged between 0 and 97.

Procedure. Professional and scientific associations were contacted by email and by phone. Those who accepted to participate were provided with a link to our questionnaire in Google Forms to be distributed among all their users.

Results

The final sample was composed of 239 participants who used/knew an average of 42.92 therapies ($SD = 18.26$). No significant correlation was found between age and use/knowledge of EBTs ($r = .063$, $p > .05$), neither regarding theoretical orientation. ANOVAs revealed that professional accreditation and counting on years of experience were statistically associated with the use and knowledge of EBTs.

Discussion

This study aimed to assess the impact of EBTs on clinical practice. Main results showed a limited impact of evidence-based psychological interventions on clinical practice. It is noteworthy that, despite the evidence supporting several therapies included in the questionnaire, they remained unknown to most participants (e.g., Seeking Safety Therapy for PTSD (62.8%), Competitive Memory training for depression (75.7%), Reminiscence Therapy for depression (65.3%). These findings suggest the exiguous success on the dissemination of the above-mentioned treatments. Quite the opposite is the case of Mindfulness, as regardless of the lack of consensus concerning its efficacy (Moriana et al., 2017) it was well known among participants. Results showed that only professional accreditation and years of clinical experience were associated with a greater knowledge and use of EBTs.

These findings suggest that research may not be in line with clinical practice. As Kazdin (2008) suggests, many of the TBEs have a very low real applicability, so it would be convenient to adapt the interventions to real situations of application to improve the dissemination of these treatments among applied psychologists. Another proposal to facilitate the dissemination of treatments may be promoting transdiagnostic treatments focused on a set of shared therapeutic principles (Barlow, Allen, & Choate, 2004).

Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Aarons, G. A. (2004). Mental health provider attitudes toward adoption of evidence based practice: The Evidence-Based Practice Attitude Scale (EBPAS). *Mental Health Services Research*, 6(2), 61-74. <https://doi.org/10.1023/B:MHSR.0000024351.12294.65>
- Aarons, G. A. y Sawitzky, A. C. (2006). Organizational climate partially mediates the effect of culture on work attitudes and turnover in mental health services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33, 289-301. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0039-1>
- Aarons, G. A., Sommerfeld, D. H. y Walrath-Greene, C. (2009). Evidence-based practice implementation: The impact of public versus private sector organization type on organizational support, provider attitudes, and adoption of evidence-based practice. *Implementation Science*, 4, 83. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-83>
- Barlow, D. H., Allen, L. B. y Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorder. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S. y Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629>
- Beidas, R. S. y Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology*, 17, 1-30. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01187.x>
- Constantino, M. J., Coyne, A. E. y Gomez Penedo, J. M. (2017). Contextualized integration as a common playing field for clinicians and researchers: Comment on McWilliams. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27, 296-303. <https://doi.org/10.1037/int0000067>
- Dobson, K. y Beshai, S. (2013). The theory-practice gap in cognitive behavioral therapy: Reflections and a modest proposal to bridge the gap. *Behavior Therapy*, 44, 559-567. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.002>
- Dozois, D. J. A. (2013). Psychological treatments: putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0031125>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15, 85-99. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088>
- Gyani, A., Shafraan, R., Myles, P. y Rose, S. (2014). The gap between science and practice: How therapists make their clinical decisions. *Behavior Therapy*, 45, 199-211. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.004>
- Gyani, A., Shafraan, R., Rose, S. y Lee, M. (2015). A qualitative investigation of therapists' attitudes towards research: Horses for courses? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43, 436-448. <https://doi.org/10.1017/S1352465813001069>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.3.146>
- Kazdin, A. E. (2018). *Innovations in psychosocial interventions and their delivery*. New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190463281.001.0001>
- Labrador, F. J. y Berdullas, M. (2017). Actualidad de la psicoterapia en España. *Infocop*, 79, 6-10.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L. y Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33, 883-900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M., Jensen-Doss, A., Hogue, A., Kendall, P. C. y Weisz, J. R. (2017). Benchmarking treatment adherence and therapist competence in individual cognitive-behavioral treatment for youth anxiety disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1381914>
- Moriana, J. A., Gálvez-Lara, M. y Corpas, J. (2017). Psychological treatments for mental disorders in adults: A review of the evidence of leading international organizations. *Clinical Psychology Review*, 54, 29-43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.008>
- 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, 319-330. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0111-x>
- Safran, J. D., Abreu, I., Ogilvie, J. y DeMaria, A. (2011). Does psychotherapy research influence the clinical practice of researcher-clinicians? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 357-371. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01267.x>
- Stewart, R. E. y Chambless, D. L. (2007). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63, 267-281. <https://doi.org/10.1002/jclp.20347>
- Stewart, R. E., Chambless, D. L. y Stirman, S. W. (2018). Decision making and the use of evidence-based practice: Is the three-legged stool balanced? *Practice Innovations*, 3(1), 56-67. <https://doi.org/10.1037/pri0000063>
- Stewart, R. E., Stirman, S. W. y Chambless, D. L. (2012). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 100-109. <https://doi.org/10.1037/a0025694>
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. y Salkovskis, P. M. (2007). "Contents May Vary": A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-282. <https://doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- Tasca, G. A., Sylvestre, J., Balfour, L., Chyurlia, L., Evans, J., Fortin-Langelier, B., ... Wilson, B. (2015). What clinicians want: Findings from a psychotherapy practice research network survey. *Psychotherapy*, 52(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/a0038252>
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., ... Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clinica y Salud*, 27, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>
- Westen, D., Novotny, C. M. y Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>