



REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA
COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

VOLUMEN 33

NÚMERO 2

JUL-DIC 2014



Ilustración: Carlos Kidd, 2014

PSICOLOGIA BASADA EN LA EVIDENCIA

Editores invitados/ *Invited Editors*
Rubén Ardila y Andrés M. Pérez-Acosta



Publicación semestral del
Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica

*Published semi-annually by the
Costa Rican Psychologists' Association*

<http://www.reps-cr.org>





REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

EVIDENCE-BASED PSYCHOLOGY

Editores invitados/ *Invited Editors*

Rubén Ardila y Andrés M. Pérez-Acosta



REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA

REVISTA CIENTÍFICA DEL
COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA

COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY

SCIENTIFIC JOURNAL OF THE COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION

VOLUME 33

NUMBER 2

JUL-DEC 2014

Editores invitados/ *Invited Editors*
Rubén Ardila y Andrés M. Pérez-Acosta

Director
Alfonso Villalobos-Pérez

<http://www.rcps-cr.org>

CORRESPONDENCIAS (CORRESPONDENCE):

 REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA (COSTA RICAN JOURNAL OF PSYCHOLOGY)

 Web: <http://www.rcps-cr.org>
 Tel: (+506) 2271 3101 ext. 105
 Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica (P.O. Box)

 Correo electrónico (Mail):
 Dirección: director@rcps-cr.org
 Editorial: editorial@rcps-cr.org
INSTITUCIÓN EDITORA (PUBLISHING INSTITUTION):

 COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA (COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION)

 Web: <http://www.psicologiacr.com>
 Tel: (+506) 2271 3101
 Fax: (+506) 2271 0819

 Dirección (Address):
 700 E Cruce La Galera, Carretera Vieja a Tres Ríos
 Pinares de Curridabat, San José, Costa Rica
 Apartado postal 8238-1000, San José, Costa Rica (P.O. Box)

Revista 150.5 R454r Revista Costarricense de Psicología / Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica N.º 1 (1982) - San José, Costa Rica: El Colegio 1982. v. Semestral ISSN 0257-1439 1. Psicología - Publicaciones periódicas. I. Título.

INDEXACIÓN, PLATAFORMAS & DIRECTORIOS
 (INDEXATION, PLATFORMS & DIRECTORIES)

 LATINDEX
 DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS (DOAJ)
 DIRECTORY OF RESEARCH JOURNALS INDEXING (DRJI)
 ENDNOTE/RESEARCHER ID
 E-REVISTAS
 GOOGLE SCHOLAR

BASES DE DATOS
 (DATA BASES)

 DIALNET
 EBSCO
 PSICODOC
 ULRICHSWEB
 SHERPA ROMEO

BIBLIOTECAS
 (LIBRARIES)

 ELECTRONIC JOURNALS LIBRARY
 (EZB), GERMANY

IMPRESIÓN (PRINTED)

 MasterLitho S.A., San José, Costa Rica
 Mail: info@masterlithocr.com; Tel: (+506) 2236 6747

TIRAJE (COPIES)

1000 ejemplares (copies), Abril 2015

COSTO Y DISTRIBUCIÓN (COSTS & DISTRIBUTION)

Los físicos son gratuitos y pueden ser retirados por el cuerpo colegiado en el Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.

The print version is free of charge and available to associated psychologists to be withdrawn in the Psychologists' Association.
SUSCRIPCIÓN (SUBSCRIPTION)

La revista no maneja el servicio de suscripción. Los ejemplares son de libre acceso en la página de web de la revista.

The Journal does not offer a subscription service. All articles are available on the Journal's website (open access).

Las opiniones expresadas en la revista son de exclusiva responsabilidad de su autoría.

Opinions expressed in the Journal are exclusive responsibility of their authors.

 ©2014 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Todos los derechos reservados. Hecho en depósito legal. Este material puede ser copiado, fotocopiado, duplicado y compartido, siempre y cuando sea expresamente atribuido a la *Revista Costarricense de Psicología*. Este material no puede ser usado para fines comerciales.

 ©2014 Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. All Rights Reserved. Done in legal deposit. This material may be copied, photocopied, duplicated and shared, always if it is expressly attributed to the *Revista Costarricense de Psicología*. This material may not be used for commercial purposes.

 Bajo licencia de *Creative Commons (Under Creative Commons License)*:

 Reconocimiento-NoComercial-SinObra
 Derivada 3.0 Costa Rica License.




REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

La *Revista Costarricense de Psicología* es desde el año 1982 el órgano oficial de publicación científica de acceso abierto del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica y publica en español y en inglés. Sus objetivos son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, actualizados y relevantes para la Psicología y ciencias afines. Se dedica a la publicación de trabajos originales e inéditos y abarca tanto investigaciones básicas, como investigaciones aplicadas y de desarrollo experimental. Su fin consiste en proveer una plataforma intelectual y académica para la comunidad científica concorde a los estándares internacionales en investigación y publicación científica. De esta manera, la revista aspira a publicar contenidos, información y desarrollos altamente exactos, precisos, confiables y verificables. Se publica semestralmente (dos números por año) de forma impresa y electrónica. Todas las investigaciones y los trabajos publicados en la *Revista Costarricense de Psicología* se rigen por las normas internacionales de ética en la investigación y pasan por el proceso de revisión de doble ciego.



REVISTA COSTARRICENSE DE PSICOLOGÍA

PUBLISHED SEMI-ANNUALLY

Since 1982, the *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) has been the official open-access scientific publication of the Costa Rican Psychologists' Association (*Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*), and is published in Spanish and English. Its objectives are to disseminate theoretical, technical, and practical knowledge, up-to-date and relevant to Psychology and related sciences. The Journal publishes original and unedited papers, including basic research, applied research and experimental advances. It aims to provide an intellectual and academic platform for the scientific community, and publishes in accord with international standards in scientific research and publication. Thus, the Journal aspires to publish highly exact, precise, and reliable content, information and developments. The Journal is published semi-annually in a print and an online version. All research and papers published in the *Revista Costarricense de Psicología* are governed by the ethical standards of international research and pass through a double-blind review process.

DIRECCIÓN (DIRECTOR)**Alfonso Villalobos-Pérez**

Caja Costarricense de Seguro Social
Mail: director@rcps-cr.org

CONSEJO EDITORIAL (EDITORIAL BOARD)**MIEMBROS NACIONALES
(NATIONAL MEMBERS)**

Giselle Amador-Muñoz
Universidad de Costa Rica

Carlos Ml. Córdoba-González
Universidad Latina, Costa Rica

Diego J. Quirós-Morales
Universidad Fidélitas, Costa Rica

Odir Rodríguez-Villagra
Universidad de Costa Rica

Zaida Salazar-Mora
Universidad de Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón
Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Javier Tapia-Valladares
Universidad de Costa Rica

David Torres-Fernández
Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Luis Diego Vega-Araya
Universidad Latina, Costa Rica

**MIEMBROS INTERNACIONALES
(INTERNATIONAL MEMBERS)**

Rubén Ardila
Universidad Nacional de Colombia

Robert H. Feldman
University of Maryland, USA

Wilson López-López
Universidad Javeriana, Colombia

EDITORES INVITADOS (INVITED EDITORS)

Rubén Ardila
Mail: ruben.ardila@outlook.com

Andrés M. Pérez-Acosta
Mail: andres.perez@urosario.edu.co

EDITORIAL**EDITORIA EN JEFE / DISEÑO REVISTA
(CHIEF EDITOR & JOURNAL DESIGN)**

Christina B. Junge
Mail: editorial@rcps-cr.org

ASISTENTES (ASSISTANTS)

Alejandro Monge-Salazar
Gonzalo Dittel-Gómez
Mail: asistente@rcps-cr.org

FILOLOGÍA (PHILOLOGY)**ESPAÑOL (SPANISH)**

Fiorella Monge-Lezcano
Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica
Mail: fiorellaml@gmail.com

INGLÉS (ENGLISH)

Mark W. Bogan M.
Santa Ana, Costa Rica
Mail: traduccionesbogan@gmail.com

PORTUGUÉS (PORTUGUESE)

Márcia Silva-Pereira
San José, Costa Rica
Mail: mspbrer35@gmail.com

DISEÑO GRÁFICO (GRAPHIC DESIGN)**PORTADA & LOGO (COVER & LOGO)**

Carlos Kidd
San José, Costa Rica

Mail: carloskidd@gmail.com
Tel: (+506) 2235 3303

COMITÉ CIENTÍFICO (*SCIENTIFIC COMMITTEE*)

NACIONAL

Nancy Arias-García
Universidad de Costa Rica

Juan Carlos Brenes-Sáenz
Universidad de Costa Rica

Marjorie Barquero-Ramírez
Universidad Católica de Costa Rica

Julio Bejarano-Orozco
Instituto de Alcoholismo y Farmaco-
dependencia, Costa Rica

Jaime Fornaguera-Trías
Universidad de Costa Rica

Francisco Gólcher-Valverde
Ministerio de Salud de Costa Rica

Carlos E. Garita-Arce
Caja Costarricense de Seguro Social

Ana María Jurado-Solórzano
Universidad de Costa Rica

Mauricio Leandro-Rojas
Universidad de Costa Rica

Paula Llobet-Yglesias
Universidad de Iberoamérica,
Costa Rica

Roberto López-Core
Hospital Nacional Psiquiátrico de
Costa Rica

Graciela Meza-Sierra
Instituto Tecnológico de Costa Rica

Julián Monge-Nájera
Universidad Estatal a Distancia,
Costa Rica

Rolando Pérez-Sánchez
Universidad de Costa Rica

Henriette Raventós-Vorst
Universidad de Costa Rica

Guaner Rojas-Rojas
Universidad de Costa Rica

Mariano Rosabal-Coto
Universidad de Costa Rica

José Manuel Salas-Calvo
Universidad de Costa Rica

Mónica Salazar-Villanea
Universidad de Costa Rica

Édgar Salgado-García
Universidad Latinoamericana de
Ciencia y Tecnología, Costa Rica

INTERNACIONAL

Tatiana García-Vélez
Universidad Autónoma de Madrid,
España

Pedro R. Gil-Monte
Universidad de Valencia, España

David González-Trijueque
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Ana Gloria Gutiérrez-García
Universidad Veracruzana, México

Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad del Rosario, Colombia

Natalia Salas-Guzmán
Universidad Diego Portales, Chile

Benjamín Reyes-Fernández
Universidad Libre de Berlin,
Alemania

Rozzana Sánchez-Aragón
Universidad Nacional Autónoma,
México

Roberto Tejero-Acevedo
Tribunal Superior de Justicia de
Madrid, España

Alfonzo Urzúa-Morales
Universidad Católica del Norte, Chile

INSTITUCIÓN EDITORA (COLEGIO PROFESIONAL DE PSICÓLOGOS DE COSTA RICA, JUNTA DIRECTIVA, 2014) (*PUBLISHING INSTITUTION, COSTA RICAN PSYCHOLOGISTS' ASSOCIATION, DIRECTORS BOARD, 2014*)

PRESIDENCIA (<i>PRESIDENT</i>):	Sonia Hernández-Sánchez
VICEPRESIDENCIA (<i>VICEPRESIDENT</i>):	Sarita Villegas-Fernández
SECRETARÍA (<i>SECRETARY</i>):	Angie Michelle Salas-Monney
TESORERÍA (<i>TREASURER</i>):	Waynner Guillén-Jiménez
VOCALÍA I (<i>STANDING MEMBER I</i>):	Jorge Prado-Calderón
VOCALÍA II (<i>STANDING MEMBER II</i>):	Lucía Rescia-Chinchilla
FISCALÍA (<i>STATUTORY AUDITOR</i>):	Viviana Umaña-Porras

La presente edición de la *Revista Costarricense de Psicología* se cita de la siguiente manera:

Autor, A. A. & Autor-Autor, B. B. (jul-dic, 2014). Título del artículo.
Revista Costarricense de Psicología, 33(2), número de páginas del artículo, p.ej.: 1-24.

This edition of the Revista Costarricense de Psicología is cited as follows:

Author, A. A. & Author-Author, B. B. (2014, Jul-Dec). Title of the article.
Revista Costarricense de Psicología, 33(2), page numbers of the article, e.g.: 1-24.

ÍNDICE DE CONTENIDOS/ CONTENTS

Editores invitados / *Invited Editors*

Rubén Ardila y Andrés M. Pérez-Acosta

Presentación: Perspectivas de la Psicología basada en la evidencia

Editorial

Alfonso Villalobos-Pérez, Director

Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica

Evidence-Based Practices in Psychology: Benefits and Challenges for Latin America

Alfonso Martínez-Taboas63

Prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências

The Importance of Evidence-Based Practices in Psychology: Conceptual Aspects, Evidence Levels, Myths and Resistance

Tamara Melnik, Wanderson Fernandes de Sousa & Marcela Regine de Carvalho.....79

Terapias de apoyo empírico: pasado, presente y futuro

Evidence-Based Practices: Past, Present and Future

Alba E. Mustaca93

Psicologia baseada em evidências: conhecimento científico na tomada de decisão

Evidence-Based Psychology: Scientific Knowledge in Decision-Making

María Imaculada Cardoso Sampaio y Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini.....109

Psicología clínica basada en la evidencia, su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica

Evidence-Based Clinical Psychology: Impact on Training, Research and Clinical Practice

Diana Melissa Quant-Quintero y Santiago Trujillo-Lemus.....123

Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais em Psicologia

Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies in Psychology

Gabriela Andrade da Silva y Emma Otta137

Recomendaciones en el diseño, la ejecución y la publicación de investigaciones en Psicología y ciencias del comportamiento

Guidelines for Designing, Executing and Reporting in Psychological and Behavioral Science Research

César A. Acevedo-Triana, Wilson López-López y Fernando Cárdenas Parra.....155

Sexología basada en la evidencia: historia y actualización

Evidence-Based Sexology: History and Current Status

Mirta Granero179

Efectividad del tratamiento de la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes

Effectiveness of Intimate Partner Violence Treatment in Drug-addicted Patients

Javier Fernández-Montalvo, Alfonso Arteaga Olleta y José J. López-Goñi.....199

Normas editoriales y normas éticas / *Paper Submission and Ethical Standards*

EDITORES INVITADOS

Dr. Rubén Ardila y Dr. Andrés M. Pérez-Acosta

PRESENTACIÓN

Perspectivas de la Psicología basada en la evidencia

La *Revista Costarricense de Psicología* dedica este número monográfico al tema de la “Psicología basada en la evidencia”, una de las perspectivas más actuales y más importantes de la disciplina psicológica en el siglo XXI. La Psicología basada en la evidencia (PBE) es consecuencia del desarrollo de la ciencia básica en Psicología, de nuevas perspectivas culturales, análisis de resultados acerca de la eficacia de las técnicas psicoterapéuticas, relaciones con las Neurociencias, la Psicofarmacología, otras ciencias del comportamiento y los juicios clínicos de expertos.

Constituye una forma de analizar los tópicos psicológicos y de modificar las conductas no adaptativas, con base en estudios científicos, replicables, con validez y confiabilidad, de laboratorio, de campo, de caso único, entre otros. Se usan metodologías cuantitativas y cualitativas, se llevan a cabo metaanálisis de los resultados de las investigaciones y se realizan aplicaciones. Aunque el énfasis ha sido en temas clínicos, también existe Psicología basada en la evidencia que trabaja en las áreas educativa, organizacional, forense, deportiva, de la salud, social, comunitaria y otras. La PBE, como herramienta epistemológica de discernimiento y como herramienta para tomar decisiones en campos aplicados, corresponde a uno de los campos más centrales de la Psicología actual.

El factor básico de la PBE consiste en lograr que las decisiones del profesional de la Psicología se fundamenten en la mejor evidencia científica disponible. Se usan los resultados de las investigaciones básicas y aplicadas, se centran en el caso particular y se complementan con la pericia del profesional. El desarrollo de protocolos de tratamiento (análogos a los que existen en la Medicina basada en la evidencia) forma parte fundamental. Dichos protocolos deben adaptarse al caso en cuestión y reevaluarse constantemente con base en nuevos descubrimientos científicos, en estadísticas, trabajos epidemiológicos y de otras clases.

La Medicina basada en la evidencia, aunque tiene pocas décadas de existencia, es hoy el marco de referencia de los profesionales de la Medicina. La toma de decisiones se basa en lo que realmente funciona para lograr las metas del tratamiento. Además, capacitan al clínico para evaluar, modificar y adaptar la información a la situación específica.

En Psicología, el antecedente más temprano de la Psicología basada en la evidencia es el artículo de Eysenck (1952) sobre la eficacia de la psicoterapia. Demostró que las técnicas y procedimientos utilizados en la época, en su mayor parte de enfoque psicoanalítico, no eran más eficaces que el paso del

tiempo y la remisión espontánea. Este trabajo produjo que la comunidad psicológica y psiquiátrica se focalizara en estudiar los resultados, la eficacia y la eficiencia, las metas de la psicoterapia y temas similares. Dicho trabajo tuvo gran impacto en los orígenes de la terapia del comportamiento y de la PBE.

Otro hito fue el trabajo de Smith y Glass (1977) acerca de la efectividad de las diversas psicoterapias. De los muchos sistemas terapéuticos existentes solo unos pocos cumplían con su función, podían demostrar su utilidad y eficacia. Esto llevó a metanálisis, estudios cuantitativos y a refinar los procedimientos psicoterapéuticos.

Más recientemente, la *American Psychological Association* (2006) organizó un grupo de trabajo (*task force*) sobre la práctica psicológica basada en la evidencia. Se han realizado numerosos trabajos sobre el tema, que han dado origen a una literatura creciente. El énfasis en la comprobación, la replicación, la contrastación científica y la utilización de conocimientos procedentes de las ciencias básicas, fue el origen de la PBE tal como la conocemos hoy. En la misma forma como un paciente en el campo de la Medicina busca que se le brinde el mejor tratamiento posible, según los conocimientos médicos actuales, el consultante en el campo psicológico busca que se le brinde la mejor atención posible, según los conocimientos psicológicos de nuestros días.

Todas estas preocupaciones se analizan en este número monográfico de la *Revista Costarricense de Psicología*. Los autores son reconocidos expertos en los temas que tratan, y proceden de diversos países: Argentina, Brasil, Colombia, España y Puerto Rico.

En el primer artículo, Martínez-Taboas (Puerto Rico) presenta las características de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia al plantear la integración de tres variables en el momento de realizar una intervención psicológica: (1) la utilización de la mejor evidencia disponible, (2) las preferencias y características culturales de la población a la cual se dirige la intervención y (3) el peritaje y la experiencia profesional del psicólogo. Revisa, también, la internacionalización de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia, su aplicabilidad y efectividad en diversos escenarios y su adaptabilidad con diferentes etnias. Finalmente, discute sus posibles beneficios y las barreras que podría encontrar en los países latinoamericanos. El autor utiliza el ejemplo de Puerto Rico para documentar que la Psicología puertorriqueña se está moviendo en la dirección de la PBE.

En el segundo artículo, Melnik, de Souza y de Carvalho (Brasil) señalan que en la actualidad existe una demanda a nivel mundial por prácticas en salud basadas en la evidencia, tanto para el cuidado como para la promoción de la salud. La práctica en Psicología basada en la evidencia (PPBE) integra la mejor evidencia investigativa disponible, la experticia clínica y las preferencias y características de los clientes para la toma de decisiones clínicas. También, promueve la orientación de las políticas públicas sobre la salud mental. Los autores discuten los aspectos conceptuales de la PPBE, el nivel de evidencias

para la toma de decisiones, los mitos y resistencias en relación con la PPBE, como fuentes de resistencia para su incorporación en la práctica clínica. Es necesario entenderlos para construir y diseminar la información científica con el fin de brindar cuidados a las personas de manera ética.

Mustaca (Argentina) presenta el pasado, el presente y el futuro de las terapias con apoyo empírico, basadas en la evidencia. Se observa un énfasis en la terapia cognitivo-conductual, especialmente de primera y segunda generación. Recientemente, se ha investigado el papel que juegan las características del terapeuta para cada trastorno y cada paciente en particular. Los avances han sido considerables en esta área de la PBE. Sin embargo, se observa una disociación entre la investigación tanto clínica como básica y la práctica profesional. Subsanan esa disociación corresponde a una tarea pendiente.

El trabajo de Sampaio y Sabadini (Brasil) analiza la importancia del conocimiento científico en la toma de decisiones, en la definición de políticas públicas y en la práctica profesional en Psicología. El conocimiento científico es el fundamento de la toma de decisiones y la sociedad como un todo es la gran beneficiaria de los resultados de la ciencia. El problema de la comunicación de los resultados investigativos, no solo para los otros científicos sino también para la sociedad, se torna muy complejo. Se requiere transformar el producto de la ciencia para que sea accesible a los profesionales. El psicólogo, en su trabajo práctico, necesita saber cómo acceder, evaluar, interpretar e integrar las evidencias científicas con los datos clínicos y las preferencias del paciente para la toma de decisiones. El gestor público, también, requiere evidencias para poder definir políticas públicas.

Quant-Quintero y Trujillo-Lemus (Colombia) analizan la Psicología clínica basada en la evidencia y su papel en la investigación, la formación de psicólogos y la práctica clínica. Señalan que el objetivo es integrar los resultados de las investigaciones científicas, la experiencia en la práctica clínica y las características sociales y culturales de los consultantes. Tras presentar una conceptualización de la Psicología clínica basada en la evidencia y del modelo científico-profesional, los autores discuten el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención. Finalmente, señalan algunas limitaciones del área.

El siguiente artículo, Andrade da Silva y Otta (Brasil) posee gran importancia desde la perspectiva metodológica. Se refiere a los estudios observacionales, las revisiones sistemáticas y los metanálisis que tienen mucha relevancia en la PBE. Indican que resulta preciso formular la pregunta de investigación, establecer los criterios para inclusión de los trabajos, realizar una búsqueda sistemática en las bases de datos, analizar la calidad de los estudios, revisar los datos cuantitativos y cualitativos y la discusión de los resultados.

Acevedo-Triana, López-López y Cárdenas Parra (Colombia) presentan algunos mecanismos que pueden ayudar al proceso de investigación científica en Psicología y a la práctica profesional. Señalan tres tópicos centrales: (1) la Psicología como actividad científica diferente de la pseudociencia, (2)

brindan recomendaciones para la ejecución de las investigaciones y el proceso de replicación y (3) describen el proceso de publicación de las investigaciones como mecanismo para la autocorrección metodológica y teórica.

En su artículo sobre sexología basada en la evidencia, Granero (Argentina) presenta el estatus de la sexología desde sus inicios hasta la actualidad. Muestra sus orígenes y su desarrollo. Señala que en la sexología el énfasis en la evidencia se encuentra en estado incipiente. En el caso de la sexología médica hay más énfasis en la evidencia que en el caso de la sexología que trata problemas sin un sustrato orgánico definido. Enfatiza la necesidad de desarrollar una sexología basada en la evidencia, que sirva para mejorar la calidad de vida de las personas.

El siguiente artículo presenta un trabajo de investigación en el campo clínico y de la salud que es ejemplo de la Psicología basada en la evidencia y sus aplicaciones.

Fernández-Montalvo, Arteaga-Olleta y López-Goñi (España) analizaron la efectividad de los programas de tratamiento psicológico para los drogodependientes que, además, presentaban conductas violentas contra la pareja. Para ello, revisaron lo siguiente: (1) los estudios que valoran la influencia que el tratamiento estándar para las adicciones tiene en la reducción de las conductas violentas contra la pareja y (2) los resultados de intervención conjunta, para los drogodependientes que, además, ejercen violencia contra la pareja. Los programas integrados mostraron los mejores datos en la reducción de la tasa de violencia contra la pareja de pacientes adictos. Los autores presentan las implicaciones que poseen estos trabajos para la práctica clínica y para futuras investigaciones.

Estos artículos procedentes de diversos países muestran el estado actual de la Psicología basada en la evidencia, sus fundamentos metodológicos y conceptuales, sus implicaciones para la Psicología como disciplina, para la práctica y para la formación de los psicólogos. Sus autores son investigadores y profesionales reconocidos en sus países e internacionalmente.

Este número monográfico de la *Revista Costarricense de Psicología* busca orientar el desarrollo de la Psicología como ciencia y como praxis en los países de la región. Puede usarse como texto de enseñanza a nivel de pregrado y de posgrado y lo más importante consiste en que busca servir como guía para futuras investigaciones y aplicaciones de la Psicología basada en la evidencia.

Editores invitados

Rubén Ardila	Andrés M. Pérez-Acosta
Universidad Nacional de Colombia	Universidad del Rosario Bogotá, Colombia
Correo electrónico: ruben.ardila@outlook.com	Correo electrónico: andres.perez@urosario.edu.co

Editores de este número monográfico

Rubén Ardila es psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia y Ph.D. de la Universidad de Nebraska-Lincoln (Estados Unidos). Ha trabajado en Psicología experimental, análisis del comportamiento, historia de la Psicología y problemas sociales. Fungió como presidente de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), de la Asociación Latinoamericana de Análisis y Modificación del Comportamiento (ALAMOC), de la Sociedad Colombiana de Psicología (SCP) y de otras asociaciones profesionales. Ha publicado 32 libros, varios de los cuales han sido traducidos a idiomas diferentes del español, y 300 artículos científicos y capítulos de libros. En el año 2007, la *American Psychological Association* (APA) le otorgó el Premio por Contribuciones Distinguidas al Avance Internacional de la Psicología.

Andrés M. Pérez-Acosta es psicólogo (Grado de Honor, 1996) de la Universidad Nacional de Colombia y doctor en Psicología (Tesis sobresaliente cum laude por unanimidad, 2001) por la Universidad de Sevilla (España). Obtuvo su doctorado gracias a la beca Mutis de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Efectuó estancias posdoctorales en los Estados Unidos (Texas Christian University, 2007) y Chile (Universidad de Talca, 2008). Ha sido profesor de planta de tiempo completo en universidades de Colombia y Chile. Actualmente, labora como profesor titular del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario (Bogotá, Colombia) y director de la revista internacional indexada *Avances en Psicología Latinoamericana*.

Referencias

- American Psychological Association/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, May-Jun). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271 Recuperado de <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>
- Eysenck, H. J. (1952, Oct). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 16(5), 319-324. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977, Sept). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32(9), 752-769. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>

EDITORIAL

Alfonso Villalobos Pérez, Director

A mediados del año 2013, decidimos en el seno del Consejo Editorial y de la dirección de la Revista, iniciar un proceso de números especiales con el objetivo de incursionar en temas de relevancia para la formación y el desarrollo de la comunidad psicológica nacional e internacional y para ofrecer una fuente de conocimiento desde Costa Rica hacia el mundo.

El primer número que abre esta política editorial trata sobre la Psicología basada en la evidencia. Para dar forma a este proyecto, asumieron generosamente esta tarea a colaborar como editores invitados el Dr. Rubén Ardila y el Dr. Andrés M. Pérez-Acosta, connotados psicólogos del continente. Ellos aceptaron nuestra invitación y por ello, como Revista, estamos muy agradecidos.

No me referiré a cada uno de los artículos de este número, pues los editores especiales abordaron esa vertiente. Yo deseo hacer un editorial sobre el sentido de las Prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE) para la Psicología costarricense, su implicación socio-sanitaria y las implicaciones futuras en la formación de los y las profesionales de la Psicología.

El contacto de la Psicología costarricense con las PPBE, a pesar de lo que muchos y muchas puedan creer, no es nuevo, sino que ya tiene camino andado en Costa Rica. Los procedimientos psicológicos que utilizan diferentes psicólogos/as en diversos ámbitos laborales están basados en la evidencia, práctica que asegura su eficacia y efectividad; por ejemplo, varias de las mejores pruebas psicométricas no se podrían utilizar si no existiesen bases empíricas de su validez y confiabilidad.

Algunos de los procedimientos clínicos representan descubrimientos desarrollados en laboratorios o en centros de investigación; como por ejemplo, los fundamentos de la modificación de la conducta, la terapia cognitiva-conductual y componentes de la terapia cognitiva. Incluso, los abordajes de Carl Rogers mantenían un espíritu basado en pruebas empíricas. Y durante años se ha formado a los y las profesionales de la Psicología costarricense dentro de algunos de esos conceptos.

Este número viene a poner el acento en que las PPBE no son una moda reciente, sino que tienen un camino trazado y que existen muchas aristas desde las cuales se les puede comprender, abordar y criticar.

Un segundo punto, que creo importante subrayar, es lo referido a lo socio-sanitario. La Ley General de Salud N.º 5395 (30 de octubre de 1973), en su Capítulo II “De los deberes de las personas que actúan en materias directamente ligadas con la salud de las personas y de las restricciones a que quedan

sujetas en el ejercicio de tales actividades”, Sección I “De los deberes y restricciones en el ejercicio de las profesiones y oficios en ciencias de la salud”, indica en el artículo 40 lo siguiente:

Se considerarán profesionales en Ciencias de la Salud quienes ostenten el grado académico de Licenciatura o uno superior en las siguientes especialidades: Farmacia, Medicina, Microbiología Química Clínica, Odontología, Veterinaria, Enfermería, Nutrición y Psicología Clínica.

Con esta cita deseo llamar la atención sobre el hecho de que la Psicología (si bien la ley apunta a la Psicología clínica, lo cual la hace más dramática) no solo es una ciencia social, sino que ha adquirido (por derecho propio) también el rango de ciencia de la salud. Esto no es solo un asunto cosmético, sino que tiene profundas implicaciones epistemológicas y ontológicas, las cuales no podemos analizar aquí (por ejemplo, nos lleva a contemplar los condicionamientos sociales de los aspectos sanitarios y, además, nos vemos compelidos a considerar la bases biológica de nuestra constitución psicológica y sus implicaciones en las diversas variables vinculadas a la salud y a la enfermedad); mas baste el solo hecho de que, desde el momento en que la Psicología quedó incluida dentro de la Ley General de Salud, ya adquirimos no solo un derecho, más aún, una serie de responsabilidades.

Lo psicológico, de forma objetiva y ya no teórica, ostenta el rango de “sanitario” y con ello, todo lo que se aplique en el consultorio, en el modelo comunitario de intervención, en la visita domiciliar, por mencionar algunas modalidades de intervención, tiene que presentar un nivel de validez, confiabilidad, demostrabilidad y posibilidad de refutación; ya no se vale “construir una teoría personal” para explicar la dinámica personal de una persona usuaria de nuestros servicios. Lo queramos o no, ahora debemos demostrar que somos eficaces, efectivos y eficientes y, que no causamos perjuicio, daño o alteraciones secundarias no previstas en las personas usuarias. El debate queda abierto, pues este tema no es fácil de digerir.

Un tercer punto de reflexión, traído por lo que este número contiene, es una llamada vehemente a la actualización académica universitaria. Es necesario seguir el camino de mejorar los cursos de formación de pregrado, grado y posgrado. La información que tenemos a nivel internacional sobre los diversos procedimientos de la Psicología, nos demuestran cuanto ha avanzado el mundo alrededor de nuestra ciencia.

Incluso, en la misma América Latina, los currículos universitarios se han remozado para dar paso a procesos de entrenamiento, certificación y recertificación continuos, donde los y las profesionales siguen mejorando y actualizando sus destrezas y conocimientos, y es claro que la universidad debe mantener un papel preponderante en esta tarea. No es posible que aún se escuchen comentarios de profesionales graduados de no creer en las certificaciones, por presumir ya saber todo sobre esos temas y que se rehúse a no dejarse recertificar lo que la universidad antaño otorgó o dejarse impedir lo que en sus tiempos se aprendió.

Quizás, en el fondo hay profesionales que no entendieron la formación continua como una responsabilidad, un derecho y un asunto ético, que incluye concebir que la universidad forma, pero no otorga todas las herramientas para seguir un camino profesional que en décadas cambia sus contenidos. Es una elección profesional. Pero desde el momento en que nuestra profesión está reglamentado bajo una ley de salud, en ese preciso punto estamos compelidos para darle a la sociedad lo mejor de nuestra ciencia, como personas, como profesionales. No se vale decir que no, ya sea por temor, desconocimiento, falta de tiempo o apoyo institucional o por sentir disgusto de que haya reguladores que se entrometan en nuestra práctica profesional o por cualquier otra razón. Es nuestra obligación, nos debemos a nuestros clientes, usuarios/as o pacientes (dependerá de la escuela teórica en la que nos movamos).

Estimados colegas de la Psicología y ciencias afines, los y las insto a revisar este número, más allá de su afinidad o no con las PPBE; por favor, reflexione, critique, proponga, pero no permanezca inmutable ante las páginas que están frente a usted. Muchas personas esperan nuestra actuación, que esta sea honorable y acorde a los estándares de nuestra ciencia y de una sociedad que sufre y que necesita nuestro apoyo.

Espero que la lectura de este número sobre Psicología basada en la evidencia sea satisfactoria y que genere cambios en las direcciones que tengan o puedan llegar a ser.



Alfonso Villalobos-Pérez
Director *Revista Costarricense de Psicología*

Obituario en memoria de Ovide Menin Piatti (*1928 †2015)

Primer Director de la *Revista Costarricense de Psicología* (1982)

Escribir una breve reseña histórica de uno de los más destacados psicólogos argentino-costarricenses y, sobre todo, latinoamericanos, nos puede llevar a ser injustos, al reseñar de manera poco profunda acerca de uno de los más grandes maestros de la educación latinoamericana e ilustre psicólogo educativo.

El Dr. Ovide Menin realizó su desarrollo profesional en su país natal Argentina, en la provincia de Santa Fe, lugar donde nació y se graduó de Maestro, y en Rosario donde vivió la mayor parte de su vida, se destacó como profesor en Psicología y murió después de ejercer tan reconocida carrera.

El Dr. Menin llegó a Costa Rica en el año 1976 como exilado político del gobierno totalitario de su país, Argentina, y tenía una importante impronta en el desarrollo de la Psicología costarricense, como disciplina científica y carrera académica en la Universidad de Costa Rica y en otras instituciones de la educación superior. Al ingresar a Costa Rica, inició en la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica su labor como docente y como formador de varias generaciones de psicólogos. En diez años desarrolló una brillante carrera y dejó una indeleble huella en la formación y en el desarrollo de la disciplina en Costa Rica.

Además de la academia, el Dr. Menin tuvo una injerencia trascendental en la construcción de la Psicología costarricense y de las ciencias sociales en el sistema penitenciario de Costa Rica, donde trabajó al lado del psicólogo social Gerardo Rodríguez Echeverría en la Reforma Penitenciaria de los años 1970.

En su práctica docente y profesional, el Dr. Menin hacía honor a su primer título de Maestro de primaria, al convertirse en un verdadero maestro de la Psicología. En las cátedras de la Psicología educativa y en los Seminarios de Investigación de Tesis formó a un grupo de jóvenes profesores de la Psicología (entre ellos, a Inés Alfaro, José Manuel Salas, William Ramírez), quienes, en un inicio, integró como asistentes y, luego, al haberles dado las herramientas necesarias, los ascendió a ser profesores y profesoras al igual que él.

Al regresar a su natal Argentina, dejó un grupo formado de intelectuales que continuaron su misión de Educadores de la Psicología en la Universidad de Costa Rica, en la Universidad Nacional y en la Universidad Estatal a Distancia, donde su misión de educador tuvo sus frutos en las y los profesores de la Psicología.

Sus Seminarios de Investigación de Tesis tuvieron una especial trascendencia por su labor de desmitificar los prejuicios relacionados con hacer investigación en los trabajos de graduación. En forma reiterada manifestó su sorpresa y molestia por la cantidad de egresados y egresadas de la carrera, quienes con varios años en esa

condición ejercían en el campo de la Psicología sin tener su licenciatura por falta de su trabajo final de graduación. Al desmitificar este requisito, propició la graduación de una buena cantidad de psicólogos y psicólogas. Fue justo en el año 1977, al crearse el Colegio de Psicólogos, porque exigió la licenciatura para ejercer la Psicología en Costa Rica.

Sin renunciar a la rigurosidad y el alto nivel de las investigaciones en Psicología, en particular las conducentes a la graduación universitaria, resolvió muchos asuntos que se reflejaron en su filosofía del “pin-pan-pun”: resolvamos las cosas de manera expedita, bien hechas, pero pensando en la gente y en la situación de los estudiantes.

La estadía del Dr. Menin en Costa Rica coincidió con varios momentos importantes del desarrollo de la Psicología costarricense:

Primero, la reciente creación de la Escuela de Psicología en la Universidad de Costa Rica, que formó profesionales en Psicología desde los inicios de los años 1960.

Segundo, la fundación del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica, donde el Dr. Menin participó como miembro fundador y le fue asignada la difícil tarea de Director de la primera edición de la *Revista Costarricense de Psicología*. Esta tarea asumió con pasión y entrega y la cumplió a cabalidad, puesto que la publicación del primer número de la Revista en el año 1982 fue realizada de manera un tanto artesanal, debido a que, en ese momento histórico, el Colegio recién creado no contaba con los suficientes medios económicos para editar una publicación de lujo. Eso no impidió marcar la pauta y el inicio de una publicación que hoy se encuentra activa y que opta por la calidad y la excelencia en la publicación científica.

En el año 2008, el 25.º Aniversario de la Revista (Vol. 27, N.º 40), el Dr. Menin publicó el artículo “Aportes a la formación del recurso humano en salud: el caso de los psicólogos”, como una muestra de su cariño por la Revista y de su incansable afán de ofrecer criterio y opinión.

De vuelta en Argentina, en el año 2008, fue nombrado “Maestro de la vida” por el Ministerio de Educación y Cultura de la Nación, donde ocupó el cargo de Director Nacional de Enseñanza Superior durante la gestión del Presidente Raúl Ricardo Alfonsín. En el año 2013, el Dr. Menin fue declarado “Ciudadano distinguido” por el Concejo Municipal de Rosario en reconocimiento de su labor académica centrada en una educación popular y democrática.

Era Ovide Menin una persona de humor fino, no siempre negro, con sonrisa a flor de labios y de carcajadas sonoras: también, de crítica directa y aguda. Por ello, se ganó el cariño y el respeto de sus estudiantes y colegas, así como la controversia de las personas que lo adversaban y no compartían sus planteamientos.

La gran pasión de su vida fue la Educación en su más amplia acepción. No era extraño oírle repetir que uno de los derechos fundamentales de los niños y las niñas

debía ser que les contaran y leyeran cuentos. Ovide, además, escribió para la niñez, según esa línea de pensamiento.

Fueron estas y muchas otras las enseñanzas dentro y fuera del aula, que convirtieron a Ovide un referente de la Psicología en Costa Rica de muchas generaciones de jóvenes profesionales.

El día siguiente al 3 de enero del 2015, a raíz de su fallecimiento, se pudo leer en las redes sociales lo siguiente:

El reconocido educador santafesino Ovide Menin falleció ayer a los 87 años, en la ciudad de Rosario. Oriundo de la localidad de Coronda, se graduó de Maestro Normal y luego fue uno de los primeros egresados de la carrera de Psicología de Rosario, cuando aún formaba parte de la Universidad Nacional del Litoral.

Ante su reciente partida, queremos rendirle este modesto pero sentido homenaje, con la certeza de que a las personas que se nos van, las dejamos morir si las olvidamos. Por ello, decimos: ¡Gracias Ovide! ¡Gracias por la amistad que construimos! ¡Gracias por el aporte que diste al desarrollo de la Psicología en esta tu segunda patria y en Latinoamérica!

¡Descansa en paz, Ovide! ¡Hasta siempre, Dr. Menin!

Dr. Daniel Flores Mora y M.Sc. José Manuel Salas Calvo
Profesores eméritos de la Universidad de Costa Rica



REVISTA COSTARRICENSE DE
PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA

EVIDENCE-BASED PSYCHOLOGY

Editores invitados/ *Invited Editors*

Rubén Ardila y Andrés M. Pérez-Acosta

Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica

Evidence Based Practices in Psychology: Benefits and Challenges for Latin America

Alfonso Martínez-Taboas

Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico

Resumen

Este artículo presenta las características medulares de las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE). Enfatiza en que las PPBE son un movimiento internacional, que se ha integrado al abordaje de la salud por gobiernos y una amplia pléthora de organizaciones profesionales. La investigación actualizada apunta al hecho que las PPBE usualmente maximizan resultados positivos en muchas poblaciones. Las PPBE plantean la integración de tres variables al momento de realizar una intervención psicológica: (a) la utilización de la mejor evidencia disponible, que provee la Psicología para la toma de decisiones, (b) considerar las preferencias y características culturales de la población a la cual se dirige la intervención y (c) integrar el peritaje y la experiencia profesional del psicólogo. El artículo evalúa las adaptaciones culturales de diferentes PPBE y presenta evidencia que estas intervenciones producen mejores resultados comparados con intervenciones no adaptados. Revisa asuntos fundamentales como la internacionalización del fenómeno de las PPBE, su aplicabilidad y la efectividad en diferentes escenarios y su adaptabilidad con diferentes etnias y razas. Finalmente, se discuten posibles beneficios y barreras de transportar las PPBE a países latinoamericanos. Se utiliza el ejemplo de Puerto Rico para documentar cómo la Psicología puertorriqueña paulatinamente se ha movido por esta línea.

Palabras clave: prácticas psicológicas basadas en la evidencia, adaptaciones culturales, investigación en psicoterapia, diseminación

Abstract

This article presents the core characteristics of evidence-based psychological practices (EBPP). It emphasizes EBPP as an international movement that is being integrated into public health care by many governments and numerous professional organizations. Current research points to the fact that EBPP tends to maximize positive outcomes in many populations. EBPP integrates three variables: (a) the use of the best current evidence from Psychology for decision-making, (b) the participant's preferences and cultural characteristics, and (c) the expertise and professional judgment of the psychologist. The article evaluates cultural adaptations of different EBPPs and presents evidence that these produce superior outcomes when compared with un-adapted interventions. The article proceeds to review fundamental topics, such as the internationalization of the EBPP phenomenon, its applicability and effectiveness in different scenarios, and its adaptability to different ethnicities and races. Finally, it presents the potential benefits of introducing EBPP to Latin America, and some barriers that may hinder their dissemination. The Puerto Rican example is used to illustrate these advances and challenges.

Keywords: Evidence-based Practice in Psychology, Cultural Adaptations, Psychotherapeutic Research, Dissemination

Alfonso Martínez-Taboas, Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Alfonso Martínez-Taboas, dirección electrónica: AMartinez@albizu.edu



Este artículo pretende lograr una meta primordial: que el lector pueda entender a plenitud lo que son las prácticas psicológicas basadas en la evidencia (PPBE), su trasfondo histórico, los beneficios que trae a la Psicología y las dificultades y retos que esta postura implica para la práctica psicológica. El artículo está diseñado con el formato de preguntas y respuestas, lo cual facilitará la comprensión del material. Se tomará como ejemplo la situación particular de Puerto Rico para ilustrar los avances y los retos que plantean las PPBE.

¿Qué son las prácticas basadas en la evidencia (PBE)?

Las prácticas basadas en la evidencia (PBE) son una práctica constitutiva de diversas profesiones; hay literatura creciente de trabajo social basado en la evidencia; arquitectura basada en la evidencia y medicina basada en la evidencia, por citar algunos ejemplos.

A nivel de definición, las PBE tienen tres pilares conceptuales: (a) el fundamento empírico, (b) la integración de preferencias, valores e idiosincrasias de la población en la intervención y (c) el peritaje y la experiencia del profesional.

El primero consiste en que la práctica en Psicología se basa predominantemente en la mejor evidencia que produce la Psicología. Por “mejor evidencia” se entiende que cada campo ha desarrollado un andamiaje empírico en donde se han puesto a prueba sus supuestos, conjeturas, hipótesis y teorías. Esta producción empírica trae como consecuencia que las profesiones desarrollan estándares de intervención o de cuidado.

En la psicología, sin embargo, antes de 1980 existía una tendencia de basar las intervenciones en anécdotas, en figuras de autoridad, en dogmas burdos y en estudios empíricos defectuosos (Rachman & Wilson, 1980). Todo lo anterior tenía una repercusión desfavorable: muchos profesionales en ciencias de la salud basaron sus intervenciones en supuestos que prácticamente carecieron de fundamento empírico fuerte, lo que trajo a su vez la aplicación de intervenciones inefectivas o hasta dañinas: Algunos ejemplos fehacientes fueron las teorías e intervenciones psicoanalíticas basadas en la madre esquizofrenogénica y la teoría de la madre refrigeradora para explicar el autismo infantil (Fuller Torrey, 1992). Otro ejemplo lo constituyó la intervención a mansalva de terapias de lobotomías a innumerables pacientes psiquiátricos (Valenstein, 1986).

En las PPBE, el psicólogo basa sus intervenciones (a nivel individual, familiar, comunitario) en la mejor evidencia que se desprende de su campo. Esta “mejor evidencia” se visualiza a nivel electrónico en sitios tales como el *National Institute for Health and Clinical Excellence*, las revisiones publicadas en el *The Cochrane Library* u organizaciones prestigiosas que publican guías de práctica (guidelines) basadas en la evidencia. Estas guías se basan eminentemente en metanálisis, estudios controlados u otros tipos de evidencia rigurosa que aportan a contestar preguntas de efectividad. Un esfuerzo sistemático fue la creación del *National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* creado por la *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (<www.nrepp.samhsa.gov>) en donde se encuentra innumerable información sobre tratamientos basados en la evidencia para trastornos de sustancias y mentales.

Sobre la palabra “evidencia” se puede levantar una inquietud: ¿Cómo se determina lo que es la mejor evidencia? En el año 2007 definí este concepto como “los resultados de todo esfuerzo investigativo cualitativo, cuantitativo o la combinación de ambos, que le provea al profesional de la Psicología una

base documentada, en la cual fundamentar su práctica en un momento determinado” (Grupo Especial de Trabajo, 2007, pp. 16-17). Existe un consenso entre expertos, de que debe haber una jerarquía sobre lo que constituye una evidencia fuerte y razonable. En el tope se encuentran estudios controlados, lo que usualmente se considera el “estándar dorado” en el campo. Además, las revisiones de literatura, producto de metanálisis, juegan un papel importante en emitir recomendaciones basadas en la evidencia. Más debajo en la jerarquía se encuentran estudios de ensayo abierto (open clinical trials), estudios con metodología cualitativa y estudios de casos con diseños experimentales. Las anécdotas clínicas y los estudios de caso no controlados no juegan una parte prominente en este algoritmo, debido a un sinnúmero de amenazas a su validez interna y externa. Sin embargo, los estudios de casos clínicos siguen jugando un papel prominente a la hora de enriquecer el bagaje clínico en Psicología, de generar nuevas ideas clínicas y de ejemplificar con detalles vívidos, cómo trabajan los colegas, en especial con situaciones clínicas retantes y novedosas (Martínez-Taboas & Bernal, 2014).

El segundo pilar en las PBE consiste en que el profesional integre en su intervención preferencias, valores e idiosincrasias de la población que desea impactar. Por lo tanto, en las PBE no se trata solo de obtener cierta evidencia, sino de preguntar: ¿Esta intervención le será de utilidad o será efectiva con este grupo de personas? Imaginémonos el ejemplo de un psicólogo que ha desarrollado un programa efectivo para que las personas sean asertivas, que desarrollen una autoestima robusta y para que sean más centrados en sí mismos. Esta intervención puede, muy bien, ser efectiva en países individualistas, en donde el concepto del yo-interno resalta como vital e importante. Sin embargo, es muy probable que en países colectivistas (como Japón, India, China), una intervención que resalte demasiado el yo-interno sea vista como inapropiada y hasta dañina (Sue & Sue, 2008).

El tercer pilar es el peritaje y la experiencia de la persona que ofrece la intervención. Aquí entra en juego no solo la evidencia a favor de una intervención, sino decisiones individuales de conceptualización de casos y de ver la totalidad contextual de la situación en la cual se interviene. Por ejemplo, hace unos años atendí una mujer en mi consultorio con ataques de pánico frecuentes y severos. Si solo me hubiese dejado llevar por la evidencia, hubiese empleado de inmediato algún programa efectivo de terapia para combatir el pánico. Pero, mi peritaje y experiencia me permitieron auscultar más y descubrí que esta mujer, desde hacía años, estaba presentando amnesias y despersonalizaciones profundas. Esto me llevó a conceptualizar el caso como uno de crisis disociativas, con la eventualidad de entender mucho mejor el cuadro clínico de esta mujer.

Por lo tanto, dentro de las PPBE se integra y se da prioridad a la mejor evidencia producida por la Psicología o el área de peritaje, al tomar en cuenta los valores y las preferencias culturales de los participantes y, finalmente, utilizar el juicio clínico para conceptualizar, cómo mejor aplicar todo este andamiaje informativo. De esta manera, las PPBE no se basan solo en el concepto de evidencia. El movimiento de las PBE es la contraparte de las limitaciones de basar decisiones terapéuticas solo en la evidencia.

Lo anterior precisamente fue el punto débil y controversial de lo que en los años 1990 comenzó a conocerse como psicoterapias con apoyo empírico (PAE) propulsadas por la División 12 de la *American Psychological Association* (APA). Las PAE solo endosaron como deseables aquellas intervenciones que tuvieran a su haber evidencia contundente y rigurosa de su efectividad, principalmente en estudios clínicos controlados. Este movimiento, aunque bien intencionado, incluía dos puntos débiles: (a) Le daba una primacía excesiva a la evidencia, sin tomar en cuenta variables culturales y peritajes clínicos y (b) dejaba fuera un sinnúmero de intervenciones terapéuticas que han obtenido evidencia persuasiva de ser

efectivas, pero que se desconsiderarían si se aplican estándares tan rigurosos.

Más aún, varias divisiones de la APA se han adentrado de manera sistemática en auscultar otras áreas importantes de intervenciones psicológicas, como son las relaciones terapéuticas basadas en la evidencia (Norcross, 2011) y los principios de cambio terapéutico basado en la evidencia (Castonguay & Beutler, 2006).

¿Cuándo surgió el movimiento de las PBE?

Existe un consenso que las PBE comenzaron a tomar forma y fuerza en los años 1980, cuando aparecieron los primeros artículos en revistas de medicina, que argumentaron que muchos pacientes, al buscar ayuda médica, recibieron servicios subóptimos, inefectivos y hasta anticuados (Stout & Hayes, 2005). De aquí surgió el concepto de las “mejores prácticas” (*best practices*), que remite a la idea, de que un paciente atendido por un profesional de la salud debe recibir el mejor servicio y la mejor intervención basada en la información actualizada de su campo, aplicada dentro de una concepción de caso y dentro de las preferencias culturales y valorativas de ese paciente.

Esta idea revolucionó completamente el área de la Medicina, Enfermería, Trabajo social, Psiquiatría y, obviamente, la Psicología. En relación con la psicología, Barlow (2008) describe las mejores prácticas de la siguiente forma: “Las prácticas basadas en evidencia (PBE) es una de esas ideas que llega de manera ocasional a los campos del saber e impacta como una tormenta” (p. ix). De acuerdo con Barlow

Desde ese momento las PBE han tenido un impacto arrollador, en especial en las personas responsables de hacer política pública y en los gobiernos, así como en organizaciones profesionales alrededor del mundo. Se ha decidido de manera colectiva que las intervenciones relacionadas al cuidado de la salud, incluyendo el cuidado de la salud conductual, deben estar basadas en evidencia. Llevar a cabo este mandato es la meta de las PBE (p. ix).

En otro escrito reciente, Barlow, Bullis, Comer & Ametaj (2013) amplían esta idea:

En el momento actual, los gobiernos alrededor del mundo y sus sistemas de salud, confrontados con sistemas de salud que son demostrablemente inadecuados y sumamente costosos, han decidido que la calidad del cuidado de salud tiene que mejorar, que tiene que tener una base en la evidencia, y que es en interés público que esto ocurra (p. 3).

Como ejemplos indiscutibles de estas movidas de política pública, Herschell, Reed, Mecca & Kolko (2014) indican que en los EE.UU., varios estados, como California, Pensilvania y Nueva York, crearon centros y recursos para diseminar e implementar las PPBE. Norcross, Hogan & Koocher (2008) documentan en su libro cómo en unos 12 años el nivel de publicaciones sobre las PBE aumentó estratosféricamente. Por ejemplo, en *Medline*, en el año 1994, menos de 200 publicaciones se dirigían a las PBE, mientras para el año 2006, *Medline* publicaba más de 6,000 artículos anuales en PBE. En el área psicológica, al utilizar PsycINFO, en el año 1992, menos de 100 publicaciones se referían a las PPBE, mientras para el año 2006, unas 3,500 publicaciones iban por esta línea. Como bien dicen Norcross, Hogan & Koocher (2008) “verdaderamente, las PBE se han convertido en una fuerza gigantesca internacional” (p. 2).

Barlow apunta, que casi todas las organizaciones profesionales de Psicología y Psiquiatría (con algunas excepciones) han endosado como política oficial, que el ejercicio de la práctica de su profesión debe estar entrelazado con las PBE. Como bien lo expresa Thomason (2010)

Ya queda claro que la tendencia en las organizaciones profesionales es apoyar el desarrollo de tratamientos basados en la evidencia. Prácticas basadas en la evidencia en la psicología clínica y en consejería son necesarias para establecer la credibilidad y efectividad de las intervenciones, y muchas agencias que proveen fondos externos ya han hecho mandatorio el uso de prácticas basadas en la evidencia (p. 30).

Clark (2012) describe que en octubre del año 2007, el Gobierno del Reino Unido anunció una iniciativa que se conoce traducido como mejorando el acceso para las terapias psicológicas para personas con trastornos de ansiedad y depresión. Entre los años 2008 al 2011, cerca de 3,600 psicólogos fueron entrenados para brindar terapias con base en la evidencia a miles de personas. Del 2011 al 2014 se entrenarían unos 2,400 adicionales. Los resultados iniciales indicaron que las PPBE ofrecieron beneficios terapéuticos inusualmente más altos que las terapias previas usuales.

Otro ejemplo contundente muestra la implantación de las PPBE en la Administración de Salud de Veteranos (ASV) de Puerto Rico. Desde el año 2007 hasta hoy, la ASV tomó como política administrativa oficial implementar y diseminar terapias que cuentan con un bagaje significativo de efectividad para ser utilizadas de manera sistemática con pacientes veteranos de guerra. Entre estas terapias se encuentran: la terapia de exposición, la terapia de procesamiento cognitivo, la terapia de aceptación y compromiso, entre otras. Para el año 2012, el 96% de las facilidades de la ASV ofrecía terapias basadas en la evidencia y los datos preliminares indicaron que los veteranos intervenidos con PPBE mejoraron de manera significativa. Más aún, dichas ganancias se relacionaron a menos costos operacionales, pues los pacientes, al sentirse mejor, recurrieron menos a buscar servicios de salud mental (Gillihan, Conklin & Foa, 2014; Ruzek, Karlin & Zeiss, 2012).

Algunas organizaciones internacionales de Psicología ignoraron la idea de las virtudes y la urgencia de mantener las PPBE. La *American Psychological Association* convocó un *Task Force* de eruditos reconocidos, quienes llegaron a la recomendación unánime que las PPBE deben ser parte de la APA. En el 2006, la APA oficializó esta decisión.

¿Cómo trabajan los psicólogos en la actualidad?

Esta pregunta resulta muy relevante, pues las PPBE solo son viables y posibles si los psicólogos mantienen una práctica informada por las investigaciones que se generan en el campo. Sin embargo, estudios demuestran que la gran mayoría de los psicólogos mantiene una práctica clínica que no se basa en la evidencia (Elbogen, Mercado, Scalora & Tomkins, 2002; Lucock, Hall & Noble, 2006; Steward & Chambless, 2007). Al revisar esta área, Baker, McFall & Shoham (2009) encontraron que la mayoría de los psicólogos no creyeron que las investigaciones de psicoterapia jueguen un papel importante en el tratamiento o evaluación de sus clientes:

Esto es, estos psicólogos privilegian sus intuiciones y su solución de problema informal por encima de lo que la literatura de investigación tiene que aportar [...] Por ejemplo, en los últimos 30 a 40 años, las encuestas han encontrado de manera consistente que los clínicos valoran los factores experienciales sobre la investigación al momento de guiar el proceso de actividades y decisiones de evaluación, y sus prácticas de evaluación muchas veces entran en conflicto con la mejor evidencia de investigación disponible [...] De manera similar, la mayoría de los clínicos le dan más peso a sus experiencias personales que a la ciencia al momento de tomar decisiones acerca de alguna intervención (p. 80).

Esta situación se complicó con psicólogos que manifestaron no interesarse en basar su práctica en la mejor evidencia disponible, al considerar que la evidencia científica de su campo fuera irrelevante o poco informativa en las decisiones de su práctica clínica (Palmiter, 2004; Wade & Baker, 1977). Este punto se agudizó con la investigación de Stewart & Chambles (2007), quienes preguntaron a casi 600 psicólogos en práctica privada en qué se basa su toma de decisiones al momento de hacer intervenciones. Los resultados revelaron una tendencia de no basarse en la evidencia, sino en procesos intuitivos. Boisvert & Faust (2006) indican que muchos psicólogos clínicos no conocieron la literatura sobre terapias apoyadas empíricamente. Baker, et al. (2009) refiere al respecto:

En resumen, estamos en una situación en donde muchos o la mayoría de los psicólogos clínicos no aparentan estar receptivos a la ciencia, son incapaces de tomar ventaja de la investigación científica y no están preparados para adaptarse a los cambios en el sistema de cuidado de salud (p. 83).

Aunque las intuiciones y la experiencia clínica ciertamente tienen un papel que jugar en el algoritmo de las decisiones de tratamiento, estos procesos por sí solos son malogrados en ofrecer una base confiable en la práctica clínica. Al revisar esta temática, Garb (1998) documenta que el juicio clínico, sin el resguardo de guías empíricas, llevó a los psicólogos a errores inferenciales al momento de tomar decisiones sobre el diagnóstico, la evaluación e intervenciones adecuadas. Otros estudios encontraron que cerca del 15% de las intervenciones que los psicólogos ofrecían a sus clientes fueron potencialmente dañinas, lo que propició que psicólogos comenzaron a publicar e identificar estilos dañinos de psicoterapia (Barlow, 2010; Lilienfeld, 2007).

Las PPBE adaptadas al contexto puertorriqueño

En Puerto Rico, Bernal y Rodríguez-Soto (2012) realizaron un estudio con 165 profesionales de la salud mental y estudiantes doctorales entre la edad de 20 a 80 años ($X = 43$ años) para conocer sus actitudes y conocimientos de las PPBE. El 51% indicó estar “totalmente de acuerdo” con que las PPBE son útiles, el 56% manifestó estar “totalmente de acuerdo” con que las PPBE mejoran la calidad del servicio a los clientes y el 52% apoyó que las PPBE ayudan a tomar decisiones sobre el servicio profesional ofrecido. Estos datos indican que alrededor del 50% de los psicólogos tuvieron actitudes favorables hacia las PPBE. Sin embargo, los datos indican, también, que el otro 50% de la muestra tuvo renuencia o rechazo a las PPBE. En cambio, al medir conocimientos sobre las PPBE, los datos revelaron un escenario muy distinto: Solo un 10% señaló estar familiarizado con las PPBE, un 11% indicó utilizarlas con regularidad y solo un 13% indicó sentirse con las competencias necesarias para utilizar las PPBE. El cuadro que obtuvieron Bernal y Soto-Rodríguez apunta al hecho de que un número considerable de psicólogos muestra actitudes favorables hacia las PPBE, pero solo un 10% manifestó conocerlas lo suficiente para utilizarlas en su trabajo clínico. Este desfase evidencia que muchos psicólogos no han recibido la capacitación necesaria para conocer cómo aplicar estas terapias e intervenciones en el ambiente de su trabajo diario.

La invitación de las PPBE es precisamente basar el trabajo psicológico al tomar en cuenta no solo la experiencia, sino también la mejor evidencia disponible, las mejores prácticas profesionales y la adaptación de la evidencia al marco cultural del cliente o de la comunidad.

En Puerto Rico comenzaron algunos esfuerzos por esta línea. Un grupo de investigadores publicó activamente sobre el proceso de adaptar intervenciones con base en la evidencia en este contexto cultural con adolescentes deprimidos (Duarté-Vélez, Bernal & Bonilla, 2010; Rosselló & Bernal, 1999; Rosselló, Bernal & Rivera-Medina, 2012), con niños con problemas de conducta (Cabiya et al. 2008),

con niños prescolares con problemas de déficit de atención con hiperactividad (Matos, Bauermeister & Bernal, 2009) y una terapia cognitiva-conductual aplicada a 15 mujeres deprimidas puertorriqueñas de bajos recursos económicos, que mostró resultados efectivos (Reyes, 2005).

Vera et al. (2010) realizaron un estudio en Puerto Rico con intervenciones basadas en la evidencia de tipo colaborativo para mejorar los perfiles de personas deprimidas, comparado con el cuidado usual que recibieron dichos pacientes. Parte de esta intervención colaborativa fue la implantación de la terapia PPBE cognitiva-conductual. Los resultados indicaron que el cuidado colaborativo redujo más los síntomas de depresión y mejoró más el funcionamiento social, que el grupo de cuidado usual.

Para resumir esta sección:

Muchos psicólogos mantienen una práctica clínica desarraigada de las mejores prácticas profesionales y guías generadas de un mejor cuidado. Diversos estudios reflejan que un número cuantioso de colegas manifiesta basar su práctica no en la evidencia sino en anécdotas, tradición y preferencias idiosincráticas. Esto, como señalan los autores citados, pone en riesgo la credibilidad profesional de los psicólogos en un mundo que cada vez se inclina más a pedir y exigir la producción de resultados claros y contundentes. Las PPBE tienen el potencial de crear un escenario intelectual y práctico más responsivo al pedido de la población que busca ayuda.

A continuación, planteo preguntas y respuestas a diversas inquietudes que quizás surjan al lector.

De la eficacia a la efectividad

En los años 1990 surgió un debate que cuestionó si la literatura producida en estudios de investigación de psicoterapia se podía extrapolar o transportar a un escenario típico clínico (Nemeroff, Gipson & Jensen, 2004). Al repasar este tema, los autores manifiestan que las investigaciones de eficacia se refieren a estudios que aleatorizan a los clientes, utilizan manuales estandarizados de terapia, tratan a clientes con perfiles clínicos similares, evitan poblaciones con mucha comorbilidad y, en general, reflejan rigurosidad en los procedimientos de medir el cambio terapéutico. Mientras los estudios de efectividad se caracterizan por acercarse a cómo los clínicos trabajan día tras día en su práctica clínica. Ellos aceptan casi todos los clientes que buscan ayuda, no hay tanto énfasis en la utilización estandarizada de manuales, los clientes pueden tener perfiles comórbidos y, en general, la terapia se acerca más a cómo se utilizaría en un hospital o clínica psiquiátrica.

En los años 1990 existía mucha incertidumbre sobre si los resultados de terapias empíricamente apoyadas se podían generalizar al ambiente de la práctica clínica. Había algunos autores que pensaban que sí y otros que no.

En una revisión de $N = 35$ estudios, Hunsley & Lee (2007) examinaron si los resultados de estudios sobre efectividad coincidieron con los obtenidos en estudios de eficacia bajo los mismos tratamientos. Los estudios de efectividad revisados fueron con trastornos en adultos ($N = 21$) y trastornos en niños y adolescentes ($N = 14$). Las tasas de conclusión de tratamiento documentadas en estos 35 estudios de efectividad fueron paralelas a los que se obtuvieron en los estudios de eficacia. Estos datos iniciales constituyeron un apoyo a la idea de que las terapias desarrolladas en estudios controlados, podían ser transportadas de manera exitosa a escenarios clínicos de tratamientos de efectividad.

Esta transportabilidad tiene que ser diseñada y trabajada tomando en cuenta la cultura organizacional y los recursos humanos y económicos con que cuenta dicha organización o clínica.

Mi práctica clínica tiene un fuerte componente de PPBE. Luego de un análisis conceptual de la situación clínica del cliente (o consultante), yo discuto abiertamente con mi cliente (o consultante) las opciones terapéuticas disponibles basadas en las mejores prácticas al momento. Mi estilo en particular permite al cliente escoger la modalidad o la técnica de tratamiento por practicar. Por ejemplo, en un caso reciente de un cliente con un trastorno obsesivo-compulsivo, le planteé que teníamos dos opciones: la de una terapia de exposición o una terapia basada en la mentalización. El cliente prefirió la última y se lograron cambios significativos.

Las terapias basadas sobre las PPBE no se utilizan como un “libro de cocina” en donde se sigue paso por paso un protocolo, sino en una adaptación de dichos modelos terapéuticos de acuerdo con las necesidades idiosincráticas del cliente, el peritaje y las preferencias. El lector interesado puede consultar cómo puse en práctica estrategias de PPBE en un caso de un señor “poseído por varios espíritus” que lo hacían hablar lenguas extrañas (Martínez-Taboas, 1999) y en otro caso de una señora con convulsiones psicógenas cuya fenomenología estaba anclada en sus creencias espiritistas (Martínez-Taboas, 2005).

¿Y los aspectos culturales?

La literatura señala que gran parte de lo que se publica sobre resultados de psicoterapias está basado en poblaciones estadounidenses y europeas. Los ingleses, los estadounidenses, los canadienses, los australianos, los holandeses (para mencionar unos ejemplos) producen una abundante literatura al respecto. Sin embargo, ese no es el caso con otras etnias y culturas. Por lo tanto, no hay mucha evidencia sobre investigación de psicoterapia en poblaciones asiáticas y latinas.

Bernal & Scharró-del-Río (2001) realizaron un cuestionamiento de importar terapias empíricamente apoyadas a poblaciones étnicas no anglosajonas. Los autores notaron que los criterios establecidos para determinar las terapias efectivas dejaron fuera a un número substancial de investigación de efectividad de psicoterapia. Por lo tanto, concluyeron que se desconoce sobre la validez ecológica y la validez externa de dichos tratamientos aplicados a una población latina. Los autores proponen utilizar métodos alternos de generar conocimiento, como la investigación orientada en el descubrimiento (*Discovery Oriented Research*), que permite una mirada más exploratoria, fenomenológica y contextualizada del conocimiento al tomar en consideración estudios de efectividad y estudios de procesos terapéuticos. Además, proponen que este método de descubrimiento sea comparado con el método científico tradicional hipotético-deductivo para lograr un mayor pluralismo metodológico, que permite otorgarle credibilidad y peso a aquellos estudios que quizás no tengan el rigor de los de eficacia, pero que aporten un conocimiento válido y científico. Una mirada a estos estudios de efectividad indica que ciertas terapias de familia sistémica, interpersonal y cognitivas-conductuales son efectivas en poblaciones latinas (Griner & Smith, 2006; Zane, Hall, Sue, Young & Nuñez, 2004).

Bernal, Jiménez-Chaffey & Domenech (2009) defendieron la idea de lo que llaman “procedimientos de adaptación cultural”. Por este término o procedimiento abogaron por la modificación rigurosa de terapias que tienen base en la evidencia, al incluir variables como la cultura, el contexto y el lenguaje y que ello daría paso a la generación de una psicoterapia eficaz, pero contextualizada al entorno de significados culturales del cliente. Los autores puntualizan en unos adelantos significativos en dicha área al señalar que, aunque antes del año 1995, este tipo de intervención no se elaboraba, en la última década relució un número creciente de intervenciones con adultos y niños encaminados a adaptar o acomodar psicoterapias tradicionales con variables de corte cultural.

En años recientes se publicaron tres revisiones de literatura sobre los resultados de adaptar intervenciones efectivas y basadas en la evidencia con variables culturales:

Griner & Smith (2006) realizaron una revisión metanalítica de 76 estudios y encontraron un tamaño del efecto de $d = .46$ (efecto moderado) al comparar grupos controles con una psicoterapia basada en la evidencia y adaptada culturalmente. Este resultado apunta a que las intervenciones culturalmente adaptadas y basadas en la evidencia resultaron más eficaces que aquellas que no lo son. En el caso específico de los latinos, el tamaño del efecto fue de $d = .56$. De interés resultó el hecho de que los tamaños de los efectos obtenidos en estudios rigurosos de tipo experimental o cuasi-experimental, obtuvieron un tamaño del efecto de $d = .40$, lo que resulta casi idéntico al obtenido de manera general.

En otra revisión, Huey & Polo (2008, 2010) realizaron un metanálisis con poblaciones étnicas diversas en niños o adolescentes. Estos autores encontraron un tamaño del efecto de $d = .44$ (moderado) y eso implica que el 67% de los participantes que obtuvieron terapias basadas en la evidencia estaban mejor al terminar el tratamiento que los participantes que obtuvieron intervenciones no-basadas en la evidencia. Los autores apuntaron que hubo 13 tratamientos que cumplieron los criterios rigurosos de “probablemente efectivos” y 17 de “posiblemente efectivos”. Además, encontraron tratamientos eficaces para jóvenes de minorías étnicas que tenían problemas de hiperactividad, problemas de agresividad, depresión, ansiedad, de sustancias y trastornos comórbidos. Los autores anotaron que las intervenciones basadas en terapias cognitiva-conductuales “mostraron el record más robusto de éxito con minorías juveniles” (p. 452).

Más recientemente, Smith, Domenech-Rodríguez & Bernal (2011) realizaron un tercer metanálisis con 65 estudios que evaluaron la efectividad de las terapias con PBE y adaptadas culturalmente. En los 65 estudios colaboraron 8,620 participantes: 39% asiático-americanos, 32% latinos, 20% afroamericanos, 4% americanos nativos y 5% otras etnias. Los resultados compaginaron con los dos metanálisis anteriores, al encontrar un tamaño del efecto de $d = .46$, que significa que los pacientes que recibieron PBE adaptados culturalmente, mejoraron significativamente más que personas que no recibieron terapias culturalmente adaptadas.

Chavira et al. (2014) compararon la aplicación de una terapia basada en la evidencia en 85 latinos (77 recibieron las intervenciones en inglés) con trastornos de ansiedad con 251 personas blancas no-latinas. Los resultados no indicaron diferencias estadísticamente significativas en la efectividad de la intervención, tanto para los latinos como para las personas blancas no-latinas. Los autores concluyen que muchas intervenciones clínicas efectivas con poblaciones anglosajonas, al ser aplicadas a poblaciones de otras etnias, muestran una efectividad comparable y robusta.

¿Qué podemos concluir de todo esto? Dado a que las variables culturales influyen activamente en la construcción del mundo social e interno de las personas, lo más sensato a nivel conceptual es adaptar las psicoterapias basadas en la evidencia con variables que las contextualicen (Zane, Hall, Sue, Young & Núñez, 2004). Resnicow, Soler, Braithwaite, Ahluwalia & Butler (2000) defendieron la idea de que una intervención culturalmente sensible incluya “las experiencias, normas, valores, patrones conductuales y creencias de la población impactada, como también las fuerzas históricas, ambientales y sociales son incorporadas en el diseño, aplicación y evaluación de [...] dichos programas” (p. 272).

En Puerto Rico, como documenté anteriormente, se publicaron los resultados de algunas de estas adaptaciones. Todos estos estudios indicaron el dato de que las PPBE adaptadas culturalmente producen resultados beneficiosos y que se comparan a los obtenidos en países anglosajones. El lector, que muestre

interés en este tema, puede beneficiarse del libro editado por Bernal & Domenech-Rodríguez (2012) que examina con rigor esta literatura y presenta ejemplos específicos de cómo adaptar culturalmente terapias exitosas con pacientes latinos, asiáticos y afroamericanos.

¿Cómo puedo comenzar a enterarme y utilizar las PPBE?

Existen muchas rutas posibles para que los psicólogos se enteren de las PPBE y las apliquen en su quehacer práctico. A continuación se mencionan algunas ideas:

Algunas organizaciones e instituciones con portales electrónicos proveen información específica sobre intervenciones, terapias o prácticas que han resultado exitosas y efectivas, p.ej., el *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, <<http://www.cochrane.org>>.), que contiene revisiones de literatura sobre diversas condiciones clínicas y las terapias que han obtenido los mejores resultados.

El *National Institute for Health and Clinical Excellence* (Instituto Nacional para la Salud y Excelencia Clínica, <<http://www.nice.org.uk>>.), ubicado en el Reino Unido, ofrece acceso a guías revisadas de intervenciones basadas en la evidencia. De manera análoga, el *National Guideline Clearinghouse* (Base de Datos de Guías Nacionales, <www.guideline.gov>.) posee más de 160 guías específicas sobre tratamientos mostrados efectivos, publicados por organizaciones profesionales en los EE.UU. Otra fuente importante es el *National Registry of Evidence Based Programs and Practices* (Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en la Evidencia, <www.nrepp.samhsa.gov>.), la cual compendia guías de mejores prácticas en prevención de abuso de sustancias y salud mental.

Otra manera en que los psicólogos pueden aprender e incorporar las PPBE es a través de la lectura de manuales de terapia. Los manuales de terapia son libros cortos (usualmente unas 150 páginas) que explican con detalle cómo administrar, aplicar y practicar diversas técnicas terapéuticas, que previamente han demostrado ser efectivas en ensayos clínicos controlados. Usualmente, estos manuales guían al lector, sesión por sesión, sobre la aplicación de diversas técnicas y los resultados por esperar.

Las editoriales *Oxford University Press* y *Guilford Press* incluyen en sus catálogos de libros secciones de terapias manualizadas. Aclaro que leer un manual no genera que el lector de manera milagrosa se convierta en un perito en determinado modelo terapéutico, pero ayuda a familiarizarse con diversas técnicas y puede constituir una buena base para capacitarse más en esos modelos o técnicas de interés.

Asimismo, muchas revistas de Psicología clínica ya tienen una política editorial en relación con los artículos sobre evaluación e intervención, pues idealmente deben cumplir criterios mínimos de estar insertos dentro de las PPBE. El resultado fue una explosión de publicaciones (libros y revistas), donde el tema de las PPBE es un asunto prominente.

He encontrado de mucha utilidad dos libros recientes: El primero es el editado por McHugh & Barlow (2012) titulado *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* y el otro es el editado por Sturmey & Hersen (2012) titulado *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*, que llega casi a las 1,500 páginas de texto.

Retos en Latinoamérica

En el año 2007 fui elegido como Presidente de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Para ese año había literalmente miles de publicaciones de PPBE y cientos de talleres y conferencias a nivel

internacional. Sin embargo, el tema era necesario discutirlo de manera amplia y crítica, pues en Puerto Rico, muy pocos profesionales estaban conscientes de este tema. Por lo tanto, decidí tomar como eje de mi presidencia el tema de las PPBE. Muchos mostraron una curiosidad saludable; algunos se mostraron contentos con el tema y otros se mostraron molestos y con cierta antipatía al tema.

En primer lugar aclaré, una y otra vez, que las PPBE no son una imposición de la APA. Las PPBE constituyen un movimiento científico internacional. Otro malentendido común correspondió a que quienes endosan las PPBE fueran científicistas extremos que idolatran la evidencia. Al respecto, enfatiqué en que las PPBE contextualizan la evidencia dentro de variables sociales, culturales y personales. Asimismo, recalqué que toda evidencia debe ser entendida y adaptada al peritaje clínico.

Mi experiencia en este tema, que se remonta a una década, consiste en que Latinoamérica tiene unos retos difíciles, pero no insuperables, con la adopción de las PPBE. En primer lugar está el asunto del lenguaje. Casi toda la literatura que se publica sobre las PPBE no está disponible en español. De hecho, se nos ha hecho muy difícil conseguir libros y literatura especializada de PPBE en español. Una excepción notable es el libro editado por Labrador & López (2012) con el título *Psicología clínica basada en la evidencia*. Ambos autores están ubicados en España. Otro libro es el editado por Martínez-Taboas & Quintero (2012) titulado *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: una perspectiva hispana* y un artículo útil en español es el de Daset & Cracco (2013).

En segundo lugar, la incorporación de las PBE requiere modificaciones a veces radicales en cómo se lleva a cabo la práctica psicológica. En síntesis, ahora resulta necesario incorporar la mejor evidencia de nuestra área de trabajo. Además, vimos que muchos colegas con los años se apartaron totalmente de enterarse, capacitarse y leer los adelantos científicos en su campo.

En tercer lugar, las PBE requieren un proceso riguroso y sistemático de diseminación y, luego, de transportación de dichas prácticas al ambiente de trabajo (hospitales, clínicas, comunidades). Para ello, es necesario invertir dinero y esfuerzo para cambiar políticas públicas relacionadas al manejo de la salud mental. Muchos países latinoamericanos carecen de dinero cuantioso para realizar estos cambios.

En cuarto lugar, las PPBE requieren documentar de manera rigurosa el resultado de la intervención. A esto se le conoce en inglés como *accountability*. Existen programas de tratamiento y prevención de salud mental que reciben, a veces, cuantiosas cantidades de dinero para ofrecer intervenciones que no se miden ni se cuantifican. Este aspecto ha comenzado a cambiar, pues varias agencias importantes internacionales están exigiendo la documentación de la efectividad de las intervenciones para continuar recibiendo el dinero.

Otro reto, pero no el último, se refiere a aspectos teóricos e ideológicos. Por ejemplo, en Argentina imperan modelos psicoanalíticos (con algunas importantes excepciones). Esto puede ser un impedimento para algunos, pues en el psicoanálisis, y muy en particular el laciano, no hay una tradición ni una trayectoria de documentar sus postulados teóricos o terapéuticos con evidencia empírica persuasiva. En vez de hacerlo, se recurre a la anécdota, al cuento, a la narrativa de un caso no controlado y, a veces, se citan figuras, como Freud, Klein y Lacan, para ponerle punto final a asuntos contenciosos. Estos colegas, a menudo, no aprecian las PPBE, pues su manera de trabajar a nivel conceptual y teórico no necesita nutrirse de estudios rigurosos y sistemáticos basados en la evidencia. Por lo tanto, es predecible que algunos psicólogos muestren apatía y hasta cierta hostilidad hacia las PPBE.

En Puerto Rico, la diseminación de las PPBE ha comenzado y se ha ramificado. En primer lugar, porque algunos de los programas doctorales para estudiar Psicología clínica en Puerto Rico están acre-

ditados por la APA. Ello implica que las supervisiones clínicas, los prontuarios de clase y los internados han tenido que moverse hacia las PPBE. En segundo lugar, muchos programas de prevención en Puerto Rico reciben fondos externos que provienen de los EE.UU. Esto ha obligado a que dichos programas se muevan hacia incorporar terapias e intervenciones basados en la evidencia. En tercer lugar, a Puerto Rico llega un flujo considerable de libros y revistas sobre PPBE publicados en inglés, los cuales son leídos y asimilados por muchos colegas puertorriqueños. En cuarto lugar, en Puerto Rico, desde el año 2011, se creó la Junta de Prevención Basada en la Evidencia, la cual recoge un conjunto de profesionales a nivel multisectorial, que educa al gobierno y otras agencias en la necesidad imperiosa de moverse hacia las PBE.

Conclusiones

Este artículo ofrece una sinopsis breve de algunas razones por las cuales los psicólogos deberían insertarse en las PPBE. Comprendemos que siempre hay resistencia a lo nuevo, máxime cuando las PPBE implican que muchos colegas no solo tienen que aprender otros enfoques terapéuticos, sino también reconceptualizar su práctica clínica o su enseñanza.

Sin embargo, nosotros, los profesionales de la Psicología, nos debemos a la salud y al bienestar de nuestros clientes (consultantes) al ofrecerles enfoques, estrategias y soluciones efectivas a su problemática, ya sea desde alivio de síntomas, la producción de cambios más profundos en la estructura de la personalidad, una mejor calidad de vida o en su entorno social y comunitario.

Las PPBE priorizan esta búsqueda de ofrecimientos efectivos. Quiero aclarar que las PPBE no se basan solamente en utilizar técnicas que han resultado efectivas -es solo una parte de este quehacer- sino también, no menos importante, en insertar dentro del proceso terapéutico estilos efectivos de alianza terapéutica, que sean adecuados a la problemática del cliente, construcciones culturalmente informadas de los síntomas reportados y, desde luego, el bagaje y estilo único terapéutico de cada psicólogo. Esa conjunción es la médula espinal de una buena práctica basada en la evidencia.

Fuera quedan, entonces, estilos terapéuticos basados en el dogma, desinformados acerca de la mejor evidencia producida en el campo, los que solo privilegian el uso de técnicas sin conceptualizar el caso particular y las prácticas basadas únicamente en intuiciones y anécdotas.

Hay muchos retos y barreras por delante. Al tomar el ejemplo de Puerto Rico, los problemas de la salud mental se siguen agudizando y vemos poco en el panorama, en términos de servicios efectivos, que atempere este deterioro rampante. En términos de las PPBE, un próximo paso sería transportar paulatinamente estas estrategias a nuestro contexto a gran escala: en clínicas de salud mental y a nivel de hospitales psiquiátricos. Sin embargo, para transportar estas intervenciones, se necesitan directrices claras y sistemáticas de cómo comenzar a trabajar de manera diferente.

En Puerto Rico, estos cambios están comenzando, pero aún no han madurado. Sí, escuchamos de comités, de reuniones y conferencias aisladas, pero no notamos algún esfuerzo organizado, sistemático y riguroso de cómo transportar las PPBE en múltiples escenarios de salud. Probablemente, la única excepción a esta regla es la práctica psicológica en el Hospital de Veteranos, pues todos los psicólogos que laboran en este escenario reciben constantemente adiestramientos rigurosos en PPBE.

En los contextos universitarios, el escenario parece ser más factible. Sería altamente deseable que los docentes de los diferentes programas de Psicología integren conceptos, teorías, conceptualizaciones y

discusiones de casos utilizando modelos de PPBE. Asimismo, las supervisiones clínicas deberían incluir al menos un caso en donde el estudiante comience a familiarizarse con las PPBE.

Las PPBE no son una moda pasajera, las cuales típicamente dejan pocas o ningunas huellas en nuestro devenir terapéutico. Las PPBE ponen de relieve que aquella época donde nuestra disciplina podía darse el lujo de no justificar o documentar sus intervenciones, de no investigar las hipótesis de trabajo y de tener una práctica basada en preferencias y prejuicios idiosincráticos, va a ir cayendo en desuso y quizás en descrédito. Las PPBE, con el tiempo, van a deslindar lo que será “una práctica profesional responsable”, de una que podrá ser cuestionada a nivel forense, clínico y social.

Referencias

- Baker, T. B., McFall, R. M., & Shoham, V. (2009). Current status and future prospects of clinical psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 9(2), 67-103. doi: 10.1111/j.1539-6053.2009.01036.x Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2943397/>
- Barlow, D. H. (2008). Preface. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders. A Step by Step Treatment Manual* (4th Ed.; pp. ix-xi). New York, US: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2010, Jan). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. doi: 10.1037/a0015643
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013, Mar). Evidence based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185629
- Bernal, G. & Domenech-Rodríguez, M. (Eds.) (2012). *Cultural adaptations: Tools for evidence-based practice with diverse populations*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bernal, G., Jiménez-Chafey, M. I. & Rodríguez, M. M. D. (2009, Ago). Cultural adaptation of treatments: A resource for considering culture in evidence-based practice. *Professional Psychology*, 40(4), 361-368. doi: 10.1037/a0016401
- Bernal, G. & Scharró-del-Río, M. R. (2001, Nov). Are empirically supported treatments valid for ethnic minorities? Toward an alternative approach for treatment research. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 7(4), 328-342. doi: 10.1037/1099-9809.7.4.328
- Bernal, G. & Rodríguez-Soto, N. (2012). La práctica psicológica basada en la evidencia: Hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad del/a cliente, su contexto y la ética. En A. Martínez-Taboas & N. Quintero (ed.), *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia* (pp. 8-34). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Boisvert, C. M. & Faust, D. (2006, Dic). Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research for science-practice relations. *Professional Psychology*, 37(6), 708-716. doi: 10.1037/0735-7028.37.6.708
- Cabiya, J. J., Padilla-Coto, L., González-Cruz, K., Sánchez-Cestero, J., Martínez-Taboas, A. & Sayers, S. (2008, Aug). Effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for Puerto Rican children. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(2), 195-202. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902008000200002&script=sci_arttext&tlng=en
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of Therapeutic Change that Work*. New York, USA: Oxford University Press.
- Chavira, D. A., Golinelli, D., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., ..., & Craske, M. (2014, Jun). Treatment engagement and response to CBT among Latinos with anxiety disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 392-403. doi: 10.1037/a0036365

- Clark, D. M. (2012). The English improving access to psychological therapies (IAPT program: History and progress). In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* (pp. 61-77). New York, US: Oxford University Press.
- Daset, L. & Cracco, C. (nov, 2013). Psicología basada en la evidencia: Algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212013000200009&script=sci_arttext
- Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. & Bonilla, K. (2010, Aug). Culturally adapted cognitive-behavior therapy: Integrating sexual, spiritual, and family identities in an evidence-based treatment of a depressed Latino adolescent. *Journal of Clinical Psychology-In Session*, 66(8), 895-606. doi: 10.1002/jclp.20710
- Elbogen, E. B., Mercado, C. C., Scalora, M. J. & Tomkins, A. J. (2002). Perceived relevance of factors for violence risk assessment: A survey of clinicians. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 37-47. doi: 10.1080/14999013.2002.10471159
- Fuller Torrey, E. (1992). *Freudian Fraud*. New York, US: Harper.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the Clinician: Judgment Research and Psychological Assessment*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Gillihan, S. J., Conklin, P., & Foa, E. B. (2014). Dissemination and implementation of evidence-based treatments. In P. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley Handbook of Anxiety Disorders* (Vol. II, pp. 1228-1241). New York, US: Wiley Blackwell.
- Griner, D. & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health interventions: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 43(4), 531-548. doi: 10.1037/0033-3204.43.4.531
- Grupo Especial de Trabajo (2007). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia. *Boletín de la Asociación de Psicología de Puerto Rico*, 29, 16-17.
- Herschell, A. D., Reed, A. J., Mecca, L. P., & Kolko, D. J. (2014, Jun). Community-based clinician's preferences for training in evidence-based practices: A mixed method study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45(3), 188-199. doi: 10.1037/a0036488
- Huey, A. J. & Polo, A. J. (2008, Apr). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology*, 37(1), 262-301. doi: 10.1080/15374410701820174
- Huey, A. J. & Polo, A. J. (2010). Assessing the effects of evidence-based psychotherapies with ethnic minority youths. In J. R. Weisz & A. E. Kazdin (Eds.), *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (pp. 451-465). Nueva York, US: The Guilford Press.
- Hunsley, J., & Lee, C. M. (2007, Febr). Research-informed benchmarks for psychological treatments: Efficacy studies, effectiveness studies and beyond. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(1), 21-33. doi: 10.1037/0735-7028.38.1.21
- Labrador, F. J. & López, M. C. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid, España: Pirámide.
- Lilienfeld, S. O. (2007, Mar). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Lucock, M. P., Hall, P. & Noble, R. (2006, Mar-Apr). A survey of influences on the practice of psychotherapists and clinical psychologists in the UK. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(2), 123-130. doi: 10.1002/cpp.483
- Martínez-Taboas, A. (1999). Case study in cultural psychiatry: A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23(3), 333-348. doi: 10.1023/A:1005504222101
- Martínez-Taboas, A. (2005). Psychogenic seizures in an Espiritismo context: The role of culturally sensitive psychotherapy. *Psychotherapy*, 42(1), 6-13. doi: 10.1037/0033-3204.42.1.6

- Martínez-Taboas, A. & Bernal, G. (ed.) (2014). *Estudio de casos clínicos: contribuciones a la psicología en Puerto Rico*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Martínez-Taboas, A. & Quintero, N. (ed.) (2012). *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: Una perspectiva hispana*. Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Matos, M., Bauermeister, J., & Bernal, G. (2009, Jun). Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: A pilot efficacy study. *Family Process*, 48(2), 232-252. PMID: 19579907
- McHugh, R. K. & Barlow, D. H. (Ed.) (2012). *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions*. New York, US: Oxford University Press.
- Nemeroff, R., Gipson, P., & Jensen, P. (2004). From efficacy to effectiveness: What we have learned over the last 10 years. In T. H. Ollendick & J. S. March (Ed.), *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents* (pp. 476-505). New York, US: Oxford University Press.
- Norcross, J. (Ed.) (2011). *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd Ed.). New York, US: Oxford University Press.
- Norcross, J., Hogan, T. P., & Koocher, G. P. (2008). *Clinician's Guide to Evidence-Based Practices*. New York, US: Oxford University Press.
- Palmiter, D. J. (2004, Apr). A survey of the assessment practices of child and adolescent clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(2), 122-128. doi:10.1037/0002-9432.74.2.122
- Rachman, S. & Wilson, G. T. (1980). *The Effects of Psychological Therapy*. New York, US: Pergamon.
- Resnicow, K., Soler, R., Braithwaite, R. L., Ahluwalia, J. S. & Butler, J. (2000, May). Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*, 28(3), 271-290. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(200005)28:3<271::AID-JCOP4>3.0.CO;2-I
- Reyes, M.-L. (2005). Acercamiento cognitivo conductual a la psicoterapia. En G. Bernal & A. Martínez-Taboas (ed.), *Teoría y práctica de la psicoterapia en Puerto Rico* (pp. 66-76). Hato Rey, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Rosselló, J. & Bernal, G. (oct, 1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-745. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.734
- Rosselló, J., Bernal, G. & Rivera-Medina, C. (2012, Aug). Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Journal of Latino/a Psychology*, 1(S), 36-51. doi: 10.1037/2168-1678.1.S.36 (originally in *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2008, Vol. 14, No. 3, 234-245).
- Ruzek, J. I., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2012). Implementation of evidence-based psychological treatments in the Veterans Health Administration. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and Implementation of Evidence-Based Psychological Interventions* (pp. 78-96). New York, US: Oxford University Press.
- Smith, T. B., Domenech, M., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd Ed., pp. 316-335). New York, US: Oxford University Press.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2007, Mar). Does psychotherapy research inform treatment decisions in private practice? *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 611-631. DOI: 10.1002/jclp.20347
- Stout, C. E. & Hayes, R. A. (2005). *The Evidence-Based Practice: Methods, Models, and Tools for Mental Health Professionals*. Nueva York, US: Wiley.
- Sturmey, P. & Hersen, M. (ed.) (2012). *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology*. New York, US: Wiley.

- Sue, D. W. & Sue, D. (2008). *Counseling the Culturally Diverse: Theory and practice*. New York, US: Wiley.
- Thomason, T. (2010). The trend toward evidence-based practice and the future of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 29-38.
- Valenstein, E. (1986). *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York, US: Basic Books.
- Vera, M., Pérez-Pedrogo, C., Huertas, S. E., Reyes-Rabanillo, M. L., Juarbe, D., Huertas, A., ..., & Chaplin, W. (2010, Feb). Collaborative care for depressed patients with chronic medical conditions: A randomized trial in Puerto Rico. *Psychiatric Services*, 61(2), 144-150. doi: 10.1176/appi.ps.61.2.144
- Wade, W. A. & Baker, T. B. (1977, Oct). Opinions and use of psychological tests: A survey of clinical psychologists. *American Psychologist*, 32(10), 874-882. doi: 10.1037/0003-066X.32.10.874
- Zane, N., Hall, G. C. N., Sue, S., Young, K., & Núñez, J. (2004). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 767-804). New York, US: Wiley.

Recibido 26 de junio de 2014
Revisión recibida 30 de agosto de 2014
Aceptado 30 de setiembre de 2014

Reseña del autor

Alfonso Martínez-Taboas obtuvo su bachillerato (magna cum laude) y su máster en Psicología y su doctorado en Psicología clínica (Ph.D., *high distinction*) de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras. Es desde 1987 miembro de la Asociación de Psicología de Puerto Rico. Desde el año 1995 labora como profesor en la Universidad Carlos Albizu, San Juan Campus, Puerto Rico y desde 2010 como profesor adjunto de la Universidad Interamericana, Metro Campus, Guaynabo, Puerto Rico. Es miembro asociado a la *American Psychological Association*, la *American Society for Psychological Research*, la *Puerto Rican Psychological Association*, la *Interamerican Psychological Society*, la *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, la *International Society for the Study of Trauma and Dissociation*, la *International Society for Traumatic Stress Studies* y la *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration*.

Primera publicación en línea (*e-print*): 24 de diciembre de 2014

A importância da prática da psicologia baseada em evidências: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências

The Importance of Evidence-Based Practices in Psychology: Conceptual Aspects, Evidence Levels, Myths and Resistance

Tamara Melnik

Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Wanderson Fernandes de Souza

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Marcele Regine de Carvalho

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Na atualidade existe uma demanda mundial por práticas na saúde baseadas em evidências em diversas especialidades envolvidas nos cuidados da saúde e sua promoção. *A prática da psicologia baseada em evidências* (PPBE) integra a melhor evidência de pesquisa disponível, a expertise clínica, as preferências e características do cliente na tomada de decisão ao nível clínico e também na orientação de políticas públicas na saúde mental. Esse artigo discute os aspectos conceituais da PPBE, os níveis de evidência para a tomada de decisão, mitos e resistência a PPBE. Atualmente ainda existem muitas fontes de incompreensões e mitos acerca da PPBE, as quais constituem fontes de resistência para sua incorporação à prática clínica. Parte-se do princípio que entender os entraves à aceitação da PPBE é crucial não apenas para a construção de contra-argumentos, mas para auxiliar no processo de construção do conhecimento e da difusão de informações científicas que possam orientar o cuidado oferecido aos indivíduos de forma efetiva e ética.

Palavras-chave: Prática da Psicologia Baseada em Evidências, Revisões sistemáticas, Resistência

Abstract

Currently there is a worldwide demand for evidence-based health practices in different specialties related to healthcare and health promotion. Evidence-Based Practice in Psychology (EBPP) integrates the best available research evidence, clinical expertise, preferences and client characteristics on clinical decision-making, as well as public policy orientations on mental health. This article discusses the conceptual aspects of EBPP, evidence levels for decision-making, myths and resistance to EBPP. Currently there are many sources of misunderstanding and myths about EBPP, which constitute sources of resistance to its incorporation into clinical practice. Understanding the barriers to EBPP acceptance is crucial not only for the construction of counter-arguments, but to assist in the process of knowledge construction and the dissemination of scientific information that may guide individual care provision in an effective and ethical way.

Keywords: Evidence-Based Practice in Psychology, Systematic Review, Resistance

Tamara Melnik, professora orientadora do Programa de Medicina Interna e Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo e pesquisadora da Cochrane Collaboration, São Paulo, Brasil.

Wanderson Fernandes de Souza, professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, Rio de Janeiro, Brasil.

Marcele Regine de Carvalho, professora adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

A correspondência relacionada com este artigo dirige-se a Tamara Melnik, direção eletrônica: tameln@terra.com.br



A Prática da Psicologia Baseada em Evidências e os níveis de evidência na tomada de decisão

A discussão da utilidade e da importância da Prática da Psicologia Baseada em Evidências (PPBE) teve como marco a primeira *Task Force da American Psychological Association (APA/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006)* e, na sequência, diversos autores ressaltaram a sua importância [*evidence-based practice*] (Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006) nas proposições do modelo cientista-praticante [*scientist practitioner*] (Hayes, Barlow & Nelson-Gray, 1999).

Na atualidade existe uma demanda mundial por práticas na saúde baseada em evidências em diversas especialidades envolvidas nos cuidados da saúde e sua promoção. A Prática da Psicologia Baseada em Evidências inspirou-se no movimento da medicina que se originou da epidemiologia clínica anglo-saxônica, iniciado na Universidade McMaster no Canadá no início dos anos noventa. Movimento definido como o processo de, sistematicamente, descobrir, avaliar e usar achados de investigações como base para decisões clínicas (*Evidence Based Medicine Working Group, 1992*).

A PPBE é uma abordagem voltada para a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível para o cuidado com o cliente. Promove a prática psicoterapêutica eficaz e contribui com a saúde pública através da aplicação de princípios empiricamente baseados de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção (*APA/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006*). A PPBE requer do psicólogo o aprendizado e atualização constantes (Spring, 2007).

Tradicionalmente a PPBE considera intersecção entre três domínios: (1) a melhor evidência científica disponível, (2) *expertise* clínica e (3) as características do cliente (Spring, 2007).

Sobre o primeiro domínio, considera-se a melhor evidência disponível em relação a efetividade, eficiência, eficácia e segurança das intervenções psicoterápicas. A efetividade diz respeito a psicoterapia que funciona em condições do “mundo real”. A eficiência diz respeito ao custo-benefício. Referimo-nos à eficácia quando a psicoterapia funciona em condições de mundo ideal (estudo controlado). E, por último, a segurança significa que uma intervenção psicoterápica tem efeitos confiáveis que tornam improvável a ocorrência de algum efeito indesejável para o cliente.

As evidências são classificadas considerando informações científicas de maior confiabilidade e precisão em condutas terapêuticas e preventivas. Recomenda-se que, de preferência, a busca por evidências de nível I, ou seja, revisões sistemáticas, que avaliam todos os ensaios clínicos randomizados, publicados ou não, e dão embasamento para determinada conduta ser tomada ou não e qual o grau de certeza esta dará àquela decisão.

As revisões sistemáticas podem ou não incluir a metanálise definida como somatória estatística de dois ou mais estudos que responderam a mesma pergunta de pesquisa.

Quando a revisão sistemática não foi realizada ainda, a alternativa é um grande ensaio clínico (megatrial), que inclui mais de mil clientes. O ensaio clínico (nível de evidência II) deve ser randomizado e com o avaliador dos resultados (desfechos) cegado. Os clientes são escolhidos pelo acaso e o estudo tem pequena probabilidade de seus resultados terem ocorrido por mero acaso e tem grande poder estatístico para detectar efeitos e diferenças, em relação ao grupo controle. Às vezes, encontra-se mais de um ensaio clínico para responder à mesma pergunta terapêutica e os resultados podem ser aparentemente discordantes, nesse caso a realização da revisão sistemática e da metanálise são importantes (Higgins & Green, 2008).

Quando não existe um grande ensaio clínico, é importante que a decisão se baseie em pelo menos um ensaio clínico randomizado, médio ou pequeno, com resultados clínicos e estatisticamente significativos. Estudos controlados, porém sem escolha aleatória dos clientes (randomização), ou seja, um estudo prospectivo de coortes. Neste tipo de estudo, um grupo é tratado da maneira A e o outro da maneira B. O nível de evidência é IV e comparam-se os resultados terapêuticos nos dois grupos, pois não houve a randomização. Se nem o nível IV, coorte, foi encontrado, procuram-se informações científicas baseadas em um modelo de estudo chamado de casos e controles (nível V, figura 1).

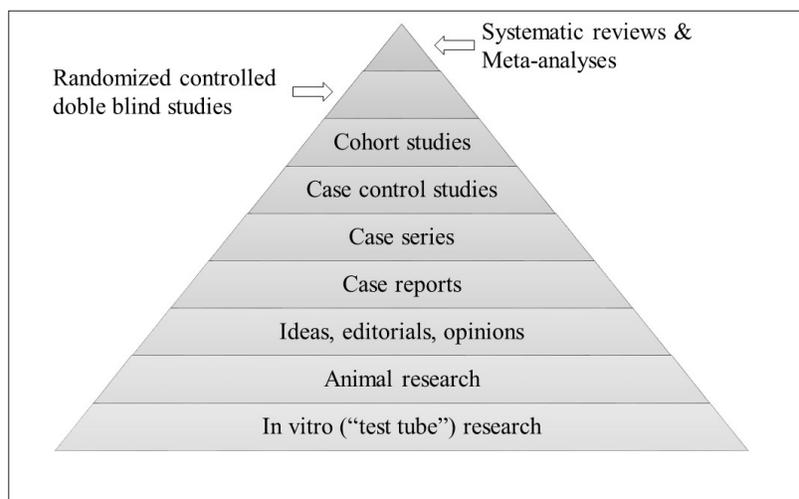


Figura 1. Níveis de evidências

Fuente: *Center for Evidence-Based Medicine, University of Oxford* (<http://www.cebm.net/>)

É importante ressaltar a principal diferença entre revisão sistemática (RS) e a revisão narrativa. A RS parte de pergunta específica e usam-se métodos científicos reprodutíveis e rigorosos para respondê-la. As revisões narrativas partem de uma opinião ou convicção para buscar informações científicas, de maneira não sistemática, com o intuito de coonestar aquela opinião, que já se tinha desde o início, o que rigorosamente não é um método científico. Esse tipo de revisão é o mais comum, ainda, em livros-textos (Higgins & Green, 2008).

Como nível de evidência inferior ao estudo de casos e controles, temos as séries de casos (nível VI) que só devem ser utilizadas quando há a inexistência de níveis de evidências melhores. Finalmente, não se encontrando níveis de evidência de I a VI, ficamos com opiniões de especialistas, ou de consensos de grupos de especialistas, não baseados nas evidências.

O segundo componente da PPBE diz respeito à *expertise* clínica, que considera o julgamento clínico e a experiência clínica. Os profissionais fazem uso de suas habilidades clínicas e experiências passadas no diagnóstico, riscos individuais e benefícios de intervenções potenciais. Apesar do intenso debate sobre o valor da experiência clínica em informar julgamentos válidos sobre a prática, a psicoterapia envolve necessariamente a incorporação da *expertise* clínica baseada em evidência científica, já que não há dados disponíveis para informar muitos dos desafios clínicos enfrentados pelo psicólogo (Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman, 2013).

O terceiro componente da PPBE consiste nas preferências e valores do cliente que é um aspecto muito relevante na seleção das intervenções. A PPBE pressupõe a decisão informada, ou seja, as decisões clínicas devem ser feitas em colaboração com o cliente, com base na melhor evidência clinicamente relevante e levando em consideração o provável custo-benefício. É o psicólogo que faz o julgamento final a respeito de uma intervenção particular ou plano de tratamento, porém o envolvimento ativo de um cliente é crucial para o sucesso dos serviços psicológicos (APA/ *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*, 2006).

Profissionais que utilizam a PPBE formulam perguntas de pesquisa passíveis de respostas sobre decisões na sua prática clínica, avaliam de forma crítica as evidências que encontram, consideram cuidadosamente se as descobertas se aplicam ao seu cliente específico e, em conjunto com o cliente, selecionam uma opção para colocar em prática e avaliam os resultados. Assim, a tomada de decisão em PPBE consiste em cinco etapas: (1) converter necessidades de informação em perguntas de pesquisa respondíveis, (2) mapear a melhor evidência disponível, (3) avaliar criticamente a validade e utilidade das evidências, (4) aplicar os resultados desta avaliação para decisões práticas e (5) avaliar o resultado (Gibbs & Gambrill, 2002).

O objetivo deste artigo é discutir os aspectos conceituais da PPBE, os níveis de evidência para tomada de decisão, mitos e resistência à PPBE. Utilizou-se como referência principal o estudo de Lilienfeld e colaboradores (2013), por se tratar de uma completa e atualizada síntese sobre a resistência à prática psicológica baseada em evidências.

Resistência à prática psicológica baseada em evidências

Alguns psicólogos, assim como estudantes de Psicologia, são céticos em relação ao uso de dados de pesquisa para guiar decisões clínicas. Estudos apontam que psicólogos confiam mais em sua experiência clínica e nas opiniões de colegas do que na literatura científica disponível (Chambless & Ollendick, 2001; Stewart & Chambless, 2010).

Algumas dessas críticas são baseadas em percepções equivocadas (Gibbs & Grambrill, 2002). Para Lilienfeld et al. (2013), negligenciar a resistência no campo da Psicologia em relação à prática baseada em evidências pode fomentar a continuidade da popularidade de intervenções não científicas ou intervenções pseudocientíficas e prejudicar respeitabilidade da Psicologia.

Lilienfeld et al. (2013) faz uma interessante analogia entre a resistência da aceitação da PPBE e a resistência em psicoterapia. Psicoterapeutas partem do princípio que a resistência de seus clientes ao tratamento não pode ser ignorada, de forma a não prejudicar o andamento e eficácia do tratamento. Muitas vezes, a resistência do cliente fornece importantes informações para o processo terapêutico, sendo, de certa forma, aliada ao tratamento. Assim mesmo, a compreensão da resistência de alguns em considerar a viabilidade da PPBE pode tornar-se aliada aos proponentes desta prática, trazendo informações sobre os motivos deste afastamento e favorecendo a contra argumentação científica e lógica, a qual pode ajudar na abordagem da questão junto àqueles que se mostram relutantes em reconhecer a possibilidade de um ponto de vista alternativo.

Um fator que pode estar relacionado à não aceitação da PPBE é compreensível e diz respeito à ciência, que restringe inferências. Assim, algumas proposições aproximam-se mais dos “fatos” do que outras. Desta forma, algumas psicoterapias serão mais bem embasadas cientificamente do que outras. Consequentemente, do ponto de vista científico e ético, algumas práticas necessitariam ser modificadas

ou abandonadas em detrimento de outras. Além disso, a mudança de hábitos de longa data, já enraizada na prática clínica, também é um desafio (Lilienfeld et al., 2013).

A resistência mais marcante dá-se em relação aos profissionais mais velhos aos mais jovens, os primeiros costumam abrigar atitudes significativamente mais negativas para a PPBE. Coerentemente a este achado, dados apontam que a resistência à PPBE é mais prevalente em profissionais que foram treinados em programas que não valorizam a PPBE ou que se profissionalizaram antes do período de valorização da PPBE (Aarons & Sawitzky, 2006).

Uma das razões que impedem que informações corretivas sejam consideradas por terapeutas que se utilizam de outras práticas, alheias à PPBE, é a consideração de que a “evidência” da própria prática clínica tem maior prioridade do que as observações de estudos controlados, ressaltando o fenômeno de heurística de disponibilidade; ou seja, um possível viés cognitivo no qual a predição de eventos futuros se dá com base na facilidade com que experiências passadas são trazidas à mente, neste caso desprezando evidências (Gallo & Barlow, 2012; Lilienfeld et al., 2013, McHugh & Slavney, 2004). Há evidências de que alguns clínicos acreditam que a PPBE poderia ter um efeito prejudicial na relação terapêutica (Addis, Wade e Hatgis, 1999). Um estudo de Addis e Krasnow (2000) realizado nos Estados Unidos constatou que 45% dos clínicos americanos entrevistados concordaram que o tratamento baseado em manuais superestima as técnicas terapêuticas, 47% relataram que acreditam que os manuais de tratamento ignoram as contribuições únicas de terapeutas individuais e 33% acham que usando manuais de tratamento a autenticidade da interação terapêutica diminui. Da mesma forma, muitos clínicos consideram a PPBE como inflexível em comparação com as técnicas habituais.

Dados da pesquisa indicam que muitos ou a maioria dos profissionais de saúde mental têm opiniões razoavelmente positivas da PPBE e, geralmente, da utilidade de pesquisa para informar a prática clínica (Borntrager, Chorpita, Higa-McMillan & Weisz, 2009). No entanto, há evidências que apontam para ambivalências em relação à PPBE, até mesmo entre os estudantes de graduação de psicologia (Lilienfeld et al., 2013). Foi verificado que psicoterapeutas, ao escolher suas condutas de tratamento, tendem a classificar as pesquisas científicas de forma menos relevante em relação às outras fontes de dados, tais como: livros teóricos, a experiência clínica, a intuição, pontos de vista informais de colegas (Cohen, Sargent & Sechrest, 1986; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Stewart, Stirman & Chambless, 2012). Parte dessa ambivalência pode refletir o fato de que a maioria das investigações publicadas está disponível em um formato que os clínicos podem ter dificuldades em interpretar e compreender. Além disso, alguns aceitam e são favoráveis às ideias da PPBE ao responderem às pesquisas, mas na prática mantém seu ponto de vista baseado principalmente na experiência clínica (Lilienfeld et al., 2013).

Fontes de resistência à PPBE

Lilienfeld et al. (2013) lista diferentes fontes de resistência à PPBE. Dentre essas fontes estão as concepções de um “realismo ingênuo”, mitos e concepções errôneas sobre a natureza humana, dificuldades na transposição de probabilidades grupais para a prática individual, falsas concepções sobre o que é e o que não é a PPBE, além de obstáculos logísticos e pragmáticos à sua aplicação. Como apresentado pelos autores, o realismo ingênuo se pauta em nossa falsa crença de que o mundo externo é exatamente como o vemos e de que ver é o mesmo que acreditar. Portanto, é uma crença muito pautada em nossas intuições. Baseando-nos em nossas expectativas iniciais, tendemos a interpretar a maioria das informações ambíguas com as quais nos deparamos de forma a corroborar nossas expectativas. Adicionalmente, damos maior valor às informações favoráveis a nossas crenças e buscamos explicações alternativas

para as informações que se opõem a elas. Seguindo esse raciocínio, são múltiplas as formas de nos enganarmos a respeito do efeito do tratamento. Lilienfeld et al. (2013) apresentam as causas espúrias da efetividade terapêutica citando, dentre elas, o efeito da expectativa encontrada nos placebos e na falácia de que as mudanças que se seguem a terapia são equivalentes a mudanças decorrentes dessa terapia. Uma argumentação corriqueira que segue nesse sentido é de que a PPBE pode sempre encontrar “evidências” para favorecer seu ponto de vista. A ética em pesquisa tem como foco o benefício do cliente e o acesso às informações precisas, independentemente dos resultados da pesquisa apoiarem ou refutarem as premissas dos autores. Se não for para buscar todas as evidências disponíveis sobre uma pergunta de pesquisa, de maneira independente adequam-se amoldam-se a um ponto de vista determinado; então por que o desgaste em desenvolver tantos procedimentos? Além disso, há avaliadores responsáveis por verificar a metodologia e conclusões elaboradas pelos autores (Gibbs & Grambrill, 2002).

Outro ponto de resistência à aceitação da PPBE está na crença de que algumas terapias demonstradas como eficazes em estudos controlados teriam pouca efetividade no *setting* clínico do dia-a-dia (Lilienfeld et al., 2013). Um exemplo dessa assertiva está no tratamento de fobias onde um profissional que tenha uma formação que considera os sintomas fóbicos como o reflexo de conflitos inconscientes pode resistir ao uso de tratamentos comportamentais com a argumentação de que tais intervenções não resultarão em redução dos sintomas, mas em uma substituição dos mesmos como, por exemplo, a manifestação de uma nova fobia. Essas crenças se mantêm por mais que os dados mostrem que estas substituições de sintomas raramente ocorrem (Kazdin, 1982; Tryon, 2008). O mesmo ocorre com outras teorias persistentes na Psicologia como, por exemplo, a importância dada às experiências da infância. A ideia de que as experiências vividas nos períodos mais iniciais da vida possuem um peso diferenciado na formação de nossa personalidade e expectativas levam a uma concepção de tratamento que não abre espaço a procedimentos terapêuticos que não envolvam um minucioso escrutínio das histórias e sentimentos da infância. Apesar de as experiências da infância poderem moldar a personalidade e possíveis psicopatologias, existem poucas evidências de que estes possíveis traumas levem a uma trajetória inevitável de má adaptação, exceto quando esses eventos são extremamente severos e prolongados. Mesmo nos casos onde essas experiências se mostram significativas, não existem razões para acreditar que intervenções focadas no presente não possam modificar as percepções e interpretações de tais experiências.

Nesse mesmo sentido da não utilização das estratégias recomendadas, verifica-se que alguns clínicos se mostram dispostos a adotar algumas PPBE, mas não outras. Um fator potencial nessa decisão é o nível de conforto e familiaridade com as várias intervenções: fatores que ajudariam a prever a adoção de qualquer novo tratamento. A diferenciação depende de fatores tais como a orientação teórica do clínico, bem como as semelhanças entre os tratamentos que já utilizam e tratamentos que poderiam vir a adotar. Além disso, o volume da demanda de clientes com um transtorno particular ou outros tipos de demanda dos mesmos (se clientes potenciais têm pedido por um tratamento específico, por exemplo) também entram em questão na adoção de estratégias específicas (Gallo & Barlow, 2012).

Retomando a crença na relevância limitada dos ensaios clínicos controlados para a prática clínica (que se baseia na ideia de os tratamentos não serem tão eficazes no ambiente clínico, como demonstrado em tratamentos realizados em ambientes de pesquisa), uma justificativa é que os clientes em investigação são percebidos como menos graves devido à exclusão nos estudos de clientes com comorbidades, por exemplo. Sobre esse ponto, verificou-se que clientes em contextos clínicos muitas vezes não atendem aos critérios de gravidade mínima ou duração da psicopatologia necessários para inclusão em ensaios clínicos (Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph & Rothman, 2005) e que muitos estudos recentes permi-

tem a inclusão de comorbidades (Shafran et al., 2009). Atualmente, há cada vez mais provas de que os resultados de estudos de pesquisa podem ser generalizados para situações clínicas de rotina (Weisz, Weersing e Henggeler, 2005; Wilson, 2007). Foram verificados bons resultados em populações não selecionadas no tratamento, realizado por terapeutas devidamente treinados, de clientes com transtornos de ansiedade e transtornos alimentares, e também alguma evidência para esquizofrenia. De qualquer forma, há uma necessidade de estudos que examinem se os tratamentos em contexto clínico em população não selecionada são eficazes conforme verificado em estudos controlados (Shafran et al., 2009).

Uma terceira fonte de resistência citada por Lilienfeld et al. (2013) está na dificuldade da transposição dos efeitos derivados dos ensaios clínicos para a prática individual. O autor usa como ponto de partida para tal discussão a afirmativa empregada em Psicologia de que “Cada indivíduo é único”. No Brasil, uma frase recorrente na Psicologia e que traz em si um conteúdo semelhante é a de que “Cada caso é um caso”. É indiscutível que cada indivíduo representa um caso único com sua história própria e suas especificidades. Sabemos que a história e as motivações de dois clientes podem ter muitos elementos em comum, mas que suas consequências e o modo como essas experiências são vividas podem variar completamente de um caso para outro. Entretanto, as diferenças individuais não significam a impossibilidade de se tirar algum tipo de generalização a partir de estudos controlados que possam ser aplicados a nível individual. A probabilidade de sucesso de uma intervenção derivada de estudos em grupos não nos garante o sucesso definitivo dessa intervenção ao nível individual, mas nos auxilia nas tomadas de decisão. Quando dizemos que uma intervenção apresenta 75% de chance de ter bons resultados, essa probabilidade é contestada pelos 25% desfavorecidos por ela, mas ainda assim serviria como parâmetro de escolha frente a outra intervenção cuja chance de sucesso fosse, digamos, de 30%. Adicionalmente, as meta-análises também auxiliam a tomada de decisões na medida em que podem sugerir intervenções diferentes para subgrupos de indivíduos. Um exemplo está na meta-análise de Dimidjian et al. (2006), que apresenta evidências de que técnicas de ativação comportamental podem ser especialmente efetivas entre clientes com depressão maior com sintomas severos em detrimento dos clientes com quadros mais leves. Neste sentido, a PPBE é capaz de prover auxílio à prática clínica, visto que algum tipo de generalização é melhor que nenhum.

É necessário concordar com Corsini (2008) de que o perfeito estudo da psicoterapia não é possível, pois nenhuma investigação psicológica está livre de falhas. Mas ainda assim existem elementos comuns entre os indivíduos que nos permite inferir algo a seu respeito. Lilienfeld et al. (2013) traz um exemplo da medicina onde, apesar de cada indivíduo vivenciar diferentemente a experiência de um melanoma (e em seu lugar poderíamos colocar alguma condição psicológica), alguns são jovens e outros são mais velhos, alguns possuem hipertensão e outros não, alguns apresentam histórico de diabetes tipo 2 e outros não; mas ainda assim, independente das incontáveis variáveis de confusão, 90% dos casos são curados com uma cirurgia precoce (Berwick, 2010). Portanto, por mais que em psicoterapia tenhamos casos extremamente diversificados, podemos encontrar material generalizável que nos auxilie na tomada de decisão.

Uma quarta barreira levantada por Lilienfeld et al. (2013) está na postura de que é papel dos céticos provarem a ineficiência de uma dada intervenção. Pensando no caso da psicoterapia, deveria ser papel do proponente de uma nova terapia provar sua eficiência e eficácia para que esta pudesse ser contemplada entre as técnicas baseadas em evidência. Entretanto, no lugar da tentativa de provar sua eficácia, o que temos é uma demanda por parte dos céticos de precisar provar a ineficiência dos tratamentos propostos. Como ressaltado pelos autores, muita desta confusão é originária de uma falha ao diferenciar *terapias inválidas (invalidated therapies)* de *terapias não validadas (unvalidated therapies)*; Westen,

Novotny & Thompson-Brenner, 2004). As terapias inválidas são aquelas que foram testadas em estudos sistemáticos e mostraram não funcionar. Já as *terapias não validadas* ou *terapias sem validação* são aquelas que ainda não foram suficientemente avaliadas quanto ao seu funcionamento, podendo estas funcionar ou não.

Alguns obstáculos de caráter mais pragmático dificultam a aceitação da PPBE. Um destes obstáculos é a enorme quantidade de tempo extra que é preciso ser desprendido pelos clínicos na leitura da literatura científica a respeito das práticas embasadas empiricamente. Muitos desses profissionais não consideram ter esse tempo extra necessário para dedicar à leitura clínica (Nelson, Steele e Mize, 2006). A falta de consulta a literatura leva a equívocos sobre a PPBE ou a informações insuficientes para a prática clínica. Muitas vezes os clínicos não estão cientes de onde eles podem acessar informação relevante e têm pouco conhecimento sobre recursos de pesquisa relevantes *on-line* (Berke, Rozell, Hogan, Norcross & Karpiak, 2011).

A percepção da dificuldade de acesso ao treinamento clínico é um outro aspecto observado. Um estudo de Cook, Biyanova & Coyne (2009) verificou que muitos clínicos não acreditam que o treinamento seja acessível a eles, devido ao tempo, a logística e até a questões financeiras. Além disso, mostraram que muitos creem que mesmo recebendo treinamento em um novo tratamento, eles não receberiam o apoio necessário para a prática depois.

Outro obstáculo pragmático está na complexidade estatística envolvida nos estudos que apresentam resultados de eficácia terapêutica. Com o contínuo desenvolvimento e refinamento das análises estatísticas, mesmo aqueles clínicos que tenham uma boa base estatística atualmente, com o passar do tempo, podem se deparar com novos artigos contendo métodos estatísticos com os quais não estejam familiarizados. Uma dificuldade adicional está no abismo existente entre a teoria e a prática em Psicologia clínica. Parte desse problema encontra-se na dificuldade que os pesquisadores encontram em traduzir os achados de estudos controlados para sua utilização em cenários naturalísticos. Isso criou uma mentalidade de “nós vs. eles” dividindo a academia e a prática clínica. Entretanto, apesar desses obstáculos, o fato de existirem novos psicólogos sendo formados em instituições que ensinam PPBE e que recebam supervisão de intervenções baseadas em evidências, pode reduzir as atitudes negativas relacionadas ao uso de uma PPBE (Lilienfeld et al., 2013).

Gibbs & Grambrill (2002) também relacionaram alguns argumentos utilizados para não aceitação da PPBE. Alguns dos principais estão relacionados ao desconhecimento da proposta da PPBE. Por exemplo: Uma objeção à PPBE é que ela ignora a experiência clínica. A própria definição de PPBE ressalta que a mesma é fundamental. Uma preocupação constante da PPBE é, justamente, aprimorar a experiência clínica para integrar resultados de pesquisas com as informações das circunstâncias, ações, características e preferências do cliente, de forma a maximizar a probabilidade de alcançar os resultados esperados. Outro argumento levantado é que a PPBE ignora os valores do cliente. Como foi observado, considerar as características, expectativas e preferências do cliente faz parte da PPBE, assim como considerar as evidências que direcionem a resultados favoráveis. Na tomada de decisão, agregam-se todas essas variáveis, levando em consideração o posicionamento do cliente, que é sempre informado e ouvido pelo terapeuta. Outro mito relacionado à PPBE é que esta é uma abordagem baseada em um livro de receitas. A consideração pela PPBE das particularidades de cada cliente assim como a extensão em que os resultados de pesquisa se aplicam a cada um deles, já demonstra que a afirmativa é errônea, assim como a afirmativa de que os clientes são privados de escolha no processo de tomada de decisões (Gibbs & Grambrill, 2002).

Outro argumento relacionado a não aceitação da PPBE é que a mesma só se aplica se alguma evidência for constatada. Psicologia Baseada em Evidências é uma abordagem sistemática de ajuda em que os resultados de pesquisas relacionados com decisões práticas importantes são procurados e, criticamente, avaliados; assim, o que é encontrado (incluindo nenhuma evidência) é compartilhado com o cliente, e os clientes são envolvidos no processo como participantes informados. Por último, destaca-se o argumento de que a avaliação da eficácia é uma questão de opinião pessoal. A PPBE enfatiza a consideração dos valores e expectativas dos clientes em relação aos objetivos buscados, os métodos utilizados e os resultados alcançados. Opiniões pessoais dos clientes em relação à eficácia são importantes a considerar, além de ser um respeito à ética. São feitos esforços para minimizar a opinião pessoal na avaliação crítica da literatura de pesquisa relacionada com a prática através da descrição clara dos procedimentos de pesquisa e o uso de critérios rigorosos para avaliá-las. Os objetivos são traçados a partir dos critérios científicos e outras metas singularmente traçadas no relacionamento de colaboração entre o cliente e o clínico (Gibbs & Grambrill, 2002).

Recomendações para lidar com a resistência à PPBE

A Psicologia Baseada em Evidências é um processo, não um conjunto de verdades, em que a incerteza na tomada de decisões é destacada, assim como os esforços para diminuí-la são abordados, sempre com o envolvimento dos clientes como participantes informados. Trata-se de ambiente aberto no qual a avaliação crítica incentivará a argumentação embasada e relacionada ao tema e desencorajará objeções falsas que distraem os profissionais de uma revisão cuidadosa de novas ideias e métodos, bem como das evidências relacionadas que podem nos ajudar a atender nossos clientes (Gibbs & Grambrill, 2002).

Uma das formas de superar a difusão de concepções errôneas sobre a PPBE é o investimento no conhecimento dos estudantes de Psicologia clínica e de saúde mental. Como proposta, a formação deve se concentrar mais explicitamente nos perigos do realismo ingênuo e nas causas espúrias da efetividade terapêutica. Os professores devem apresentar aos alunos as heurísticas e vieses que podem levar até mesmo profissionais bem treinados a perceber mudanças terapêuticas na sua ausência, ou não percebê-las quando realmente ocorrem. Adotar uma perspectiva histórica, em que os alunos aprendem sobre a história de equívocos em Psiquiatria, por exemplo, serviria para os alunos compreenderem como inteligentes profissionais de gerações anteriores enganaram-se, e como métodos científicos, como os estudos controlados randomizados, permitiram a correção de erros anteriores e puderam, assim, melhorar a assistência ao cliente. Consequentemente, os estudantes poderiam perceber que podem erroneamente ver-se como imune a erros cognitivos, e ter essa compreensão é importante para investir em esforços para compensar as propensões em direção a certos vieses (Lilienfeld et al., 2013).

Fomentar o aparecimento dos pensamentos equivocados sobre a PPBE talvez seja mais importante do que apenas transmitir as informações que procedem sobre a abordagem. Esse seria mais um possível ponto de partida. Ao colocar em foco as crenças equivocadas dos alunos, elas se tornam passíveis de compreensão, contra argumentação e modificação a partir de embasamento adequado (Kowalski & Taylor, 2009; Lilienfeld et al., 2013). Lilienfeld e colaboradores (2013) propõem ainda modificar o foco do treinamento dos estudantes. Geralmente o treinamento se dá pela apresentação dos protocolos de pesquisa. Mudar o foco tradicionalmente adotado do “*O quê?*” para o “*Por quê?*” torna-se essencial. Apresentar e fomentar o raciocínio lógico sobre os protocolos de pesquisa fornece uma estrutura conceitual abrangente no qual o conteúdo destes protocolos pode ser melhor apreciado. Além disso, as objeções em relação à abordagem podem ser encorajadas, abordadas e discutidas proativamente.

Em relação à resistência de profissionais, é necessário reforçar a aproximação e as trocas entre psicólogos voltados para pesquisa e psicólogos voltados para a prática clínica, de forma que estes últimos passem a desempenhar um papel mais ativo na divulgação de informações producentes e em dissipar equívocos em relação à PPBE (Lilienfeld et al., 2013). Engajar-se em práticas baseadas em evidências implica estar em aprendizagem continuada. A proliferação de evidências, bem como a complexidade de prover serviço de alta qualidade, exigirá que melhores sistemas sejam concebidos para fornecer aos profissionais as informações necessárias. Atingir essa meta dependerá de empenhamento total e conjunto dos profissionais da área clínica e de pesquisa (Spring & Neville, 2011).

Vale destacar a importância de organizações profissionais para colaborar na disseminação do conhecimento sobre a PPBE e divulgar as informações mais recentes sobre as melhores práticas disponíveis, principalmente através de materiais simples e didáticos que destaquem a possibilidade de aplicação a clientes particulares como a *American Psychological Association*, a *Association for Psychological Science* e a *Association for Behavioral and Cognitive Therapies* (Gallo & Barlow, 2012; Lilienfeld et al., 2013), e no Brasil à Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, por exemplo. Seria também necessário o desenvolvimento e difusão de diretrizes para a prática clínica, com orientações práticas sistematicamente desenvolvidas para auxiliar as decisões do profissional em relação às circunstâncias clínicas específicas no tratamento de diversas condições (Gallo & Barlow, 2012). Posteriormente, dados sobre a influência dessas diretrizes ou a melhor forma de apresentá-las precisam ser coletados. Adicionalmente, pesquisadores poderiam escrever artigos adicionais sobre informações de pesquisa com conteúdo disponibilizado de forma mais simples e passível de ser inteligível por profissionais não atrelados à área de pesquisa. A informação deveria atingir não apenas aqueles mais predispostos à aceitação da PPBE, mas também aqueles que são mais avessos à abordagem (Lilienfeld et al., 2013).

De acordo com Lilienfeld e colaboradores (2013), algumas outras estratégias podem também ser importantes. O incentivo ao desenvolvimento de cursos de educação continuada, que forneçam aos clínicos habilidades práticas para a interpretação dos resultados de pesquisa em psicoterapia, também poderia ser estimulado. Pode ser útil oferecer oportunidades de discussão e aprendizado sobre a PPBE para praticantes regulares da abordagem em seus locais de trabalho.

No Brasil, algumas iniciativas merecem ser mencionadas: a publicação do livro *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia* (Melnik & Atallah, 2011), a primeira disciplina no Brasil sobre a Prática da psicologia baseada em evidências ministrada na Universidade de São Paulo por Tamara Melnik e Sonia Beatriz Meyer em 2013. Também organizamos, Tamara Melnik, Maria Imaculada Sampaio e Gabriela Silva o primeiro Simpósio sobre a Psicologia baseada em evidências: articulação entre a prática e a pesquisa na Universidade de São Paulo.

De acordo com Gallo e Barlow (2012), investir no senso de auto eficácia dos clínicos pode ser uma forma de difundir a PPBE. Um estudo de Addis et al. (1999) mostrou que, mesmo após serem treinados, alguns clínicos não se achavam competentes na prática dos tratamentos recém-aprendidos. Em contrapartida, o estudo de Henderson, MacKay & Peterson-Badali (2006) verificou que o senso de auto eficácia para lidar com um problema específico foi positivamente correlacionado com a adoção e implementação de uma PPBE para o problema. Várias estratégias podem ajudar a aumentar o senso de autoeficácia dos clínicos. Um co-terapeuta poderia trabalhar em conjunto com um iniciante na abordagem, por exemplo. A coleta regular de medidas de resultado de clientes e a observação de resultados positivos seriam outra maneira (Gallo & Barlow, 2012).

Conclusões

A PPBE é uma abordagem voltada para a tomada de decisão baseada na melhor evidência disponível para o cuidado com o cliente. Promove a prática psicoterapêutica eficaz e contribui com a saúde pública através da aplicação de princípios empiricamente baseados de avaliação psicológica, formulação de caso, relação terapêutica e intervenção. A PPBE requer do psicólogo aprendizado e atualização constantes. A literatura consultada refere que a maior parte da resistência à PPBE baseia-se em equívocos sobre a compreensão do que constitui a ferramenta: Prática da psicologia baseada em evidência. Portanto, identificar, esclarecer estes equívocos e favorecer a comunicação entre os pesquisadores e clínicos é fundamental para avanço da PPBE.

Referências

- Aarons, G. A., & Sawitzky, A. C. (2006, May). 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(3), 289–301. doi: 10.1007/s10488-006-0039-1
- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000, Apr). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331–339. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.331>
- Addis, M. E., Wade, W. A., & Hatgis, C. (1999, Dec). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(4), 430–441. DOI: 10.1093/clipsy.6.4.430
- American Psychological Association/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006, May-Jun). Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Berke, D. M., Rozell, C. A., Hogan, T. P., Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2011, Apr). What clinical psychologists know about evidence-based practice: Familiarity with online resources and research methods. *Journal of Clinical Psychology*, 67(4), 329–339. DOI: 10.1002/jclp.20775
- Berwick, D. (2010). *Nature or Nurture—Which is Responsible for Melanoma?* Retrieved from Skin Cancer Foundation: <http://www.skincancer.org/skin-cancer-information/melanoma/melanoma-causes-and-risk-factors/nature-or-nurture-which-is-responsible-for-melanoma>
- Borntrager, C., Chorpita, B., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. (2009, May). Provider attitudes toward evidence-based practices: Are the concerns with the evidence or with the manuals? *Psychiatric Services*, 60(5), 677–681. Retrieved from <http://psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2009.60.5.677>
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001, Febr). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Cohen, L., Sargent, M., & Sechrest, L. (1986, Febr). Use of psychotherapy research by professional psychologists. *American Psychologist*, 41(2), 198–206. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.198>
- Cook, J. M., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009, Mar). Barriers to adoption of new treatments: An Internet study of practicing community psychotherapists. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 36(2), 83–90. doi: 10.1007/s10488-008-0198-3
- Corsini, R. J. (2008). Introduction to 21st century psychotherapies. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 1–14). Pacific Grove, CA, US: Brooks/Cole.

- Dimidjian, S., Hollon, S., Dobson, K., Schmaling, K., Kolenberg, R., Addis, M. E., ..., & Jacobson, N. S. (2006, Aug). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Evidence Based Medicine Working Group (1992, Nov). Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA, 268*(17), 2420-2425.
- Gallo, K. P., & Barlow, D. H. (2012, Mar). Factors involved in clinician adoption and nonadoption of evidence-based interventions in mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 19*(1): 93–106. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2012.01276.x
- Gibbs L., & Gambrill, E. (2002, May). Evidence-based practice: counterarguments to objections. *Research on Social Work Practice, 12*(3), 452-476. doi: 10.1177/1049731502012003007
- Goodheart, C. D., Kazdin, A. E., & Sternberg, R. J. (Eds.). (2006). *Evidence-Based Psychotherapy: Where Practice and Research Meet*. Washington, DC, US: American Psychological Association. ISBN: 978-1-59147-403-6
- Hayes, S. C., Barlow, D. H., & Nelson-Gray, R. O. (1999). *The Scientist Practitioner: Research and Accountability in the Age of Managed Care* (2nd Ed.). Boston, US: Allyn and Bacon. ISBN-13: 978-0205180981
- Henderson, J. L., MacKay, S., & Peterson-Badali, M. (2006, Jun). Closing the research-practice gap: Factors affecting adoption and implementation of a children's mental health program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(1), 2–12. DOI: 10.1207/s15374424jccp3501_1
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (Ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions: Cochrane Book Series* [Version 5.1.0]. The Cochrane Collaboration, 2011. Retrieved from www.cochrane-handbook.org.
- Kazdin, A. E. (1982, Mar). Symptom substitution, generalization, and response covariation: Implications for psychotherapy outcome. *Psychological Bulletin, 91*(2), 349–365. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.91.2.349>
- Kowalski, P., & Taylor, A. K. (2009, Jun). The effect of refuting misconceptions in the introductory psychology class. *Teaching of Psychology, 36*(3), 153–159. DOI: 10.1080/00986280902959986
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013, Nov). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 883-900. doi:10.1016/j.cpr.2012.09.008
- McHugh, P. R., & Slavney, P. R. (2004). *The Perspectives of Psychiatry*. Baltimore, MD, US: The Johns Hopkins University Press. ISBN-13: 978-0801860461
- Melnik, T. & Atallah, A.N. (2011). *Psicologia baseada em evidências: provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo, Brasil: Santos. ISBN 9788572888745
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986, Febr). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist, 41*(2), 188–197. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.188>
- Nelson, T. D., Steele, R. G., & Mize, J. A. (2006, May). Practitioner attitudes toward evidence-based practice: Themes and challenges. *Administrative Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 33*(3), 398–409. doi: 10.1007/s10488-006-0044-4
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., ..., & Wilson, G. T. (2009, Nov) Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*(11), 902–909. doi:10.1016/j.brat.2009.07.003
- Spring, B. (2007, Jul). Evidence-based practice in clinical psychology: what it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology, 63*(7), 611–631. DOI: 10.1002/jclp.20373

- Spring, B., & Neville, K. (2011). Evidence-based practice in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 128–149). New York, US: Oxford University Press.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005, Feb). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 127–135. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.1.127>
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010, Jan). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology, 66*(1), 73–95. DOI: 10.1002/jclp.20630
- Stewart, R. E., Stirman, S. W., & Chambless, D. L. (2012, Apr). A qualitative investigation of practicing psychologists' attitudes toward research-informed practice: Implications for dissemination strategies. *Professional Psychology: Research and Practice, 43*(2), 100–109. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025694>
- Tryon, W. W. (2008, Jul). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychology, 28*(6), 963–968. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.003
- Weisz, J. R., Weersing, V. R., & Henggeler, S. W. (2005, May). Jousting with straw men: comment on Westen, Novotny and Thompson-Brenner (2004). *Psychological Bulletin, 131*(3), 418–426 [Discussion, 427–433]. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.3.418>
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004, Jul). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin, 130*(4), 631–663. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.631>
- Wilson, G. T. (2007). Manual-based treatment: evolution and evaluation. In T. A. Treat, R. R. Bootzin, & T. B. Baker (Eds.), *Psychological Clinical Science: Papers in Honor of Richard M. McFall* (pp. 105-132). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum.

Recebido 16 de julho de 2014
 Revisão aceita 13 de janeiro de 2015
 Aceitado 20 de janeiro de 2015

Resenha dos autores

Tamara Melnik possui Pós-Doutorado (2011) em Medicina Interna e Terapêutica na Universidade Federal de São Paulo, Brasil (UNIFESP-EPM) com o tema “A Prática da Psicologia Baseada em Evidências”. Doutorado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2006) em parceria com *Cochrane Prostatic and Urologic Diseases* e Centro Cochrane do Brasil e Mestrado em Psicologia pela Universidade de São Paulo (2003). Professora orientadora (mestrado e doutorado) do Programa de Pós-graduação em Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-EPM). Pesquisadora do Centro Cochrane do Brasil. Professora do curso de Especialização em Terapia cognitivo comportamental em Saúde Mental do Amban (Ambulatório de Ansiedade – Hospital das Clínicas). Revisora de periódicos nacionais e internacionais, como *British Medical Journal*, *Cochrane Library* entre outros. Idealizou e Ministrou na Universidade de São Paulo a primeira disciplina no Brasil sobre a Prática da Psicologia Baseada em Evidências. Membro do corpo editorial do *World Journal of Meta-Analysis*. Consultora científica atuando na elaboração de delineamentos experimentais na área da saúde. Organizou em parceria com o Prof. Dr Álvaro Nagib Atallah o livro *Psicologia Baseada em Evidências: Provas científicas da efetividade da psicoterapia*. Professora convidada do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Psicologia Clínica e Consultoria Científica, atuando principalmente nos seguintes temas: Metodologia Científica, Epidemiologia, Psicologia Baseada em Evidências, Saúde Mental na Infância, Adolescência e Idade Adulta, Disfunções Sexuais, Psicopatologia, Qualidade de Vida, Medicina e Saúde Baseada em Evidências, Revisões Sistemáticas e Metanálises, Ensaios Clínicos Randomizados.

Wanderson Fernandes de Souza é professor adjunto da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro e do Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (PPGPSI), Brasil. Graduado em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2004). Mestre em Ciências pelo Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (Epidemiologia) da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, ENSP (2007). Doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz (2011). Tem experiência na área de pesquisa em Psicologia, atuando principalmente nos temas: Psicometria, Fundamentos e Metodologia de Pesquisa, Psicologia Clínica, Epidemiologia da Saúde Mental.

Marcele Regine de Carvalho é professora adjunta do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Brasil. Supervisora clínica no Departamento de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Professora na Pós-Graduação Lato Sensu do Instituto de Psiquiatria (IPUB)/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pânico & Respiração do IPUB/UFRJ, do Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora do IPUB/UFRJ e do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT) de Translational Medicine, Brasil. Pós-doutora pelo Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio Motora do IPUB/UFRJ. Doutora e Mestre em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Graduação em Psicologia pela UFRJ. Formação em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Experiência nas áreas de Psicologia Clínica, Psicologia Cognitiva, Neurociências e Psicologia Hospitalar.

Primeira publicação online: 16 de março de 2015

Prácticas basadas en la evidencia: pasado, presente y futuro

Evidence-Based Practices: Past, Present and Future

Alba Elisabeth Mustaca

Universidad Abierta Interamericana, Argentina

Resumen

Las prácticas basadas en la evidencia (PBE) y la subclase de ellas, los tratamientos con apoyo empírico (TAE), si bien su nomenclatura es reciente, tienen antecedentes remotos. Se presentan algunos hitos históricos sobre las PBE (pasado) y sus antecedentes más próximos, los resultados de las primeras listas que aparecieron de prácticas psicoterapéuticas con apoyo empírico y su comparación con las últimas, como una manera sencilla de evaluar su desarrollo en la psicología clínica (presente). Finalmente, se presentarán algunas de las limitaciones que se deben superar (futuro). Respecto de las primeras listas de PBE, aumentaron las de fuerte apoyo empírico, se agregaron las subcategorías controvertidas y nocivas, presentan TAE para comorbilidades y algunas recomendaciones específicas para cada TAE en particular. Continúa el predominio de las terapias cognitivas-conductuales como las más válidas. Estos resultados muestran un avance considerable en el estudio sistemático de las PBE. En el futuro deberán incrementarse las PBE para comorbilidades, las investigaciones en otros países, las relaciones entre ciencia básica y tecnológica y disminuir la importante disociación que existe entre la investigación, tanto clínica como básica y la práctica profesional, como la cantidad de programas de psicología basados en escuelas psicológicas y bibliografías obsoletas.

Palabras clave: prácticas basadas en la evidencia, investigación básica y tecnológica, ejercicio profesional

Abstract

Evidence-based practices (EBP) and a subclass thereof, empirically supported treatments (EST), have a remote history, although their nomenclature is recent. This article presents some milestones for EBP (the past), their more recent background, such as the results of the first lists of psychotherapeutic practices that were empirically supported, and a comparison of these with the former, as a simple way to assess their development in clinical psychology (the present). Finally we discuss some limitations that must be overcome (the future). The first lists of EBP, provided strong empirical support for EBP, controversial and harmful subcategories were added, as well as EST for comorbidities and some specific recommendations for each EST in particular. Cognitive-behavioral therapy continues to dominate as the most valid. These results show a considerable advance in the systematic study of EBP. In the future there should be an increase in EBP for comorbidities, research in other countries, greater relationships between basic and technological science and a reduction in the significant dissociation between research, both clinical and basic, and professional practice, as well as the number of psychology programs based on obsolete schools of psychology and bibliographies.

Keywords: Evidence-Based Practices, Basic Research and Technology, Professional Practice

Alba Elisabeth Mustaca, Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada (PSEA), Instituto de Investigaciones Médicas (Instituto de Diagnóstico e Investigaciones Metabólicas - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, CONICET), Centro de Altos Estudios de Ciencias Humanas y de la Salud (CAECHS), Universidad Abierta Interamericana, Argentina.

Agradecimientos: Este trabajo fue parcialmente financiado por subsidios de CONICET y de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo. Se agradece a los revisores anónimos del manuscrito al permitir que mejorara de manera sustancial.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Alba Elisabeth Mustaca, Combatientes de Malvinas 3150 1428 Buenos Aires, Argentina, dirección electrónica: albamustaca@gmail.com o alba.mustaca@uai.edu.ar



Herink (1980) cuantificó más de 250 tipos diferentes de psicoterapias con más de 400 técnicas o variantes de modelos principales. ¿Todas sirven? ¿Todas funcionan? ¿Se pueden establecer cuáles técnicas son mejores para cada trastorno particular? Este debate se evidenció a partir del controvertido trabajo de Eysenck (1952), en el cual, al comparar una muestra de pacientes que recibieron distintos tratamientos con aquellos que estaban en una lista de espera, halló que el porcentaje de mejoría entre tratados y no tratados no fue significativo al cabo de los seis meses y, además, con un pequeño sesgo a favor de los no tratados. Algunos autores afirmaron que todos los enfoques terapéuticos producen efectos similares (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Wampold, 2007). Sin embargo, fundamentaron su argumento en (a) encuestas sobre la satisfacción de los pacientes con sus terapias y no en investigaciones clínicas controladas, en las cuales los diseños experimentales más válidos son los diseños aleatorizados con grupo control o los diseños experimentales de caso único o en (b) estudios metanalíticos, donde compararon distintos tipos de tratamientos cognitivo-conductuales, que mostraron su eficacia. Sin embargo, los estudios sistemáticos, realizados desde la década de los años 1960 por investigadores de la terapia conductual (se conoce actualmente como terapia cognitiva-conductual, TCC) y el movimiento de las prácticas basadas en la evidencia (PBE), mostraron que existen tratamientos psicológicos más válidos que otros para distintos trastornos y que algunos son inocuos, mientras otros perjudiciales.

En este artículo presento algunos de los antecedentes más remotos de las prácticas en salud y su influencia en la investigación de las psicoterapias (pasado) y los comienzos del movimiento de las prácticas basadas en la evidencia y la comparación entre los resultados de las primeras listas de los tratamientos con apoyo empírico con las actuales (presente). Finalmente, y como conclusión, expongo algunas de las limitaciones de las PBE que deberán superarse con su desarrollo (futuro).

Pasado

El interés por mejorar la calidad de la atención sanitaria, en general, tiene orígenes remotos y los métodos e instrumentos para evaluar su eficacia fueron modificados con el aumento paulatino y arduo del conocimiento científico. En este apartado presento solo un pantallazo, necesariamente muy sesgado, de los antecedentes históricos de las prácticas sanitarias, de la Psiquiatría y la psicoterapia y de cómo fueron evaluados a lo largo del tiempo.

Algunos autores consideran que en Grecia, Galeno (131-200 d.C.) fue uno de los primeros que sistematizó los conocimientos sobre la Fisiología. Sin embargo, respecto del estudio de la eficacia de los tratamientos, tanto en la Medicina como en los problemas mentales, se utilizaron métodos fundados en la intuición, las supersticiones y las observaciones más o menos sistemáticas, para llegar a la toma de decisiones terapéuticas que podían ser o no adecuadas para mejorar a los pacientes.

Uno de los primeros antecedentes del uso de diseños experimentales para evaluar tratamientos en la Medicina fueron las investigaciones realizadas sobre enfermos de escorbuto por James Lind, un médico escocés que viajó en un buque entre 1746 y 1747. Él observó cómo se desarrollaba la enfermedad entre los marineros y registró que sobrevivieron 80 de los 350 de los que enfermaban. En unos de sus viajes, en 1747, dio a distintos grupos de marineros diferentes tipos de dieta, mientras observaba y registraba el desarrollo de síntomas de escorbuto. Descubrió que aquellos que consumieron cítricos y frutas secas no se enfermaban en comparación con los otros grupos que no ingerían esos productos. A otros que trató con esa dieta, al comienzo de la enfermedad, se curaron. Con esos datos logró que el capitán del buque agregara frutas frescas, sobre todo con cítricos a la dieta de su tripulación, con el resultado de la desaparición de la enfermedad. Sin embargo, en 1789, casi 40 años después de su descubrimiento,

se aceptaron las investigaciones de Lind como para que la armada inglesa comenzara a tomar medidas contra el escorbuto de manera general y sistemática.

Otro dato de interés histórico son las investigaciones sobre la fiebre puerperal realizadas por Semmelweis (1818-1865), en Hungría. Con el uso de métodos epidemiológicos, observaciones clínicas, uso de tablas descriptivas detalladas y estudios cuasi-experimentales, logró reducir la muerte por esa enfermedad simplemente al obligar a los estudiantes y médicos a lavarse las manos con soluciones de sal clorurada antes de revisar a las parturientas.

Aunque Lind desconoció las causas por lo cual el consumo de cítricos actuaba para eliminar la enfermedad y Semmelweis se equivocó en establecer la causa de la fiebre puerperal (ver Hempel, 1987, para un análisis epistemológico de su trabajo), ambos consiguieron descubrir la forma de controlarlas. Este tema lo retomaré en otro apartado al diferenciar tecnología con conocimiento científico.

Otras prácticas, apoyadas en la intuición y la observación, se usaron por décadas (y algunas se siguen usando) sin provocar efecto alguno o siendo a la larga nocivas. Tal es el caso del uso de las sangrías, método practicado desde la antigüedad hasta el siglo XIX, que no solo no curaba, sino que, a veces, provocaba que el enfermo terminara por desangrarse y morir. Esta técnica fue abandonada y resurgió nuevamente en los últimos años. En Mustaca (2011) propuse una hipótesis basada en los principios del aprendizaje y las investigaciones actuales sobre la saliva de la sanguijuela, que puede dar cuenta del uso tan prolongado de esa práctica tan perjudicial.

En el ámbito de la salud mental existen ejemplos similares. La terapia electroconvulsiva es un tratamiento psiquiátrico que induce convulsiones eléctricamente en pacientes anestesiados para provocar un efecto terapéutico. Aunque su uso comenzó en el siglo XVI, observaciones casuales mostraron que parecía mejorar a los enfermos mentales, al aplicarlo más sistemáticamente a partir de 1934, introducido por el reconocido neuropsiquiatra húngaro Ladislao Meduna. Similar a este tipo de intervención se encuentra la terapia convulsiva provocada por shock insulínico. En ambos tratamientos los informes clínicos mostraron resultados alentadores, lo que hizo que se prescribieron con frecuencia. Hasta hoy existe controversia sobre la validez de la terapia de electroshocks para esquizofrénicos y depresivos graves. Sin embargo, Bourne (1953) y Leiberman, Hoenig & Auerbach (1957), al realizar estudios longitudinales más sistemáticos, concluyeron que no hubo pruebas suficientes que indicaron que el tratamiento fue eficaz, además de provocar efectos secundarios relativamente graves para los enfermos. Con la ablación de zonas de la corteza prefrontal, utilizada desde 1949, se obtuvieron resultados similares, porque la observación clínica ofrecía pruebas de su eficacia, en especial para enfermos agresivos volviéndolos más dóciles (Dawes, 1994). En la actualidad, las investigaciones con mayor control experimental revelan que esa práctica no produce mejoría a largo plazo, sino que, incluso, se asocia a la presencia de graves trastornos cognitivos, psicológicos y neurológicos (Valenstein, 1986).

En el terreno de la psicoterapia, el proceso fue similar a la Medicina y Psiquiatría. En la Antigüedad, las curaciones a través de la palabra o por “exorcismos” estaban en manos de brujos, hechiceros o chamanes. En Grecia, filósofos como Aristóteles consideraban que la palabra persuasiva provocaba calma; Platón indicaba que un discurso bello producía un estado de armonía en el alma que facilitaba la acción de los productos químicos e hizo observaciones sobre las pasiones, y las escuelas filosóficas daban reglas éticas que apuntaban a estimular la práctica de estilos sanos de vida (ver Nussbaum, 2003).

En la Edad Media hubo caza de brujas, pero también preceptos religiosos como los dictados por Melchor Cano en 1767, en el *Tratado de la victoria de sí mismo*; Ignacio de Loyola, quien en su libro

Ejercicios espirituales, escrito en 1548, proponía una guía de ejercicios espirituales para la vida diaria y métodos, como el manejo de imágenes, jerarquías de acercamiento a problemas y especificidad de tareas, similares a los tratamientos conductuales actuales. Además, Gilberto Gofré en 1410, dirigió un hospital psiquiátrico donde predominaba una intervención similar a la terapia ocupacional o a los actuales tratamientos psicosociales para la psicosis.

Más adelante, a principios del siglo XIX, se formaron distintas escuelas terapéuticas que practicaban hipnosis y que desembocaron en los estudios de Freud, cuya influencia sigue hasta nuestros días. En el siglo XX aparecieron escuelas derivadas del psicoanálisis y de otras como las de Adler, Young, Lacan, la Gestalt, etc., que aún perduran. Todos estos tratamientos psicológicos se encontraron al margen de una evaluación controlada de su eficacia, sus prácticas derivaron de modelos psicológicos y la evaluación de la eficacia se hacía con casos clínicos aislados en los cuales predominaron las interpretaciones. La mayoría de ellos no informó si las personas mejoraron y no presentaron seguimiento de los casos (ver Ruiz, 1993, sobre el caso Ana O).

Durante el siglo XX, en los laboratorios de comportamiento animal, con el descubrimiento del condicionamiento clásico (Pavlov, 1928), operante (Skinner, 1943) y los estudios de Watson (1913), quien mostró que los miedos en humanos pueden adquirirse por procesos asociativos, se produjo un cambio de paradigma en la psicoterapia, que involucraba realizar evaluaciones más objetivas de los tratamientos psicológicos. Estas pruebas se inspiraron en los métodos usados en los laboratorios de la Psicología experimental. Debemos a Mary Cover Jones, discípula de Watson, las primeras investigaciones que se acercaron a los diseños experimentales de caso único. Jones (1924a, 1924b), apodada como “la madre de la terapia del comportamiento” por Wolpe (1988), comparó siete técnicas para el tratamiento de los miedos y fobias infantiles; describió cada una de ellas y de cómo se dio el proceso de cambio al mostrar en esquemas y figuras mediciones objetivas de las conductas de miedo que presentaron los niños a lo largo de las sesiones. Halló que los dos métodos más eficaces para tratar las fobias infantiles fueron el descondicionamiento (actualmente desensibilización in vivo) y la exposición de los pacientes a la observación de otros niños jugando con el objeto temido (actualmente exposición a modelos).

En el ámbito de la Psiquiatría, desde 1929, William H. Gantt, en la clínica psiquiátrica dirigida por Adolf Meyer, inició un programa de investigación sobre enfermedades nerviosas al combinar procedimientos de neurosis experimentales en perros con el diagrama práctico que Meyer usaba con sus pacientes. Aunque utilizó varios perros, el más famoso fue el caso Nick (Gantt, 1944), al estudiar las diferencias individuales en la formación de las neurosis experimentales y las distintas formas terapéuticas para mejorar los síntomas. A partir de esos estudios, Meyer comenzó a usar algunas terapias farmacológicas para sus pacientes que habían resultado exitosas en mejorar los síntomas en los perros, pero sin validarlas con grupos placebos ni controles apropiados. Meyer, también, es considerado uno de los pioneros de la introducción del psicoanálisis en los Estados Unidos y padre de la Terapia Ocupacional, porque creía que el uso de las manos en distintas actividades podría influir en el estado de la salud de sus pacientes.

Como adelanté en la introducción, se atribuye a la investigación de Eysenck (1952) como uno de los primeros trabajos sobre la evaluación de los tratamientos psicológicos. En su investigación mostró que los pacientes mejoraron sus síntomas en la misma proporción que recibieron o no tratamiento psicológico (en ese entonces, terapia psicodinámica o ecléctica).

A partir de la década de los años 1960, con el auge de la Terapia del Comportamiento (TC), basada en los estudios de aprendizaje animal, y al tener en cuenta la metodología científica, proliferaron los

diseños experimentales para evaluar distintas técnicas terapéuticas. Wolpe (1958/1981) editó su primer libro sobre la terapia de la conducta que presenta diseños experimentales intergrupo y que compara sus tratamientos con grupos de pacientes en lista de espera o tratados con otras técnicas (en general con terapias dinámicas o eclécticas). Ayllon y Azrin (1965), inspirados en los trabajos de Skinner sobre los programas de condicionamiento operante, presentaron las primeras investigaciones con diseños experimentales de caso único para evaluar técnicas fundadas en el condicionamiento operante. Trabajaron en un hospital psiquiátrico donde probaron los programas de economía de fichas y técnicas conductuales que habían sido evaluadas en los animales de laboratorio y entrenaron a los enfermeros en la aplicación de técnicas de modificación de conductas. En esta etapa, se editaron nuevas revistas sobre la Psicología experimental y la psicoterapia que aún perduran, tales como *Behavior Research and Therapy* (1963), *Behavior Therapy* (1970), *Journal of Applied Behavior Analysis* (JABA, 1968) y *Journal of Experimental Analysis of Behavior* (JEAB, 1958). En el ámbito latinoamericano, Rubén Ardila fundó la *Revista Latinoamericana de Psicología* (1969), más adelante aparecieron la revista argentina *Interdisciplinaria* (1980) y la *Revista Mexicana de Psicología* (1984), entre otras.

En síntesis, el sufrimiento humano existe desde el comienzo de la evolución y los métodos para enfrentarlo variaron en función del desarrollo científico y tecnológico. El uso del método científico para evaluar los resultados de las psicoterapias comenzó a desarrollarse más intensamente en la década de los años 1950, influida por las investigaciones sobre el aprendizaje animal y los principios del conductismo radical y metodológico que aún tienen una fuerte y saludable influencia en todos los ámbitos de la Psicología y las Neurociencias (Jackson Brown & Gillard, 2015) y en el uso de una metodología científica para el estudio de la Psicología y de la evaluación de las psicoterapias.

Presente

El llamado movimiento de las prácticas basadas en la evidencia (PBE) comenzó a gestarse en la práctica médica en la década de los años sesenta del siglo XX, al aplicarse el diseño de los ensayos clínicos aleatorizados. Cochrane (1972) alertó sobre la falta de fundamento de las decisiones clínicas y Wennberg & Gittelsohn (1973) criticaron los trabajos sobre la variabilidad de la práctica clínica. Se atribuye a Eddy (1982) la expresión de la medicina “basada en pruebas” y después vino su rápido desarrollo con la consolidación de un grupo de trabajo de Medicina Basada en la Evidencia, en la Universidad McMaster en Ontario (Canadá). Este grupo de trabajo, liderado por el *Evidence-Based Medicine Working Group* (1992), publicó sus conclusiones y, más adelante, Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes & Richardson (1996) establecieron los principios y las metodologías a emplear para determinar la mejor evidencia para las prácticas médicas. Según estos autores, los principios para las prácticas basadas en la evidencia deben cumplir con los siguientes criterios: (a) las decisiones clínicas deben basarse en la mejor evidencia científica disponible, (b) el problema clínico determina el tipo de evidencia que debe buscarse, (c) identificar la mejor evidencia, significa utilizar estrategias de razonamiento, estadísticas biomédicas y epidemiológicas, (d) las conclusiones derivadas de la evaluación de la evidencia son útiles solo si se ponen en acción en el manejo de pacientes o en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud y (e) el rendimiento de estas prácticas y decisiones basadas en la evidencia deben ser constantemente evaluados. Quizá, lo más relevante de este movimiento fue clarificar sobre los métodos más convenientes para evaluar todas las prácticas de salud, que son las investigaciones metanalíticas que incluyen diseños experimentales con grupos aleatorizados con tratamiento y sin tratamiento (placebo) con el mayor control experimental posible y con seguimientos de, al menos, seis meses o con muestras de diseños experimentales intrasujetos (Basler & Medrano, 2011).

En el terreno de la psicoterapia, estimulados por la creación en los Estados Unidos de la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, que postuló la obligación de validar las prácticas en salud; la División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA), creó en 1993 el Grupo de Tarea (Task Force), dirigido por Dianne Chambless, con la misión de establecer los criterios para determinar cuáles son los tratamientos válidos para trastornos específicos (definidos por el DSM-IV, Asociación Estadounidense de Psiquiatría), de crear listas de tratamientos con apoyo empírico (TAE), de difundirlos, de realizar manuales de procedimientos y de monitorear el entrenamiento profesional para que las universidades establezcan mecanismos para su enseñanza sistemática. De este trabajo, surgen numerosas publicaciones. Este movimiento se extendió luego a la investigación de TAE para niños y adolescentes, el consejo terapéutico (División 17 de la APA), la medicina conductual (Sociedad de Medicina Conductual) y para establecer las condiciones óptimas de la relación terapéutica para cada trastorno (División 29 de la APA). Los estudios se extendieron rápidamente a otros países, tales como Inglaterra, Canadá, Francia y España.

Las intervenciones basadas en la evidencia también establecieron la necesidad de diferenciar las investigaciones sobre *eficacia*: cuáles tratamientos o técnicas logran mejores resultados para cada tipo de problema o trastorno, *efectividad*: que el tratamiento pueda aplicarse a muchas situaciones y en muchos lugares (hospitales, consultorios, distintos países, distintas clases sociales, etc.) y *eficiencia*: la evaluación de costo-beneficio de cada tratamiento.

Algunos autores diferencian las PBE de los TAE. Las PBE comprenden (a) las conclusiones de la investigación en relación con la eficacia y la efectividad de las psicoterapias, (b) la experiencia clínica y (c) los valores y preferencias del cliente (Norcross, Beutler & Levant, 2007). Los TAE, en cambio, son las intervenciones que (a) han mostrado funcionar mejor que ningún otro tratamiento (o tratamiento alternativo) para determinados trastornos y (b) fueron replicados en distintos ámbitos de forma independiente mediante diseños intergrupos aleatorizados con grupos controles no tratados o con diseños intrasujetos donde cada sujeto es su propio control (Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Chambless & Hollon, 1998). Los TAE, entonces, son una parte de las PBE a lo que se debe tender, por ser las intervenciones que presentan los métodos más rigurosos de validez. Como se verá más adelante, las listas por publicar incluirán PBE y TAE en función de los niveles de validez que tiene cada tratamiento para cada trastorno.

Para evaluar los tratamientos, el Grupo de Tarea y la de los otros países, realizan investigaciones sistemáticas y metanalíticas de las publicaciones de revistas especializadas. Una de las primeras listas de PBE fue publicada por Chambless y Ollendick (2001), donde sintetizaron el trabajo del Grupo de Tarea. Las PBE se clasificaron en (a) bien establecidas (TAE), (b) probablemente eficaces y (c) prometedoras, en función de criterios preestablecidos y se tuvo en cuenta la metodología empleada. En la primera lista se observa que la mayoría de las PBE son las terapias del comportamiento y las cognitivas-comportamentales, que hay un número considerable de trastornos que carecían de PBE y que predominan las que están dentro de la categoría *probablemente eficaces* (Mustaca, 2004a, 2004b).

La página web de la División 12 de la APA, para cumplir con su objetivo de difusión, creó una sección especial para las PBE que se actualiza constantemente en función de nuevas investigaciones. La sección se puede consultar por tratamiento¹ o por trastorno².

¹ www.psychologicaltreatments.org

² <http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders.html>

Las páginas de los tratamientos presentan una descripción sintética de cada uno, la bibliografía recomendada y los sitios en los EE.UU. donde los terapeutas se pueden capacitar. También, agrega consideraciones que incluyen los alcances y los límites de cada tratamiento y la necesidad o no de administrar psicofármacos combinados con el tratamiento psicológico, entre otros. La página de los trastornos tiene una descripción sintética de cada uno, cuáles tratamientos son los más efectivos, en cuáles categorías de validez se encuentran y, finalmente, la bibliografía más relevante.

Existen más listas y guías de tratamientos basados en la evidencia que se pueden encontrar en páginas Web³ y numerosos trabajos en revistas especializadas (Benito, 2010).

La lista actual de la APA presenta considerables diferencias respecto de la primera y permite compararla con la anterior para evaluar su evolución. En un análisis de esta lista, realizada en noviembre de 2014, hallé algunas diferencias respecto de la primera (Mustaca, datos no publicados). Las tres categorías de PBE que presentan son análogas a la anterior lista: (a) con fuerte apoyo empírico o bien establecidos (TAE), (b) modestos o probablemente eficaces y (c) sin apoyo empírico. Agregaron en las dos primeras la subcategoría PBE *controvertidas*, y en la tercera, la *potencialmente nocivas o riesgosas*. Las controvertidas incluyen aquellas intervenciones con resultados contradictorios en distintas publicaciones, o si bien mostraron su eficacia, parecen derivar de teorías más parsimoniosas que las que invocan los creadores de la técnica. Las PBE sin apoyo empírico y potencialmente nocivas son aquellas que mostraron un aumento de la intensidad del trastorno al compararlas con un grupo control no tratado.

La lista actual de la APA contiene 72 PBE para 16 trastornos. Predominan las PBE con fuerte apoyo empírico (TAE, 44) y 24 modestas. Sin apoyo empírico menciona tres intervenciones y uno potencialmente peligroso. Existen intervenciones que carecen de apoyo empírico para algunos trastornos, mientras sostienen fuerte apoyo para otros; por ejemplo, la atención sistemática tiene fuerte apoyo en el período maníaco del trastorno bipolar, pero modesto en la etapa depresiva.

En la lista se encuentran también algunos detalles de PBE en función de la edad de los pacientes e intervenciones para comorbilidades en dos trastornos. A excepción de la adicción a la cocaína, todos los trastornos ya tienen TAE, es decir los clasificados con fuerte apoyo empírico.

Respecto de la orientación terapéutica, de las 44 TAE con fuerte apoyo empírico, 41 pertenecen a las TCC de la primera y segunda generación. Mientras se mencionan dos intervenciones con enfoque psicodinámico o psicoanalítico, ambas clasificadas como modestas y una como modesta/controvertida.

En conclusión, esta nueva lista evidencia un avance considerable en el desarrollo de las intervenciones psicológicas eficaces y sigue predominando la TCC para todos los trastornos.

Futuro

En 15 años del inicio de las PBE se observa una evolución muy positiva en cuanto al desarrollo de listas y guías de intervenciones más precisas, el aumento de intervenciones con categorías de “fuerte apoyo”, aparición de tratamientos para comorbilidades; otros que indican mejores resultados según la edad y algunos controvertidos que, si bien tienen fuerte apoyo empírico, parecen no provenir de la teoría que invocan.

³ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/guiareftrat/index.php>

La investigación clínica es ardua, larga y costosa. Involucra años de trabajo para conseguir pacientes relativamente homogéneos que acepten integrarse en los protocolos de investigación y deben tener en cuenta las limitaciones éticas, entre otros. Por ello, queda aún mucho camino por recorrer y existen actualmente limitaciones por superar. A continuación, se mencionan solo algunas de ellas.

PBE con multicomponentes

Muchas de las intervenciones, incluso una sencilla TCC, incluyen una serie de técnicas que se aplican en forma sucesiva o simultánea. Lo anterior lleva a la necesidad de estudiar los componentes activos de una intervención; es decir, aquellos que causan la mejoría de los pacientes. Por ello, resulta necesario realizar investigaciones que desglosen los distintos componentes de la intervención y probar su eficacia con grupos de pacientes independientes y homogéneos con el fin de averiguar cuáles serían los componentes activos del tratamiento, qué combinación de ellos produce mejores resultados y cuáles se pueden dejar de lado. En ese sentido, la desensibilización y el reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés, Shapiro, 1989) para el tratamiento del estrés postraumático es un ejemplo paradigmático. La técnica incluye relajación profunda con activación de la memoria del hecho traumático, acompañado con un movimiento de los ojos del paciente, que debe ser entrenado, lo que se considera esencial para el éxito del tratamiento, según la teoría de la cual deriva. Sin embargo, como esta técnica incluye estados de relajación asociada a recuerdos perturbadores, la explicación más parsimoniosa de la causa de su eficacia está relacionada con el condicionamiento asociativo (Lohr, Tolin & Lilienfeld, 1998; Spates & Koch, 2003) y no con la teoría neurofisiológica que invoca la creadora de la técnica. Triscari, Faraci, D'Angelo, Urso & Catalisano (2011) fortalecieron esta hipótesis al hallar resultados similares entre el EMDR con la desensibilización sistemática y la terapia de exposición en la fobia a volar.

PBE para comorbilidades

En la mayoría de los casos clínicos, los pacientes presentan comorbilidades. En la nueva lista hay solamente dos TAE para comorbilidades, lo cual revela un avance que se ampliará en el futuro.

PBE válidos para distintos contextos, culturas, clases sociales, edades

La mayoría de las PBE se basan en las investigaciones clínicas realizadas en los países del primer mundo. ¿Serán válidas para otros países? ¿Cómo deberían adecuarse? Un ejemplo grosero consiste en el TCC para la Depresión de Beck. Si estamos frente a un paciente analfabeto o con poca habilidad y hábito para escribir, esta técnica no se podría implementar y habría que probar otro método. Esto incluye, también, adecuar el tratamiento a la cultura y el contexto al cual pertenece el paciente, más cuando en la intervención existen muchos factores de este tipo; por ejemplo, para el entrenamiento en habilidades sociales o para los tratamientos de parejas, es fundamental tener en cuenta esos detalles porque, aunque la técnica por aplicar y el proceso del tratamiento sea exactamente igual para todos los países, los códigos culturales pueden ser diferentes; aplicarlos ciegamente puede provocar descomunales desastres. Por ejemplo, las investigaciones indican que la distancia física óptima o aceptable entre los grupos de latinos es menor que entre los norteamericanos, mirarse a los ojos tiene un valor de alta sociabilidad y simpatía en algunas culturas, pero genera malestar para otras (p.ej., “mal de ojo”). Una determinada respuesta puede ser asertiva para un contexto, pero agresiva para otro, etc. Para resolver estas situaciones se deben replicar las investigaciones en distintas culturas y verificar no solo su eficacia, sino también su efectividad y eficiencia. Un ejemplo es un estudio realizado en Suecia sobre la eficiencia y el costo-beneficio

de dos tratamientos para los trastornos de la conducta en adolescentes. Compararon un TAE propuesto por los estudios de validez en los EE.UU. con el usual que realizaba la institución. Hallaron que ambos tratamientos obtuvieron los mismos resultados en cuanto a la eficacia, pero que el costo fue menor para el tratamiento usual que para el nuevo (Olson, 2010). En este caso, los suecos no se beneficiarían con la implementación del TAE recomendado por la APA.

Las PBE y los diagnósticos

Actualmente, los TAE se realizan en base a la clasificación del DSM-IV-TR (Asociación Estadounidense de Psiquiatría) y el CIE (Organización Mundial de Salud) y talvez en poco tiempo se usará el DSM-V. Todos ellos están organizados por sintomatologías observables. Es lo que mejor se tiene para comunicar y evaluar las intervenciones, pero estamos muy lejos de realizar clasificaciones que apunten a evaluar las posibles causas de las sintomatologías o de elaborar diagnósticos más precisos con pruebas conductuales, psicofisiológicas o cerebrales. Por ejemplo, las clasificaciones de las especies animales se comenzaron a sistematizar primero por la observación natural, pero ahora la taxonomía es mucho más compleja e incluye análisis moleculares de ADN, lo que permite profundizar en niveles de parentescos entre distintas especies. La investigación sobre las causas de la conducta, normal y anormal, traerá como consecuencia un acercamiento a emitir diagnósticos más precisos y formas más apropiadas para medir los cambios terapéuticos ocurridos a partir del tratamiento con el uso de instrumentos psicométricos, pruebas biológicas y respuestas psicofisiológicas y conductuales.

No hay PBE para todas las patologías

Además, hay PBE que no conllevan a una recuperación completa y permanente de la patología, sino al logro de un apropiado manejo y control de la enfermedad (p.ej., autismo, esquizofrenia). En algunos tratamientos para trastornos, como en los problemas médicos, existen probabilidades de recaídas que son prevenidas mediante la incorporación de mecanismos para controlarlas dentro del mismo tratamiento. Además, la lectura detallada de los estudios metanalíticos indica en algunos casos porcentajes bajos de eficacia, un número considerable de abandono de la terapia o recaídas.

Investigaciones tecnológicas – investigaciones básicas

La tecnología, en principio, se diferencia de la ciencia. Cuando nuestros antepasados descubrieron el fuego y lo usaron profusamente, no tenían una explicación “científica” que explicara cuáles son las condiciones necesarias y suficientes del fenómeno, pero sí aprendieron a conservarlo y, luego, a hacerlo emerger con distintos métodos. Aún hoy encendemos un fósforo y no conocemos su mecanismo de acción, asimismo usamos la computadora, manejamos coches e innumerables instrumentos sin saber muy bien ni conocer los principios básicos que posibilitan su uso, aunque disfrutamos de su uso. En ese sentido, las investigaciones tecnológicas incluyen distintos objetivos y son relativamente independientes de las investigaciones de la ciencia básica, aunque cada vez más existe conciencia de la necesidad de un intercambio fluido entre ellas. Las investigaciones tecnológicas tienen como meta averiguar cuáles herramientas son válidas para cumplir determinados objetivos prácticos o aplicados. Interesa la eficacia, la eficiencia y la efectividad. La investigación científica, en cambio, tiene como objetivo conocer el universo, elaborar teorías y leyes de la naturaleza, sin tener en cuenta para cuáles fines prácticos pueden servir. Aunque los objetivos son diferentes, ambas disciplinas se valen del método científico, al proveer a los investigadores de elementos para controlar lo máximo posible las subjetividades y los sesgos que tenemos como humanos.

Los avances del conocimiento científico no siempre derivan inmediatamente en aplicaciones tecnológicas y los resultados en tecnología no conllevan rápidamente al estudio de sus mecanismos. En otros casos, las investigaciones tecnológicas logran objetivos prácticos y de ellos se infieren teorías falsas. Por ejemplo, en el caso mencionado de la solución que dio Semmelweis para disminuir la muerte por fiebre puerperal, lo llevó a inferir la hipótesis de que ese trastorno se producía por la materia pútrida que contenían los cadáveres, que luego lo extendió, por observaciones, a la materia de los enfermos. Sin embargo, la causa de la fiebre puerperal se determinó a partir de los estudios de laboratorio iniciado por Pasteur muchos años después sobre Microbiología y Química. Los responsables de esa enfermedad son una serie de microorganismos y probablemente en el futuro se determinará qué parte molecular de esos microorganismos son los que la provocan. El error de Semmelweis en cuanto a la inferencia sobre la causa de la enfermedad no impidió que se tomaron medidas para evitar la aparición de la enfermedad, pero no la erradicaron. El conocimiento de su causa permitió controlarla mucho mejor, encontrar formas de curarla cuando aparecía y explicar nuevos hechos. De este ejemplo, aprendemos que un resultado positivo de una deducción no asegura que las premisas de las cuales derivan sean verdaderas, sino que son probablemente verdaderas, como todo conocimiento derivado del método científico.

Actualmente, existe más conciencia de la importancia que tiene la interacción entre ciencia y la tecnología. Según algunos autores, antes estas relaciones se daban de modo incidental o casual, lo que podría retrasar el desarrollo de ambas disciplinas. Recientemente, se propuso el modelo llamado *investigaciones translacionales*, cuyo objetivo es aumentar la interacción entre ciencia y tecnología en todos los ámbitos (p.ej., salud, educación, economía, etc.). Para ello se establecen políticas de gestión que estimulan y financian proyectos de investigación integrados por investigadores de procesos básicos y profesionales en áreas de la tecnología (ver Breckler, 2008, y Gutiérrez, 2012, para su aplicación a la Psicología). Aún no se ven los resultados de esta aproximación, por lo cual este modelo no se ha podido evaluar. Es probable que en algunos casos se puedan desarrollar investigaciones translacionales, porque el desarrollo tecnológico y científico de determinados temas lo permite, pero otros pueden requerir que la investigación científica y la tecnológica trabajen de manera independiente (Mustaca, 2003; Skinner, 1938/1979). Esta aproximación, de todos modos, es alentadora, porque es una visión integradora de los problemas, tanto científicos como tecnológicos.

El movimiento de las PBE se apoya en investigaciones tecnológicas. No es casual, sin embargo, que la mayoría de las TAE deriven de la investigación científica del comportamiento animal y humano y de los estudios realizados en laboratorios (Mustaca, 2004a) que tenían como objetivo conocer los principios de la conducta y sus bases psicofisiológicas. Además, cada vez más existen investigaciones básicas con animales, cuyo objetivo es emular problemas humanos, como ocurre con los estudios de modelos animales en psicopatología (Kamenetzky & Mustaca, 2005). Esto sugiere que las investigaciones tecnológicas se nutren de las básicas y viceversa.

Las investigaciones básicas en Psicología, Sociología y Neurociencias, en general, deben seguir aportando nuevas ideas para un mejor desarrollo de las PBE. En ese sentido, la investigación básica y la aplicada deben complementarse para arribar a otros posibles tratamientos que lleguen a mejores resultados. Por ejemplo, el programa del genoma humano comenzó en la década de los años 1950 del siglo XX y dio lugar al hallazgo de los factores genéticos que influyen en las enfermedades. Recientemente, investigaciones de laboratorio con ratones lograron “corregir” la falla genética que causa el Síndrome de Down (Beaudet, 2013; Jiang et al., 2013; May, 2013). Este es el comienzo que a largo plazo llevará a lograr tratamientos genéticos, de modo que habrá trastornos causados por fallas genéticas, que se curarán

o se regularán con medicación y desaparecerán otros tratamientos, como los de estimulación y rehabilitación para pacientes con el Síndrome de Down, tan necesarios actualmente para las personas que lo padecen. En otros casos, con la investigación básica se puede lograr una detección precoz de enfermedades. Por ejemplo, se están desarrollando métodos, aún muy incipientes, para la detección del autismo en bebés de dos meses (Jones & Klin, 2013). Actualmente, con suerte este padecimiento se detecta a los 5-7 años de edad. La detección a los dos meses del nacimiento seguramente llevará al desarrollo de métodos terapéuticos que logren mejores resultados que los actuales. Además, los estudios sobre aprendizaje y memoria han avanzado mucho respecto de los de la década de los años 1960 del siglo XX. Por ejemplo, existen procedimientos experimentales que muestran que la respuesta de los animales ante la devaluación de incentivos es menor cuando reciben previamente ensayos de reforzamiento parcial (Pellegrini, Muzio, Mustaca, & Papini, 2004), cuando se incorpora un acontecimiento novedoso antes de la devaluación del refuerzo o si reciben dosis de ansiolíticos (Justel, Pautassi & Mustaca, 2014). Estos resultados pueden dar lugar a crear y evaluar nuevas estrategias para aquellas personas que sufren una baja tolerancia a la frustración. El procedimiento de consecuencias diferenciales (Trapold, 1970), que consiste en administrar refuerzos específicos para cada secuencia estímulo-respuesta a aprender en una tarea de discriminación, consigue un aprendizaje más rápido que el discriminativo al recibir el mismo reforzador y puede inspirar a la realización de técnicas más eficientes para el tratamiento de los trastornos generalizados del desarrollo.

PBE, terapeutas y entrenamiento

Aunque las investigaciones sobre PBE llevan 15 años (poco tiempo desde una visión histórica), existe un considerable porcentaje de psicólogos clínicos que la desconocen o, al conocerlas, siguen trabajando con otras orientaciones terapéuticas. Además, la mayoría de los programas de Psicología, al menos en países como Argentina, Chile y Uruguay, continúan una enseñanza de la psicología de tipo escolástica, sin incentivar el pensamiento crítico (Benito, 2009).

En un estudio no sistemático realizado en la Argentina durante 2012-2015, hallé que el 98% de los estudiantes de Psicología y psicólogos aplicados desconocieron el movimiento de las PBE, consideraron que la mejor terapia era la psicoanalítica y mencionaron como personajes clave para el desarrollo de la Psicología a Freud, Adler, Jung y Piaget (Mustaca, datos no publicados). Este hecho no se limita a los países latinoamericanos o con fuerte predominio del psicoanálisis, como en Argentina. Un dato alarmante es un estudio realizado en los EE.UU. Norcross & Rogan (2013) publicaron una investigación con el fin de evaluar el perfil de los psicoterapeutas de la División de Psicoterapia de la APA y comparar los resultados del año 2012 con las mismas investigaciones realizadas en 1981, 1991 y 2001. Encontraron que, de los 393 sujetos que contestaron la encuesta, el número de terapeutas que practicaron la TC y la TCC fueron 13 (3%) y 66 (17%), respectivamente. La mayoría de los terapeutas (106 terapeutas, 20%) utilizó la terapia psicodinámica/relacional (*psychodynamic/relational* en inglés) e integrativa/ecléctica (97 sujetos, 25%). Esta tendencia es la misma que se encontró en todos los años anteriores.

En un relevamiento de las publicaciones sobre la terapia psicodinámica relacional realizada sobre la base de datos de PsycINFO, con la palabra clave "*psychodynamic/relational*", encontré un total de 19 artículos entre 1994 hasta julio de 2014 (Mustaca, datos no publicados). Ninguna de esas publicaciones presentó datos de investigaciones sobre su eficacia, ni siquiera presentaciones de casos clínicos. En el mismo periodo, con la palabra clave "*evidence-based therapy*" hallé 7,744 publicaciones y con la palabra clave "*cognitive-behavioral treatment*", 19,047.

Ese número de publicaciones sobre investigaciones en PBE hallada en la base de datos de PsycInfo contrasta con las escasas que se hallaron en revistas iberoamericanas (Vera-Villaroel & Mustaca, 2010). Sería tema para otra publicación.

Aunque la muestra presentada por Norcross & Rogan (2013) es pequeña y podríamos mantener la esperanza de que esté sesgada, esos resultados sugieren que existe una enorme disociación entre la investigación, tanto básica como aplicada y la práctica psicológica. Es importante buscar cuáles pueden ser los factores que intervienen en los hechos. En gran parte, seguramente, están en los planes de estudio de Psicología, la falta de entrenamiento y la ignorancia, así como en que los objetivos del Grupo de Tarea aún no se cumplieron. También hay que considerar las investigaciones acerca de los factores que aumentan la probabilidad de establecer causas espurias a hechos azarosos o equívocos, para buscar la forma de controlarlos y evitarlos. Relacionado con esto, Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin y Latzman (2014) presentaron una taxonomía de las 26 posibles causas del porqué los terapeutas perciben cambios en los pacientes aunque estos cambios estén ausentes, por qué realizan interpretaciones erróneas de los cambios del paciente que pudieron haber ocurrido por razones externas al tratamiento, o por qué realizan interpretaciones equivocadas de que los cambios reales del paciente son derivados de factores del tratamiento específico, cuando pueden ser por factores inespecíficos. Parte de estas decisiones engañosas se deben a las limitaciones humanas en el procesamiento de la información y es posible que influyan en la permanencia de prácticas psicológicas (de la salud y de las gestiones en general) no fundadas en la evidencia científica. Es posible que la mejor “vacuna” para estos errores del pensamiento sea no solamente la difusión y el entrenamiento en las PBE, sino también que los terapeutas adquieran una sólida formación en el desarrollo del pensamiento crítico y del método científico, que es el mejor enfoque para reducir la incertidumbre de nuestras inferencias y evitar engañarnos con pruebas insuficientes (McFall & Treat, 1999; O’Donohue y Lilienfeld, 2007).

Conclusiones

El movimiento de las PBE marca un hito en la historia de la Psicología aplicada y de las prácticas de la salud y la educación en general. La presión del uso del método científico para evaluar la eficacia de las intervenciones, que desde aproximadamente 1960 hasta 1993 utilizaban los psicólogos que practicaban la TCC, se generaliza a todos los tipos de intervenciones, lo que traerá como consecuencia la disminución de prácticas seudocientíficas para dar lugar a intervenciones que hasta la fecha muestren mayor validez en estudios sistemáticos (Mustaca, 2004b).

El juramento hipocrático para los médicos dice “respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás [...]. Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo [...]”. ¿Los psicólogos aplicados estarían obligados a usar las estrategias más validadas hasta el momento para sus prácticas? Las investigaciones clínicas desde la década de 1960 y más recientemente con el advenimiento de las PBE y los TAE, posibilitan a los terapeutas a usar herramientas más válidas para aliviar el sufrimiento humano, lo que traerá más felicidad no solo a los pacientes, sino también a los profesionales. Sin embargo, como detallados en el apartado anterior, aún existe un número considerable de profesionales que no se remiten a las PBE para sus prácticas y, lo que es peor aún, los programas de enseñanza de Psicología continúan estando muy alejados de enseñar en función de estos desarrollos, que ya no son tan recientes.

Los cambios de paradigmas que deberán darse en los programas de la enseñanza de Psicología y la conciencia de las limitaciones del pensamiento humano apoyado por un sólido conocimiento del método científico son fundamentales para que los psicólogos aplicados tomen cada vez más decisiones fundadas en la ciencia y no en las pseudociencias, creencias, gustos o intuiciones. Los que estamos interesados en estos temas, el desafío futuro es hallar métodos eficaces para lograr una reversión de estos hechos. Este artículo agrega un modesto aporte a la difusión de las TAE y se considera promisorio que esta revista lo promueva con un número especial.

Referencias

- Ayllon, J. T & Azrin, N. H. (1965, Nov). The measurement and reinforcement of behavior of psychotics. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 8(6), 357–383. DOI: 10.1901/jeab.1965.8-357 Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1338117/?page=24>
- Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The Scientist-Practitioner: Research and Accountability in Clinical and Educational Settings*. New York, US: Pergamon.
- Basler, H. & Medrano, L. (2011). Criterios para la evaluación de estudios de evidencia. En L. A. Medrano (comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia* (cap. 4, 45-62). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Beaudet, A. L. (2013, Jan-Febr). The utility of chromosomal microarray analysis in developmental and behavioral pediatrics. *Child Development*, 84(1), 121–132. DOI: 10.1111/cdev.12050
- Benito, E. (2009). La formación en psicología: revisión y perspectivas. *Revista Psiencia*, 1(2), 3-10. Recuperado de <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/16/35>
- Benito, E. (2010). Tratamiento de trastornos psicológicos. En L. A. Medrano (comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia* (pp. 77-104). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Bourne, H. (1953). The insulin myth. *Lancet*, 262(6793), 964–968. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(53\)90622-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(53)90622-9)
- Breckler, S. J. (2008, Mar). The NIH Roadmap: Are psychologists in or out? *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 60-64. doi: 10.1007/s10880-008-9099-6
- Chambless, D. L. & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7–18. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. L. & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London, UK: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Dawes, R. M. (1994). *House of Cards: Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York, USA: The Free Press.
- Eddy, D. (1982). Clinical policies and the quality of clinical practice. *England Journal Medicine*, 307(6), 343–347. DOI: 10.1056/NEJM198208053070604
- Evidence-Based Medicine Working Group. (1992, Nov). Evidence-based medicine a new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 268(17), 2420-2425.
- Eysenck, H. (1952, Oct). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Gantt, W. H. (1944). *Experimental Basis for Neurotic Behavior. Origin and Development of Artificially Produced Disturbances in Dogs*. New York, US: Hoeber/Harper. <http://dx.doi.org/10.1037/11517-000>

- Gutiérrez, G. (ene-jun, 2012). Investigación básica y aplicada en psicología: tres modelos de desarrollo. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(1), 125-132.
- Hempel, C. G. (1987). *Filosofía de la ciencia natural*. Madrid, España: Alianza.
- Herink, R. (Ed.) (1980). *The Psychotherapy Handbook: The A to Z Guide to more than 250 Different Therapies Used Today*. New York, US: New American Library.
- Jackson Brown, F. & Gillard, D. (2015, Jan). The 'strange death' of radical behaviourism. *The Psychologist*, 28, 24-27.
- Jiang, J., Jing, Y., Cost, G. J., Chiang, J.-C., Kolpa, H. J., Cotton, A. M., ..., & Lawrence, J. B. (2013, Aug). Translating dosage compensation to trisomy 21. *Nature*, 500, 296-300.
- Jones, M. C. (1924a). A laboratory study of fear: The case of Peter. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 31(4), 308-315. DOI: 10.1080/08856559.1924.9944851 Retrieved from <http://psychclassics.yorku.ca/Jones/>
- Jones, M. C. (1924b, Oct). The elimination of children's fears. *Journal of Experimental Psychology*, 7(5), 383-390. <http://dx.doi.org/10.1037/h0072283>
- Jones, W. & Klin, A. (2013, Dec). Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504, 427-431. doi: 10.1038/nature12715.
- Justel, N., Pautassi, R. & Mustaca, A. (2014, Mar). Proactive interference of open field on consummatory successive negative contrast. *Learning and Behavior*, 42(1), 58-68. doi: 10.3758/s13420-013-0124-8
- Kamenetzky, G. E. & Mustaca, A. E. (jun, 2005). Modelos animales para el estudio del alcoholismo. *Terapia Psicológica*, 23(1), 65-72. Recuperado de ResearchGate
- Leiberman, D. M., Hoenig, J. & Auerbach, I. J. (1957, May). The effect of insulin coma and ECT on the three-year prognosis of schizophrenia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 20(2), 108-113.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Lutzman, R. D. (2014, Jul). Why ineffective psychotherapies appear to work. A taxonomy of causes of spurious therapeutic effectiveness. *Perspectives on Psychological Science*, 9(4), 355-387 doi: 10.1177/1745691614535216
- Lohr, J., Tolin, D. & Lilienfeld, S. (1998, Winter). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for behavior therapy. *Behavior Therapy*, 29(1), 123-156. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80035-X
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975, Aug). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-1008. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760260059004
- May, M. (2013). The clinical aspirations of microarrays. *Science*, 339, 858-860. DOI: 10.1126/science.opms.p1300072 Retrieved from http://www.sciencemag.org/site/products/1st_20130215.xhtml
- McFall, R. M., & Treat, T. A. (1999, Febr). Quantifying the information value of clinical assessments with signal detection theory. *Annual Review of Psychology*, 50, 215-241. DOI: 10.1146/annurev.psych.50.1.215
- Mustaca, A. (2003). Análisis experimental del comportamiento y neurociencias. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 7-22. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79801002>
- Mustaca, A. (2004a). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536102.pdf>
- Mustaca, A. (2004b). El ocaso de las escuelas en psicoterapia. *Revista Mejicana de Psicología*, 21(2), 105-118. Recuperado de http://www.psicoterapia-breve.com.ar/archivos/mustaca_el_ocaso_escuelas_de_psicoterapia.pdf

- Mustaca, A. E. (ene-jun, 2011). Evaluación objetiva de los tratamientos psicológicos: modelos basados en la ciencia. *Revista Colombiana de Psicología*, 20(1), 99-106. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80419035003>
- Norcross, J. C. & Rogan, J. D. (2013, Dec). Psychologists Conducting Psychotherapy in 2012: Current Practices and Historical Trends among Division 29 Members University of Scranton Psychotherapy. *American Psychological Association*, 50(4), 490–495. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033512>
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (2007). *Evidence-Based Practices in Mental Health*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Nussbaum, M. C. (2003). *La terapia del deseo: Teoría y práctica en la ética helenística*. Barcelona, España: Paidós.
- O'Donohue, W., & Lilienfeld, S. O. (2007). The epistemological and ethical dimension of clinical science. In T. A. Treat, R. R. Bootzin, & T. B. Baker (Eds.), *Psychological Clinical Science: Papers in Honor of Richard M. McFall* (pp. 29–52). New York, US: Psychology Press.
- Olson, T. M. (2010, Apr). Intervening in youth problem behavior in Sweden: a pragmatic cost analysis of MST from a randomized trial with conduct disordered youth. *International Journal of Social Welfare*, 19(2), 194–205. DOI: 10.1111/j.1468-2397.2009.00653.x
- Pellegrini, S., Muzio, R., Mustaca, A. y Papini, M. (2004, Nov). Successive negative contrast after partial reinforcement in the consummatory behavior of rats. *Learning and Motivation*, 35(4), 303-321. doi: 10.1016/j.lmot.2004.04.001
- Ruiz, G. (jun-sep, 2009). ¿Existió un caso Anna O. en la tradición pavloviana? *Revista de Historia de la Psicología*, 30(2-3), 327-334. Recuperado de Unirioja
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Shapiro, F. (1989, Apr). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2(2), 199–223. DOI: 10.1002/jts.2490020207
- Skinner, B. F. (1979). *La conducta de los organismos: Un análisis experimental* (Trad. L. Flaquer). Barcelona, España: Fontanella (Reimpreso de *Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*, 1938, New York, US: Apleton-Century-Crofts).
- Spates, C. & Koch, E. (2003). From eye movement desensitization and reprocessing to exposure therapy: a review of the evidence for shared mechanisms. *Japanese Journal of Behavior Analysis*, 18(2), 62-76.
- Trapold, M. A. (1970, May). Are expectancies based upon different positive reinforcing events discriminably different? *Learning and Motivation*, 1(2), 129-225. doi: 10.1016/0023-9690(70)90079-2
- Triscari, M. T., Faraci, P., D'Angelo, V., Urso, V., & Catalisano, D. (2011). Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Aviation Psychology and Applied Human Factors*, 1(1), 9-14. <http://dx.doi.org/10.1027/2192-0923/a00003>
- Valenstein, E. S. (1986). *Great and Desperate Cures: The Rise and Decline of Psychosurgery and Other Radical Treatments for Mental Illness*. New York, US: Basic Books.
- Vera-Villaroel, P. & Mustaca, A.E. (2010). Psicoterapia basada en la evidencia en Latinoamérica. En L. A. Medrano (comp.), *Prácticas en salud basadas en la evidencia* (pp. 41-54). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Wampold, B. E. (2007, Nov). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.62.8.857>

- Wennberg, J. & Gittelsohn A. (1973, Dec). Small area variations in health care delivery. *Science*, 182(4117), 1102-1108. DOI: 10.1126/science.182.4117.1102
- Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Reimpreso de *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, 1958, California, US: Stanford University Press)
- Wolpe, J. (1988). Obituary. Mary Cover Jones 1896-1987. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19(1), 3-4.

Recibido 15 de julio de 2014
Revisión recibida 02 de enero de 2015
Aceptado 15 de enero de 2015

Reseña de la autora

Alba Elisabeth Mustaca es argentina, doctora en Psicología (Universidad Nacional de San Luis, UNSL, Argentina), fundadora del Laboratorio de Psicología Experimental y Aplicada (Instituto de Diagnóstico e Investigaciones Metabólicas/ Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, PSEA-IDIM-CONICET). Es directora de proyectos de investigación de CONICET (Secretaría de Ciencia y Tecnología, SECyT) y de la Universidad Abierta Interamericana (UAI), Argentina. Labora como investigadora del Centro de Altos Estudios en Ciencias Humanas y de la Salud (CAESIHS-UAI). Es profesora titular de la UAI, donde imparte Seminarios-taller de Tesis para la carrera de grado de Psicología y Metodología de la Investigación Clínica en la carrera de especialización en Psicoterapia cognitiva. Es autora de capítulos de libros y de publicaciones científicas nacionales e internacionales. Es socia fundadora y honoraria de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento (AACC), socia de la Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica (AACCP) y de otras asociaciones nacionales e internacionales. Es miembro del comité editorial de revistas de Psicología, nacionales e internacionales. Labora como profesora honoraria de la Universidad Ricardo Palma y de la Universidad Autónoma, ambos de Perú. Fue la primera galardonada, en 2005, con el Premio Rubén Ardila a la trayectoria en investigación científica en Psicología, en el seno del 30º Congreso Interamericano de Psicología de la Sociedad Interamericana de Psicología (SIP). Sus principales temas de investigación son los procesos de aprendizaje, mecanismos y efectos de la frustración, intervenciones basadas en la ciencia y relaciones entre ciencia básica y aplicada.

Primera publicación en línea: 16 de marzo de 2015

Psicologia baseada em evidências: conhecimento científico na tomada de decisão

Psicología basada en evidencias: conocimiento científico en la toma de decisión

Evidence-Based Psychology: Scientific Knowledge in Decision-Making

Maria Imaculada Cardoso Sampaio y Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini

Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo

O objetivo deste texto é refletir sobre a importância do conhecimento científico na tomada de decisão, tanto na prática profissional, quanto na definição de políticas públicas na área de Psicologia. O conhecimento científico esclarece, sustenta e respalda a tomada de decisão e é a sociedade a grande beneficiária dos resultados das pesquisas. A ciência tem seu discurso próprio e o cientista escreve para os seus pares. No entanto, a ciência apenas para cientistas já não é mais aceita e surge a necessidade de que a sociedade possa se apoderar de seus produtos para aplicação no dia-a-dia dos profissionais e demais tomadores de decisão. São os produtores do conhecimento científico os responsáveis por aproximar a ciência do profissional e do gestor público para que se efetive a prática baseada em evidências. Uma das estratégias para essa aproximação é a organização do estoque do conhecimento publicado em revisões sistemáticas, ou integrativas. A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da Psicologia Baseada em Evidências e o psicólogo necessita saber como acessar, avaliar, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do paciente na tomada de decisão. O gestor público também deve se apoderar da boa evidência para a definição de políticas públicas.

Palavras-chave: Psicologia baseada em evidências, conhecimento científico, tomada de decisão

Resumen

El objetivo de este texto consiste en reflexionar sobre la importancia del conocimiento científico en la toma de decisión, tanto en la práctica profesional como en la definición de políticas públicas en el área de Psicología. El conocimiento científico aclara, sustenta y respalda la toma de decisión y la sociedad constituye la gran beneficiaria de los resultados de la ciencia. La ciencia tiene su discurso propio y el científico escribe para sus pares. Sin embargo, la ciencia tan solo para los científicos ya no es más aceptada por la sociedad, por lo tanto, surge la necesidad de transformar el producto de la ciencia en algo más accesible para la sociedad en general. Son los productores del conocimiento científico los responsables de aproximar la ciencia del profesional y del gestor público para que sea posible la práctica basada en evidencias. Una de las estrategias para esta aproximación se trata de la revisión del inventario de conocimiento publicado en revisiones sistemáticas o integradoras. La utilización de resultados de investigación es uno de los pilares de la Psicología Basada en Evidencias y el psicólogo necesita saber cómo acceder, evaluar, interpretar e integrar las evidencias con los datos clínicos y preferencias del paciente en la toma de decisión. El gestor público también debe apoderarse de la buena evidencia para la definición de políticas públicas.

Palabras clave: Psicología basada en la evidencia, conocimiento científico, toma de decisión

Maria Imaculada Cardoso Sampaio y Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Nota: Partes deste texto foram extraídas da Tese de Doutorado da primeira autora (Sampaio, 2013).

A correspondência relacionada com este artigo dirige-se a Maria Imaculada Cardoso Sampaio, direção eletrônica: isampaio@usp.br ou a Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini, direção eletrônica: angelica@usp.br



Abstract

The objective of this study is to reflect on the importance of scientific knowledge in decision-making both in business and in the definition of public policies for the field of Psychology. Scientific knowledge clarifies and supports decision-making; society is the great beneficiary of its results. Science has its own discourse and scientists write to their own peers. Science focused solely on scientists is no longer accepted by society, provoking the need to make scientific results more accessible from a language standpoint. The creators of scientific knowledge are responsible for taking science to business and public policy makers, allowing the exercise of an evidence-based practice. One of the strategies for such a concourse is the revision of published material available in systematic or integrative review research. The utilization of research results is one of the pillars of Evidence-Based Psychology and psychologists need to learn how to access, evaluate, interpret and integrate this evidence into clinical data and patient preferences into decision-making. Public policy makers also need to make use of solid evidence as part of the definition of public policies.

Keywords: Evidence-Based Psychology, Scientific Knowledge, Decision-Making

O objetivo deste texto é refletir sobre a importância do conhecimento científico na tomada de decisão, tanto na prática profissional, quanto na definição de políticas públicas na área de Psicologia. O volume de conhecimento publicado nos últimos anos deve apoiar a tomada de decisão, tanto na prática profissional, quanto na gestão pública. Entretanto, devido ao volume excessivo de publicações, torna-se impossível para qualquer leitor manter-se atualizado em sua especialidade. Assim, é urgente buscarmos alternativas que possibilitem um maior aproveitamento do estoque de conhecimento disponível.

O conhecimento científico é construído a partir de evidências “concretas”, a base empírica, que são dados e resultados que recebemos através de nossas modalidades sensoriais (Volpato, 2011). A prática baseada no conhecimento científico, ou em evidências científicas, é o uso de resultados de pesquisas na tomada de decisão para a solução de problemas (Mendes, Silveira & Galvão, 2008). Isso não significa o uso sem reflexão desses resultados, ou mesmo uma prática evidencista, como alguns criticam, mas sim, o uso consciente do conhecimento de qualidade e atualizado, aliado ao saber do profissional, considerando a opção do paciente. O mesmo vale para a gestão pública, que deve pautar a definição das políticas em rigorosas evidências científicas. No entanto, nunca devemos esquecer que a apropriação e uso do conhecimento científico pelo responsável em elaborar as políticas não devem prescindir da opinião dos atores sociais submetidos às mesmas, como por exemplo: psicólogos, agricultores, professores, médicos.

Qual é o objetivo da ciência e o seu papel na sociedade?

Por ciência entende-se o processo de sistematização de conhecimentos em uma proposição logicamente correlacionada e que visa afirmar, ou negar, alguma hipótese em relação a um determinado fenômeno (Marconi & Lakatos, 2010). A ciência pode ser sinônimo de conhecimento científico e, junto com a tecnologia, representa uma grande vantagem competitiva, que pode ser decisiva para o crescimento econômico, domínio dos fenômenos da natureza e maior qualidade de vida para o ser humano (Demo, 2000).

Em discussão sobre o que é a ciência Harayama (2012) questiona:

No mundo contemporâneo poucas são as palavras que tem o poder de agrupar e ao mesmo tempo calar opiniões quanto o termo ‘científico’. Ciência é algo que surge quando queremos impor, ou

sermos convencidos de certos fatos incontestáveis que mudam nossa vida de forma retumbante, e que transformam os nossos desejos, querer e poderes. Explicado nesses termos o leitor já deve começar a perceber uma analogia de fundo: a ciência, no séc. XXI, é a nossa religião. E como todo o ato de professar a fé, ela é muitas vezes revestida e encapuzada de uma visão autoritária e totalitarista (parr. 2).

É claro que o conceito de ciência pode ser alterado em função de novas posturas e comportamentos do cientista. Mas, ainda devemos respeitar a lógica, se não garantimos, não podemos provar nada. Resta-nos aceitar apenas comprovações provisórias (Volpato, 2011). O conhecimento visto hoje como certo, pois há comprovação de sua validade, amanhã pode ser negado por um dado novo. Outro problema sério é o uso distorcido dos resultados da ciência. Quem viveu nos anos de 1980, certamente, lembra-se de que a gema do ovo se transformou na vilã das doenças do coração. Os meios de comunicação, *baseados em pesquisas científicas* (grifo nosso), condenavam o consumo de ovo e afirmavam que a ingestão desse alimento era um dos causadores do aumento do colesterol, o que ocasiona as doenças cardíacas. Um estudo de caso, publicado no *British Medical Journal* no ano de 1976, concluía que o consumo regular de muitos ovos, por um longo período, era prejudicial à saúde e podia ser o responsável por doenças coronárias (Rhombert & Braunsteiner, 1976). O estudo se baseou em uma paciente que ingeria 10 ovos por dia, por estar fazendo uma dieta para emagrecimento. Tempos depois cientistas comprovaram que comer ovo não era prejudicial à saúde, muito pelo contrário, fazia bem e consumir até um ovo por dia não tem impacto global substancial no risco de doença coronária, ou acidente vascular cerebral, entre homens e mulheres saudáveis (Dawber, Nickerson, Brand & Pool, 1982; Hu et al., 1999). Esse é um caso no qual o conhecimento científico mal utilizado prejudicou a saúde e o prazer de muitas pessoas em comer ovos, além de trazer danos econômicos aos ovicultores. Demo (2000) concluiu que o conhecimento científico, que foi inventado para dizer-nos o que é objetivamente certo, diante das discussões pós-modernas, anda muito incerto e pode trazer danos.

Claro que os exemplos anteriores são para dizer que não devemos tomar a ciência como verdade irrefutada. O conhecimento científico deve esclarecer, sustentar e respaldar a tomada de decisão, quando feito com rigor e seriedade. É transmitido de modo racional, de geração a geração, a partir da educação formal, informal e baseado na imitação e troca de experiências (Marconi & Lakatos, 2010). Entretanto, não deve ser a única fonte de informação, nem utilizada cegamente, sem uma avaliação criteriosa de sua veracidade. O contexto e a experiência profissional, além da vontade expressa do paciente, devem ser considerados em qualquer prática clínica.

Quem se beneficia com o uso ponderado do conhecimento científico? Um médico, que ao se atualizar regularmente, com base em bons artigos científicos, publicados em revistas de qualidade, alia sua experiência clínica, com o novo saber para tomar decisão em relação a um tratamento e administração de medicamentos, responderia Trzesniak (2014). Um psicólogo, com os mesmos requisitos, poderá decidir sobre a melhor técnica psicoterapêutica para o tratamento de distúrbios psicológicos. O gestor público poderá se valer das informações científicas para definir políticas de saúde para a população. Enfim, a sociedade é a maior beneficiada pelos resultados da boa ciência. Afinal, são as pesquisas de qualidade que possibilitam novas descobertas que mudam o estado das coisas, em todas as esferas da vida humana.

Podemos apontar algumas descobertas científicas clássicas que revolucionaram o mundo: Darwin, pesquisando sobre orquídeas reforçou sua teoria da seleção natural; a descoberta de vacinas, como a varíola, por Edward Jenner; Alexander Fleming e a descoberta da penicilina; Marie Curie, e a descoberta dos elementos radioativos; Ivan Pavlov com seus estudos sobre condicionamento. Todas dispensam

citações por serem de reconhecido saber. Mais recentemente, no ano de 1997, um grupo de pesquisadores brasileiros sequenciou o genoma da *Xylella fastidiosa*, que permitiu isolar a bactéria causadora da clorose variegada de citros, popularmente conhecida como praga do amarelinho, que tantos prejuízos traziam aos agricultores. Os resultados da pesquisa foram publicados na revista *Nature* e até hoje são reconhecidos no meio científico (Simpson et al., 2000). A sociedade se beneficiou enormemente dessas pesquisas que mudaram o rumo da história, logo, podemos concluir que o conhecimento científico interessa a todos os seres humanos.

Para quem o cientista escreve?

Sem dúvida, o cientista escreve para os seus pares, embora seus resultados interessem à sociedade de modo geral. O alcance ao conhecimento científico que a Internet possibilitou, ao colocá-lo em acesso aberto, nos leva a questionar sobre a melhor maneira para se comunicar os resultados de pesquisas. Claro, alguns textos científicos são altamente especializados e dirigidos a um público específico. No entanto, uma parte considerável da ciência gerada nas universidades e centros de pesquisas poderia servir de aporte ao leitor leigo e aos gestores públicos para esclarecer, validar, justificar ou legitimar a tomada de decisão, desde que fosse escrito em uma linguagem mais acessível e menos rebuscada. A sociedade não tem conhecimento dos termos técnicos utilizados pelos cientistas e o próprio cientista reconhece que a linguagem o distancia do diálogo com o público mais amplo, dificultando a aplicação do conhecimento (Carneiro, Guedes-Bruni & Leite, 2009).

A complexidade do pensamento científico não precisa levar a impenetrabilidade no texto escrito. Gopen e Swan (1999) trazem uma série de princípios retóricos capazes de tornar a comunicação científica mais clara, sem simplificar demais as questões científicas. Os autores afirmam que aprimorar a qualidade da escrita impacta diretamente a melhoria da qualidade do pensamento. Embora tenha suas regras próprias, o objetivo do discurso científico não é a mera apresentação de informações e de ideias, mas sim comunicar seus resultados para a sociedade científica e não científica, pois é essa a maior beneficiária do legado da ciência. A linguística, a retórica e a Psicologia cognitiva têm buscado caminhos para auxiliar autores a produzirem textos que atendam melhor às expectativas do leitor (Gopen & Swan, 1999).

A ciência deve ser protegida da ‘poluição’ gerada pelas ideologias, interesses ou paixões, ou seja, a ciência deve ser neutra. Esse excesso de proteção pode ser uma barreira entre o que se produz em ciência e as necessidades informacionais da sociedade (Carneiro et al., 2009). A ciência não tem sua ‘poluição’ gerada pelos próprios cientistas?

A pesar do quadro rico, desconcertante, ambíguo e fascinante que assim se revela, poucas pessoas de fora já penetraram nas atividades internas da ciência e da tecnologia e depois saíram para explicar, a quem continua do lado de fora, de que modo tudo aquilo funciona (Carneiro et al., 2009, p. 275).

É papel do cientista traduzir os textos acadêmicos em linguagem acessível à população? Existe um meio termo capaz de contemplar as necessidades do cientista em expressar seus resultados e da população em entender o que se quis demonstrar? Essa aproximação da ciência com a sociedade é desejável? Estamos distantes de encontrar respostas para tais questões. Entretanto, parece que chegamos a um impasse que nos diz que a ciência apenas para cientistas já não é mais aceita pela sociedade.

O processo de apropriação do saber científico para a prática profissional e na gestão pública deve ser uma meta de todos que geram, organizam e disseminam o conhecimento. Sem esse efetivo uso da ciência podemos dizer que o cientista está deixando de atender uma parte considerável do seu público alvo. Essa questão envolve outro desafio: a busca e avaliação das evidências científicas como apoio à tomada de decisão.

Recuperando e avaliando as evidências científicas

Quem pode auxiliar na abertura do que Latour (2000) chamou de caixa-preta da ciência para as pessoas que não fazem ciência, mas precisam dela na sua prática profissional, ou na gestão pública? Certamente, são os produtores e provedores de informação científica. A organização e recuperação das evidências científicas não são problemas na atualidade, haja vista o número de bases de dados que reúne, organiza e dissemina o conhecimento científico. Restringindo as fontes de informação à Psicologia e áreas correlatas, Sampaio e Sabadini (2009) apontam 15 bases de dados e portais que indexam e publicam os artigos científicos: portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades (CLASE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal* (Latindex), *Base de Datos de Psicología* (PSICODOC), *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* (Redalyc), *Psychological Information* (PscINFO), Scopus, *Web of Science* (WoS), PASCAL, Index Psi Periódicos, PubMed, CSA, *Sociological Abstracts* e *Education Resources Information Center* (ERIC). O número de fontes de informação comprova que a organização e disseminação do saber científico na área estão asseguradas.

Outro indicador que comprova o alto número de revistas disponíveis para publicação de artigos científicos é a lista de periódicos avaliados pela Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), uma vez que, no ano de 2013, foram avaliados 2,790 títulos, nos quais autores dos diversos programas de pós-graduação em Psicologia do Brasil publicaram¹.

PsycLine, cuja proposta é reunir os periódicos científicos de Psicologia remete a 2,088 títulos em diversos idiomas. O catálogo eletrônico de revistas ULRICHSWEB contabiliza 1,683 revistas com a palavra “*psychology*” no título. O PePSIC, que publica revistas de sete países da América Latina, reúne 134 títulos. Os dados foram coletados nas bases de dados em junho de 2014.

Então, podemos pensar que não existem mais barreiras para o acesso ao conhecimento científico na área de Psicologia. O nosso problema parece ser outro. Vamos analisar o caso do ponto de vista do excesso e da necessidade de sintetizar o conhecimento para a tomada de decisão. Em relação ao excesso vimos o volume de revistas publicadas e indexadas nas bases de dados da área. O grande volume de publicações para consulta não é privilégio da Psicologia e nem um problema da era atual, por volta do século XIX o excesso de informação já era considerado absurdo. Price (1976) afirmou que nenhum cientista conseguia ler todos os artigos ou manter-se suficientemente a par de todos os trabalhos na sua área de interesse. Archibald Leman Cochrane, mais conhecido como Archie Cochrane, em 1979, declarou ser inadmissível que a medicina ainda não tivesse organizado um resumo crítico, por especialidade, de todos os ensaios clínicos randomizados que facilitasse a consulta aos milhares de artigos para apoiar

¹ http://www.anpepp.org.br/download/download?ID_DOWNLOAD=129

a decisão em saúde². Em 1987, um ano antes de sua morte, Archie publicou uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados sobre cuidados na gravidez e parto, sendo considerada um marco na história de atenção à saúde. Sugeriu que outras especialidades deveriam copiar os métodos utilizados e suas ideias levaram à abertura do primeiro Centro Cochrane, em Oxford, Reino Unido, no ano de 1992.

No ano de 1895, a Psicologia demonstrou estar alerta ao problema de excesso de artigos e lançou uma publicação para sumarizar as revistas, considerada o primeiro indexador da área. Chamada *The Psychological Index*, teve como primeiro editor Howard Crosby Warren, da *Princeton University and Livingston*, elencava 1,312 revistas e foi publicado até o ano de 1936. Após a Segunda Guerra mundial, a literatura psicológica aumentou muito e o *Index* não conseguiu se manter atualizado (Benjamin & VandenBos, 2006).

Fundado em 1904, o *Psychological Bulletin* (PB) apresentava cerca de 40 artigos de revisão por ano. Um relatório, de autoria de Fulcher, sugeria que o PB fosse transformado em boletim de *abstracts*, mas a ideia não vingou totalmente. Entretanto, o periódico publicava uma parte de seu conteúdo com os *abstracts* das principais revistas da área.

No ano de 1921, surge a discussão sobre a possibilidade de se ter um *psychological abstracts journal*, sob a responsabilidade da *American Psychological Association* (APA). Em janeiro de 1927, aparece o primeiro fascículo do *Psychological Abstracts* (PA). No ano de 1973, surge a primeira base de dados, com 75,000 registros oriundos do PA, inaugurando uma nova etapa em relação à sumarização e acesso à informação psicológica. Em 1977, PsycINFO passa a ser acessível *online*, via sistema DIALOG. As novas tecnologias, emergentes nos anos de 1980, impulsionaram a construção de fontes de informação em CD-ROM, e a SilverPlatter Inc., imprimiu, no ano de 1986, o CD-ROM PsycLit, com a base de dados originária do PA. Durante um período, subsistiram três fontes de informação com conteúdos muito similares: PA (publicação impressa), PsycINFO (versão *online*) e PsycLit (versão em CD-ROM). No ano 2000, o PsycLit deixou de ser gravado e, em 2005, o PA encerrou a publicação impressa, restando apenas a versão online PsycINFO, considerada a mais importante base de dados da área de Psicologia do mundo (Benjamin & VandenBos, 2006).

Price (1976) previu a explosão das revistas científicas e antecipou que se não surgisse uma forma de organizar os artigos científicos em fontes de informação, que possibilitassem ao pesquisador e estudioso o acesso de forma rápida e eficiente aos artigos, a revista científica teria sucumbido, mesmo sendo a “coqueluche” da ciência. Atualmente, as fontes de informação não são capazes de contribuir com o uso racional da informação e uma interessante estratégia surgiu para organizar os milhares de artigos em um único estudo: as revisões sistemáticas da literatura.

As revisões como base da Psicologia Baseada em Evidências

Segundo o Curso de Revisão Sistemática e Meta-análise da Universidade Federal de São Paulo³, a primeira revisão sistemática sobre um cenário clínico foi publicada no *Journal of American Medical Association*, em 1955. Anteriormente, algumas publicações abordavam os métodos estatísticos, chamados meta-análise, para combinar resultados de pesquisas. Meta-análise é um método quantitativo que

² <http://www.cochrane.org/about-us/history/archie-cochrane>

³ www.virtual.epm.br/cursos

permite combinar resultados de pesquisas, realizadas de forma independente, e sintetizar suas conclusões, ou mesmo extrair nova conclusão pela aplicação de uma ou mais técnicas estatísticas (Luiz, 2002). O termo meta-análise foi adotado por Gene V. Glass, psicólogo, no ano de 1976, em um artigo intitulado “*Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research*”, publicado na revista *Educational Researcher*. Para que a meta-análise seja realizada é necessário que a revisão sistemática reúna dois, ou mais, estudos que respondam à mesma pergunta de pesquisa. Em 1995, um grupo de cientistas reunidos em Potsdam (Alemanha) definiu como revisão sistemática “a aplicação das estratégias científicas que limitam o viés de seleção e avaliam com espírito científico os artigos e sintetizam todos os estudos relevantes em tópicos específicos” (Cordeiro, Oliveira, Rentería & Guimarães, 2007, p. 429).

Intensamente utilizada na área da saúde, a revisão sistemática é um tipo de investigação científica. Seu objetivo é levantar, reunir, avaliar criticamente e sintetizar os resultados de diversos estudos primários. A revisão sistemática busca responder a uma pergunta claramente formulada, utilizando métodos sistemáticos e explícitos para recuperar, selecionar e avaliar as pesquisas relevantes, reunindo e analisando os dados dos estudos. Na revisão sistemática, os sujeitos são os estudos primários publicados (unidades de análises), selecionados para compor o grupo que dará as respostas à pergunta formulada. As revisões sistemáticas são consideradas estudos observacionais retrospectivos por alguns autores e por outros são situadas como estudos experimentais (Cordeiro et al., 2007).

As revisões sistemáticas têm sido utilizadas para testar hipóteses concretas. No caso de estudos quantitativos, é fácil combinar seus resultados para obter dados padronizados, podendo, inclusive, aplicar-se a meta-análise para a integração desses dados. Porém, essa metodologia é insuficiente quando se busca aplicá-la aos estudos qualitativos. Neste caso, pode ser interessante realizar uma revisão integrativa, que nos dará uma ideia de como os estudos foram realizados gerando as hipóteses e identificando os aspectos que podem ser estudados com mais detalhes. Revisão integrativa é um método de estudo que inclui a análise de resultados de pesquisas relevantes e que dão suporte à tomada de decisão, tanto na prática clínica, quanto na gestão pública. A partir da síntese do conhecimento sobre um determinado assunto, esse tipo de revisão pode apontar lacunas sobre áreas de estudos descobertas e que necessitam ser preenchidas com a realização de novos trabalhos. A revisão integrativa difere da sistemática pelo método de elaboração, que aceita estudos com metodologias diferenciadas e com abordagens qualitativas e quantitativas (Mendes et al., 2008).

Gabarito et al. (2009) explicam que os objetivos da revisão sistemática são: avaliar a qualidade e metodologia empregadas nas pesquisas científicas, sintetizar a evidência científica e oferecer subsídios na tomada de decisão com base em conhecimento científico. Os autores enumeram os estudos em três categorias:

1. *Revisão sistemática*: trabalhos que resumem de forma sistemática a evidência científica para analisar a relação entre elas, respondendo a uma pergunta concreta de pesquisa.

2. *Revisão sistemática com meta-análise*: além de fazer a relação entre as evidências, aplica uma técnica estatística para sintetizar quantitativamente os resultados dos estudos primários. O objetivo da meta-análise é proporcionar estimativas mais precisas e integradas.

3. *Revisão sistemática exploratória*: sintetiza as evidências sobre um tema e descreve o conhecimento existente. Serve para gerar hipótese, estabelecer linhas de pesquisas, ou como base para Informes Técnicos. Informes Técnicos são a reunião de documentos selecionados segundo um determinado critério, que responde a uma pergunta determinada.

O processo de transformar o conhecimento em evidência alimentadora de uma decisão é complexo e nunca totalmente científico, sendo permeado por diferentes interpretações e valorações do conhecimento existente, da mesma forma que todo o processo de produzir e disseminar conhecimentos está mediado por relações que se estabelecem no interior da comunidade científica e desta com os vários setores e interesses da sociedade (Barreto, 2004, p. 332).

O enfoque da prática, baseada em evidência, sustenta-se sobre dois princípios fundamentais: (1) o convencimento de que as melhores evidências científicas sobre a eficácia dos programas, serviços e ações procedem das revisões sistemáticas dos estudos avaliativos; (2) que é preciso articular canais de comunicação que permitam levar tais evidências de forma rápida aos políticos, gestores, profissionais que atendem aos pacientes e receptores dos programas, assim como ao público em geral (Sánchez-Meca, Boruch, Petrosino & Rosa, 2002).

Estamos falando em reaproveitamento do conhecimento, a partir da utilização dos resultados de pesquisas científicas na prática profissional e no desenvolvimento de políticas de saúde pública. Há muito se discute qual seria o benefício direto para a população, advindo dos investimentos efetuados pelo Estado na produção da ciência, principalmente nos países em desenvolvimento. Para que o conhecimento possa ser reaproveitado vimos que deve estar em uma linguagem clara e objetiva, disponível nas fontes de informação, de preferência em acesso aberto, organizado em revisões da literatura e ter qualidade.

É necessário que os cientistas comecem a pensar em uma ciência sustentável, na qual se reutilizam os resultados já levantados, em vez de consumirem novos recursos para repetir o que já foi feito. Antes de se empreender uma pesquisa sobre um determinado tema, há que se buscar o que foi pesquisado sobre o assunto e seguir, a partir de então, aproveitando as conclusões e os resultados obtidos nos estudos anteriores para avançar rapidamente com a ciência. Os erros e os enganos também devem ser publicados, evitando-se repetir pesquisas fracassadas, que somente oneram os custos da ciência. Tudo deve ser publicado com a qualidade dos bons artigos, para que possamos caminhar com a velocidade que o nosso tempo exige. A esse respeito, produzir artigos de qualidade, respeitando as recomendações de Trzesniak, Plata-Caviedes e Córdoba-Salgado (2012) são alternativas interessantes a considerar.

O “*Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice*” da APA define Prática Baseada em Evidências como a integração da melhor pesquisa científica disponível com a experiência clínica no contexto das características, cultura e preferências do paciente (Levant, 2005). Podemos definir a Psicologia Baseada em Evidências como a integração de sólidas teorias psicológicas com a melhor evidência de pesquisa disponível, resultante de pesquisas de alta qualidade metodológica, aliada à experiência profissional na tomada de decisão em relação ao tratamento clínico, elaboração de guias e procedimentos e definição de políticas públicas na área de Psicologia.

A prática baseada em evidências nasceu no Canadá e tem sido integrada no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido. A promoção da prática baseada em evidências no Reino Unido não ocorreu no vácuo, mas sim, como reflexo da necessidade de aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, bem como diminuir os custos operacionais. Em 1991, o Departamento de Saúde, numa tentativa de remediar o déficit de conhecimento baseado em pesquisas, lançou um programa nacional com dois objetivos principais: o primeiro era assegurar que o cuidado prestado pelo Sistema Nacional de Saúde fosse baseado em pesquisas relevantes para melhorar a saúde da nação, e o segundo era que a utilização de pesquisas e o seu desenvolvimento deveria tornar-se parte integral dos serviços de saúde e que os administradores, equipe médica, de enfermagem e outros profissionais deveriam tomar decisões diárias baseadas nos resultados de investigações (Galvão, Sawada & Rossi, 2002).

No Brasil, o Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde orienta sobre o uso da informação científica para o fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS, Ministério da Saúde, 2009). As diretrizes são voltadas para a incorporação dos resultados de pesquisas na gestão pública do SUS como forma de aproveitar os resultados de pesquisas para o tratamento da população com maior eficácia e eficiência. Uma sociedade baseada em conhecimento reconhece o esforço do cientista como meio de melhorar a vida e o bem estar das pessoas (Rocha, 2012).

Como editores podem colaborar para a prática da Psicologia Baseada em Evidências?

Assim como os autores e pareceristas, editores precisam aprender sobre a prática da Psicologia Baseada em Evidências de forma efetiva. É claro que não estamos dizendo que os editores precisam se especializar na técnica das revisões de forma exaustiva. No entanto, devem, pelo menos, saber distinguir revisão sistemática, revisão integrativa, revisão narrativa. Sem esse conhecimento básico das metodologias que diferenciam os três tipos de revisões esses importantes agentes da publicação científica correm o risco de publicar “gato por lebre”, como dizemos na linguagem popular. Percebemos que autores e editores entenderam a importância de que o estoque de conhecimento seja revisado em busca da geração do meta conhecimento, ou seja, conhecimento sobre o conhecimento. Mas parece estar havendo uma má compreensão do que sejam essas revisões e o rigor metodológico que esse tipo de trabalho exige.

Zoltowski, Costa, Teixeira e Koller (2014) avaliaram a qualidade metodológica das revisões sistemáticas publicadas em periódicos brasileiros de Psicologia. A busca foi realizada nas bases de dados PePSIC e SciELO e identificou 33 artigos dessa natureza. O instrumento utilizado para avaliar os estudos foi a escala *Assessment of Multiple Systematic Reviews* (AMSTAR), especialmente desenvolvida para avaliar qualidade de artigos de revisões sistemáticas. O instrumento avalia 20 itens incluindo o desenho da revisão, duplicação na extração dos dados e seleção dos estudos, se a busca em bases de dados foi compreensiva, como foram definidos os critérios de inclusão dos estudos, se foi fornecida uma lista dos estudos incluídos e excluídos, se as características dos estudos incluídos foram apresentadas, se a qualidade dos estudos incluídos foi avaliada e documentada e utilizada de forma apropriada nas conclusões. Avalia, também, os métodos utilizados para agrupar os achados dos estudos, se houve viés de publicação e descrição do conflito de interesse. O estudo concluiu que, embora o número de estudos denominados como revisões sistemáticas em periódicos de Psicologia tenha aumentado, esse crescimento não foi acompanhado por um incremento na qualidade. “A pontuação média das revisões foi 5,39 (em um escore que podia variar de 0 a 11)” (Zoltowski et al., 2014, p. 97). Trabalhos de avaliação dessa natureza são importantes para apresentar um panorama dos tipos de estudo. No entanto, o estudo se equivocou em relação à sua própria metodologia, que é de estudo transversal e não de revisão sistemática de revisões sistemáticas, como o informado. Revisões sistemáticas de revisões sistemáticas, ou overview, como é chamado esse tipo de estudo em inglês, demandam rigor na busca e avaliação dos estudos, começando por esgotar as fontes de informação nas quais os estudos podem estar indexados. SciELO e PePSIC não esgotam as revistas de Psicologia publicadas no Brasil, logo houve viés na seleção dos trabalhos.

Na área de pesquisas com animais Faggion, Listl e Giannakopoulos (2012) realizaram uma revisão sistemática de revisões sistemáticas, também com a escala AMSTAR, e recuperam 444 estudos, dos quais, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, restaram 54 artigos, encontrando um escore de 17 e 35 como média e baixa qualidade, respectivamente. Os autores concluíram que a qualidade metodológica das revisões está abaixo do desejado e que é necessário implementar melhorias nos desenhos dos estudos. Observando os procedimentos metodológicos do estudo é possível afirmar que a revisão de revisões efetuada seguiu procedimentos rigorosos e pode ser classificada como *overview*.

Uma busca por “*Systematic Review*” na base de dados PsycINFO, considerada a mais importante fonte de informação na área, restringindo ao tipo de metodologia, sim porque para a APA revisão sistemática é uma metodologia de pesquisa, recuperamos 9,307 artigos, em julho de 2014. Seria interessante aplicar o AMSTAR para conhecer se os estudos alcançam boa pontuação em relação à metodologia desses estudos, ou se os resultados são equivalentes ao dos dois estudos apontados anteriormente. Será que as revistas indexadas pela APA também estão publicando artigos que não seguem o rigor metodológico exigido para esse tipo de investigação?

O breve olhar sobre a questão nos mostra que, realmente, estão havendo equívocos na aplicação da metodologia das revisões sistemáticas e é urgente a capacitação de autores, pareceristas e editores para que os artigos aprovados para publicação tenham maior consistência. Se desejamos, e é desejável, que as revisões sistemáticas se tornem, efetivamente, instrumentos para prática baseada em evidências, em qualquer área do conhecimento, os produtores do conhecimento precisam dominar as técnicas para uma adequada revisão da ciência publicada.

Não se aprende fazer revisão sistemática em poucas horas, pois o processo é rigoroso e demanda conhecimento específico. Entretanto, cursos de formação de revisores começam a ser oferecidos na modalidade presencial e a distancia, como é o caso do curso de revisão sistemática virtual da Universidade Federal de São Paulo⁴, ou da Colaboração Cochrane⁵, que tem um setor dedicado ao treinamento de revisores.

Considerações Finais

Analisar sistematicamente as evidências e aplicar técnicas estatísticas para a medição dos resultados demanda o conhecimento de fontes de informação e domínio de ferramentas para análise crítica da literatura. Essa atividade é fortemente desenvolvida no meio dos pesquisadores e docentes de universidades e centros de pesquisas, especialmente na área da saúde. Entretanto, na área da Psicologia ainda é incipiente e demanda difusão e capacitação. O gestor público, também não maneja as evidências com a desenvoltura necessária para tomar decisão baseado em evidências geradas pela ciência. Enquanto o psicólogo não se apoderar das técnicas para elaboração de revisões com o rigor exigido, saber que essas contribuições existem, onde estão e que elas podem economizar muito de seu tempo com pesquisa e leitura de documentos, o progresso da Psicologia será retardado e os pacientes continuarão perdendo qualidade de vida. Os gestores de políticas públicas também devem ser orientados e incentivados a usar o bom conhecimento disponível em fontes de informação na definição de políticas públicas condizentes com a demanda da sociedade.

⁴ <http://www.virtual.unifesp.br/home/card.php?obj=14>

⁵ <http://www.cochrane.org/training>

A utilização de resultados de pesquisas é um dos pilares da Psicologia Baseada em Evidências, os outros são a *expertise* do clínico e a vontade expressa do paciente. Para tanto, o psicólogo necessita saber como acessar, avaliar, interpretar e integrar as evidências com os dados clínicos e preferências do paciente na tomada de decisão para o cuidado com a saúde mental.

Durante décadas as revisões foram consideradas como um trabalho de segunda categoria, uma espécie de parasita que se alimenta dos trabalhos de outros e que nem eram dignas de serem registradas nos currículos. Recentemente, os estudiosos tomaram consciência da importância desse tipo de contribuição e que é responsabilidade de todos revisarem esse acúmulo de conhecimento de forma eficiente e com o mesmo empenho, rigor e sistematização da pesquisa primária. Pode ser que muito em breve tenhamos dois tipos de pesquisadores: aqueles que seguirão fazendo as pesquisas clássicas (primárias) e os que se dedicarão ao trabalho de integrar essas pesquisas a partir de suas análises (pesquisas secundárias). Afinal, as revisões nos dizem o que está sendo estudado em uma determinada área, assim como suas zonas descobertas e lacunas a serem preenchidas.

A breve discussão sobre o tema deixa claro que a Psicologia Baseada em Evidências, precisa ser incorporada às práticas de ensino, pesquisa, gestão pública e atuação do psicólogo. Entretanto, para que os tomadores de decisão possam se valer das evidências é necessário aperfeiçoar a capacidade do cientista em produzir e utilizar o conhecimento publicado em revistas e outros tipos de publicações.

Referências

- Barreto, M. L. (2004). O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 329-338. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200010> Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20388.pdf>
- Benjamin Jr., L. T. & VandenBos, G. R. (2006, Dec). The window on psychology's literature: A history of psychological abstracts. *American Psychologist*, 61(9), 941-954. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.9.941>
- Carneiro, M. J. T., Guedes-Bruni, R. R. & Leite, S. P. (2009). Conhecimento científico e políticas públicas: mobilização e apropriação do saber em medidas de conservação da Mata Atlântica. *Estudos Sociais e Agrícolas*, 17(2), 254-303. Recuperado de <http://r1.ufrj.br/esa/V2/ojs/index.php/esa/article/viewFile/314/310>
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M. & Guimarães, C. A. (nov-dez, 2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-431. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-6991200700060001>
- Dawber, T. R., Nickerson, R. J., Brand, F. N. & Pool, J. (1982, Oct). Eggs, serum cholesterol, and coronary heart disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 36(4), 617-625. Retrieved from <http://ajcn.nutrition.org/content/36/4/617.full.pdf+html>
- Demo, P. (2000). *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo, Brasil: Atlas.
- Faggion, C. M., Listl, S. & Giannakopoulos, N. N. (2012). The methodological quality of systematic reviews of animal studies in dentistry. *The Veterinary Journal*, 48, 140-147. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tvjl.2011.08.006>
- Gabarito, R. M., Gómez, S. T., López-González, M., Macías, L. M., D'Agostino, M. & Cabo, J. V. (jul-sep, 2009). Revisões sistemáticas exploratórias. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(216), 12-19. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2009000300002>
- Galvão, C. M., Sawada, N. O. & Rossi, L. A. (set-out, 2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 690-695. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000500010> Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a10.pdf>

- Gopen, G. & Swan, J. (1999, Nov-Dec). The science of scientific writing. *American Scientist*. Retrieved from <http://www.americanscientist.org/issues/id.877,y.0,no.,content.true,page.9,css.print/issue.aspx>
- Glass, G. V. (1976, Nov). Primary, Secondary and Meta-Analysis of Research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8.
- Harayama, R. M. (10 de agosto de 2012). *O que é ciência afinal?* [Blog: Fórum sobre a medicalização de educação e da sociedade]. Recuperado de <http://medicalizacao.org.br/o-que-e-ciencia-afinal>
- Hu, F. B., Stampfer, M. J., Rimm, E. B., Manson, J. E., Ascherio, A., Colditz, G. A.,... & Willett, W. C. (1999). A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. *JAMA*, 281(15), 1387-1394. doi:10.1001/jama.281.15.1387
- Latour, B. (2000). *Ciência e ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora* (I. C. Benedetti, Trad.). São Paulo, Brasil: UNESP.
- Levant, R. F. (2005). *Report of the 2005 Task Force on Evidence-Based Practice*. Recuperado de <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Luíz, B. A. J. (set-dez, 2002). Meta-análise: definição, aplicações e sinergia com dados espaciais. *Cadernos de Ciência e Tecnologia*, 19(3), 407-428. Recuperado de http://webnotes.sct.embrapa.br/pdf/cct/v19/cc19n3_03.pdf
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2010). *Fundamentos de metodologia científica* (7a ed.). São Paulo, Brasil: Atlas.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P. & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. (2009). Informação científica para fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde [Informe Técnico Institucional]. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 561-562. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000300023> Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/itdecit.pdf>
- Price, D. S. (1976). *Ciência desde a Babilônia* (L. Hegenberg & O. S. da Mota, Trad.). Belo Horizonte, Brasil: Itatiaia.
- Reis, F. B., Ciconelle, R. M. & Faloppa, F. (mar, 2002). Pesquisa científica: a importância da metodologia. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 37(3), 51-55. Recuperado de <http://alessandro.cbcs.uepb.edu.br/pdf/texto3.pdf>
- Rhomberg, H. P. & Braunsteiner, H. (1976, May). Excessive egg consumption, xanthomatosis and cholesterolaemia. *British Medical Journal*, 1(6019), 1189-1189.
- Rocha, J. C. (jul, 2012). Incorporação dos resultados de pesquisa pelos gestores do Sistema Único de Saúde num contexto atual. *Boletim do Instituto de Saúde*, 13(3), 199-204. Recuperado de http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v13_3.pdf
- Sampaio, M. I. C. (2013). *Qualidade de artigos incluídos em revisão sistemática: comparação entre latino-americanos e de outras regiões*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-11122013-084214/pt-br.php>
- Sampaio, M. I. C. & Sabadini, A. A. Z. P. (2009). Indexação e fator de impacto. En A. A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio & S. H. Koller (Orgs.), *Publicar em psicologia: um enfoque para a revista científica* (pp. 103-116). São Paulo, Brasil: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia/ Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Recuperado de <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicarempsicologiaaversao2012.pdf>
- Sánchez-Meca, J., Boruch, R. F., Petrosino, A. & Rosa, A. I. (2002). La Colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 83, 44-48. Recuperado de <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/7073.pdf>

- Simpson, A. J. G., Reinach, F. C., Arruda, P., Abreu, F. A., Acencio, M., Alvarenga, R.,... & Setubal, J. C. (2000, Oct). The genome sequence of the plant pathogen *Xylella fastidiosa*. *Nature*, *406*, 151-157. doi:10.1038/35018003
- Trzesniak, P. (2014). Hoje vou escrever um artigo científico: a construção e a transmissão do conhecimento. En S. H. Koller, M. C. P. Couto & J. V. Hohendorff (Orgs.), *Manual de produção científica* (pp. 15-38). Porto Alegre, Brasil: Penso.
- Trzesniak, P., Plata-Caviedes, T. & Córdoba-Salgado, O. (2012). A qualidade de conteúdo, o grande desafio para os editores científicos. *Revista Colombiana de Psicología*, *21*(1), 57-78. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcps/v21n1/v21n1a05.pdf>
- Volpato, G. L. (2011). *Método lógico para redação científica*. Botucatu, SP, Brasil: Best Writing.
- Zoltowski, A. P. C., Costa, A. B., Teixeira, M. A. P. & Koller, S. H. (2014, Jan-Mar). Qualidade metodológica das revisões sistemáticas em periódicos de psicologia brasileiros. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *30*(1), 97-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100012> Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100012

Recebido 5 de julho de 2014
Revisão aceita 11 de dezembro de 2014
Aceitado 31 de dezembro de 2014

Resenha das autoras

Maria Imaculada Cardoso Sampaio é Doutora em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e Bibliotecária chefe da Biblioteca Dante Moreira Leite no mesmo Instituto. Coordena a Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia (BVS-Psi). E-mail: isampaio@usp.br

Aparecida Angélica Zoqui Paulovic Sabadini é Bibliotecária chefe da Seção de Preservação Histórica da Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Coordena o Centro de Memória do mesmo Instituto. E-mail: angelica@usp.br

Primeira publicação online: 24 de março de 2015

Psicología clínica basada en la evidencia y su impacto en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica

Evidence Based Clinical Psychology: Impact on Training, Research and Clinical Practice

Diana Melissa Quant-Quintero

Universidad de los Andes, Colombia

Santiago Trujillo-Lemus

Fundación Seré, Colombia

Resumen

La Psicología clínica basada en la evidencia (PsCIBE) es el estándar actual de práctica profesional que se basa en la integración de los resultados de investigaciones científicas, la experiencia en la práctica clínica, y las características culturales y sociales de las personas beneficiarias de los servicios de salud mental. Actualmente, la práctica de la Psicología clínica requiere lineamientos claros que garanticen una atención idónea y con altos estándares de calidad por lo que, desde hace varios años, la práctica basada en la evidencia se ha establecido como criterio para el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención en diferentes disciplinas. El objetivo de este artículo es describir la PsCIBE y sus fundamentos. En la primera parte del escrito se encuentra una conceptualización de la PsCIBE y del modelo científico profesional. Posteriormente, se propone una perspectiva del impacto que tiene la PsCIBE en la formación profesional, la investigación y la práctica clínica y finalmente se presentan algunas limitaciones identificadas para la utilización de los lineamientos ofrecidos por la PsCIBE.

Palabras clave: Psicología clínica basada en la evidencia, modelo científico-profesional, tratamientos con fundamento empírico

Abstract

Evidence-based clinical psychology (EBCIPs) is the standard of professional practice grounded on the integration of research results, clinical experience, and cultural and social characteristics of the clients of mental health services. Currently, in clinical psychology there is an evident need for guidelines to ensure appropriate care and high quality standards. For this reason, starting several years ago, evidence-based practice was set as a criterion for the development of protocols for assessment and intervention in different disciplines. The aim of this paper is to present a panoramic view of EBCIPs. The first part of the paper is a conceptualization of EBCIPs and the scientist-practitioner model. The second part shows the impact of EBCIPs in training, research and clinical practice. Finally we present some limitations identified for using guidelines provided by EBCIPs.

Keywords: Evidence-Based Clinical Psychology, Scientist-Practitioner Model, Evidence-Based Treatments

Diana Melissa Quant-Quintero, Grupo de Estudio en Psicología Clínica Basada en la Evidencia, Universidad de los Andes, Colombia; Santiago Trujillo Lemus, Grupo de Estudio en Psicología Clínica Basada en la Evidencia, Fundación Seré, Colombia.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Diana Melissa Quant-Quintero, dirección electrónica: dm.quant45@uniandes.edu.co o a Santiago Trujillo Lemus, Carrera 16A No 53A – 39, Bogotá, Colombia, dirección electrónica: sanrule@gmail.com



La Psicología clínica basada en la evidencia (PsCIBE) es un estándar para la práctica clínica que se fundamenta en la investigación básica y aplicada, que busca integrar los mejores resultados de investigaciones recientes y disponibles, la experiencia en la práctica clínica y las características contextuales de las personas a las que van dirigidos los servicios de salud mental (*American Psychological Association*, 2006; Callahan, Heath, Aubuchon-Endsley, Collins & Herbert, 2013; Daset & Cracco, 2013). De forma que los profesionales en Psicología clínica tengan un mejor criterio para tomar decisiones terapéuticas que favorezcan tanto la efectividad de un proceso psicológico, como el incremento de la percepción de bienestar y la calidad de vida de los consultantes (Katsikis, 2014).

Los profesionales en salud mental se ven constantemente enfrentados a tomar decisiones para llevar a cabo procesos de evaluación o de intervención, lo cual impacta en el bienestar y la calidad de vida de las personas que utilizan estos servicios (Boyer, 2008; Daset & Cracco, 2013; Rosen & O'Halloran, 2014). Por esta razón, promover una práctica clínica que se base en una actitud científica, orientada a la investigación y que permita la utilización de estrategias que tengan soporte en la investigación es de vital importancia y se constituye como un elemento central para un idóneo quehacer profesional (Daset & Cracco, 2013). Además, permite responder de manera efectiva a las necesidades sociales (Horn et al., 2007); al cambio en la prestación de servicios que se está comenzando a desarrollar, en el cual se exigen indicadores de efectividad y evaluación continua de resultados (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011) y a los lineamientos establecidos por la *American Psychological Association* (APA), División 12 para el ejercicio profesional e investigativo en Psicología clínica (Chambless et al., 1998; Chambless et al., 1996; Dozois et al., 2014).

Las decisiones que deben tomar los profesionales en salud mental no siempre se encuentran orientadas por los hallazgos de las investigaciones o derivadas de un aprendizaje en un contexto de entrenamiento especializado (Dozois, 2013). En varias ocasiones están basadas en las preferencias terapéuticas personales, en la disponibilidad inmediata de técnicas y en las creencias que puedan tener los terapeutas respecto a diferentes teorías y abordajes de los problemas psicológicos (Garb, 2005; O'Brien, 2010). Esta situación se constituye como un riesgo debido a que (a) no garantiza una atención de calidad que responda al mejor tratamiento disponible y que puede tener efectos que se constituyan como nocivos para la persona consultante, (b) puede faltar claridad en las pautas y los procedimientos por considerar para diseñar un plan de evaluación e intervención, lo cual redundaría en una prestación de servicios con bajos estándares de calidad y (c) no se ajusta a los estándares de ética profesional en el sentido de proporcionar el mejor servicio adecuado a las necesidades de los usuarios (Castro, 2013).

Lo expuesto anteriormente permite evidenciar la necesidad de ofrecer lineamientos claros para garantizar una atención idónea y de calidad para los usuarios del sistema de salud mental; por ello, desde hace varios años, la práctica basada en la evidencia se ha establecido como criterio para el desarrollo de protocolos de evaluación e intervención en diferentes disciplinas, por ejemplo, la Medicina, la Psicología, Trabajo social, la Enfermería y la Educación, entre otras (APA, 2006; Barnett, Younggren, Doll, & Rubin, 2007; Catano, 2011; Carter, 2014; Laibhen-Parkes, 2014).

No obstante, el desarrollo, la implementación y el uso de protocolos no resulta suficiente para abarcar las diferentes acciones que son consistentes con un modelo basado en la PsCIBE. Por una parte, es importante que el profesional en Psicología clínica se forme y ponga en práctica su ejercicio profesional, al tener como base fundamental una actitud científica y una metodología rigurosa. Esto implica que aborde cada consultante o comunidad con la que trabaje proponiendo preguntas, estableciendo hi-

pótesis y buscando diferentes alternativas para probar y descartar hipótesis (Dozois et al., 2014; Kazdin, 2004; Spring, 2007). Por otra parte, la sola aplicación de procedimientos, así estos cuenten con soporte empírico, no parece ser el único factor que garantice el éxito terapéutico. Es necesario considerar las variables que influyen en la relación terapéutica, el establecimiento de empatía por parte del terapeuta y la adherencia al tratamiento. Esto implica identificar las conductas relevantes del terapeuta o los consultantes que dificulten la continuidad del proceso (Ferro García, Valero Aguayo & López Bermúdez, 2007; Lineham, 1993; Tsai et al., 2009); por consiguiente, es importante que los profesionales se interesen en recibir entrenamiento específico especializado y realizar práctica clínica supervisada, de forma que puedan desarrollar las habilidades clínicas necesarias para prestar un servicio de calidad que contribuya al bienestar de la persona consultante (Freeman, Felqoise & Davis, 2008).

El modelo científico-profesional

Una de las estrategias que se estableció para seguir los lineamientos de la PsCIBE es el modelo científico-profesional, el cual busca integrar la investigación con la práctica clínica, para poder establecer una ruta de trabajo que implique el mejoramiento continuo y que ofrezca una atención en salud mental con altos estándares de calidad (Corrie & Lane, 2009). El modelo científico-profesional propone el establecimiento de una integración entre ciencia y profesión; es decir, una actitud investigativa en la práctica clínica y tener consideraciones prácticas en la investigación (Horn et al., 2007; Shakow, 1976). Esto implica que los investigadores, por una parte, obtengan sus preguntas principalmente de los vacíos teóricos y metodológicos vinculados con los problemas psicológicos actuales y las variables funcionales y estructurales relacionadas (Barnett et al. 2007; Bowling, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); y por otra, busquen relacionar los hallazgos encontrados en la investigación básica para explicar los fenómenos psicológicos (Barnett et al., 2007). Además, los profesionales deben actualizarse constantemente de forma que se encuentren en capacidad de implementar procedimientos clínicos que cuenten con soporte empírico y de evaluar el impacto terapéutico de su práctica clínica, de forma que puedan hacer aportes a la investigación en el área (Barnett et al., 2007; Beutler, Williams, Wakefield & Entwistle, 1995).

Hayes, Barlow & Nelson-Gray (1999) señalan que uno de los aportes más importantes realizados a la Psicología clínica fue el realizado en la Conferencia de Boulder en 1949, cuando se estableció que los psicólogos clínicos deben desarrollar habilidades investigativas y se aceptó el modelo científico-profesional como una estrategia de formación en Psicología clínica. En relación con lo anterior, los autores plantearon cinco razones para vincular la investigación y el entrenamiento en habilidades, tal como lo propone el modelo científico-profesional. La primera refiere que la formación en Psicología clínica debe promover el interés tanto en la práctica clínica, como en la investigación. Esto supone la generación de contextos para desarrollar habilidades en las dos áreas, de manera que el profesional pueda tener una perspectiva completa y posea mayor criterio para elegir en qué área decide trabajar con mayor profundidad. La segunda se encuentra relacionada con la importancia de realizar investigación constante, de modo que se pueda contar con conocimiento confiable y actual relacionado con procesos psicológicos básicos, estrategias de evaluación y estrategias de intervención. La tercera alude a concebir y promover que los psicólogos clínicos se encuentren en capacidad de asumir tanto el rol de profesional, como el rol de investigador, así uno de los dos roles sea predominante en su quehacer. La cuarta está relacionada con vincular los problemas identificados en la práctica clínica con los problemas de la investigación básica y aplicada. Finalmente, la quinta razón se refiere al soporte, en términos de efectividad, que

pueden ofrecer los datos derivados de la investigación de forma que se busque obtener financiamiento para el desarrollo de investigaciones, que, a su vez, ayuden a optimizar los recursos en la prestación de servicios de salud mental.

Siguiendo en la misma línea, el modelo científico-profesional plantea que el psicólogo clínico debe realizar constantemente cuatro tipos de actividades que vinculan el desarrollo de habilidades y la investigación (ver figura 1), de manera que se pueda garantizar la continuidad de una comunidad científica que promueva el diseño e implementación de proyectos de investigación y desarrollo orientados a ofrecer soluciones a los problemas psicológicos actuales (Hayes et al., 1999; Lowman, 2012). El primer tipo de actividades se encuentra relacionado con la consulta y estudio de artículos y libros actualizados y la asistencia a entrenamientos en estrategias de evaluación, formulación e intervención que cuenten con soporte empírico y que hayan evidenciado utilidad clínica. Esto implica que es esperable que el profesional incluya dentro de su quehacer actividades orientadas a la actualización en el área. De esta manera, podrá certificar que conoce y cuenta con el entrenamiento en estrategias y procedimientos específicos que garantizarán que las personas beneficiarias accedan a servicios basados en los mejores tratamientos y estrategias disponibles, lo cual redundará en el mejoramiento de la calidad de vida y la percepción de bienestar (Corrie & Lane, 2009).

La segunda actividad se encuentra relacionada con medir el impacto de la práctica clínica para aportar, con los datos recolectados, al avance científico. Lo anterior invita al profesional a llevar sus casos con una metodología de caso único, de forma que se establezcan las hipótesis de adquisición y el mantenimiento de los problemas, se delimiten las variables por intervenir y se obtengan medidas prepos y medidas repetidas que permitan evaluar la eficacia del tratamiento utilizado (Hayes, Long, Levin & Follette, 2013). De esta manera, se podrá aportar al apoyo empírico de las estrategias utilizadas en la práctica clínica.

La tercera actividad se encuentra relacionada con proponer nuevas estrategias de evaluación e intervención que se deriven de los datos obtenidos en la evaluación de la eficacia en la implementación de tratamientos. Lo anterior invita al profesional a identificar aquellas estrategias que tienen menor impacto en el proceso y a proponer otras estrategias, que puedan resultar más útiles o que tengan un mayor alcance.

La cuarta actividad se encuentra referida a dar a conocer a la comunidad científica y profesional los hallazgos encontrados en la práctica clínica, de manera que el profesional aporte a la divulgación y la diseminación del conocimiento. Este aspecto se constituye como un punto central y relevante, debido a que en muchas ocasiones los profesionales e investigadores no orientan sus acciones a divulgar los resultados de sus estudios, o tardan demasiado tiempo en hacerlo, lo cual dificulta el avance de la ciencia clínica y la posibilidad de contar con más datos que amplíen los criterios para la toma de decisiones terapéuticas.

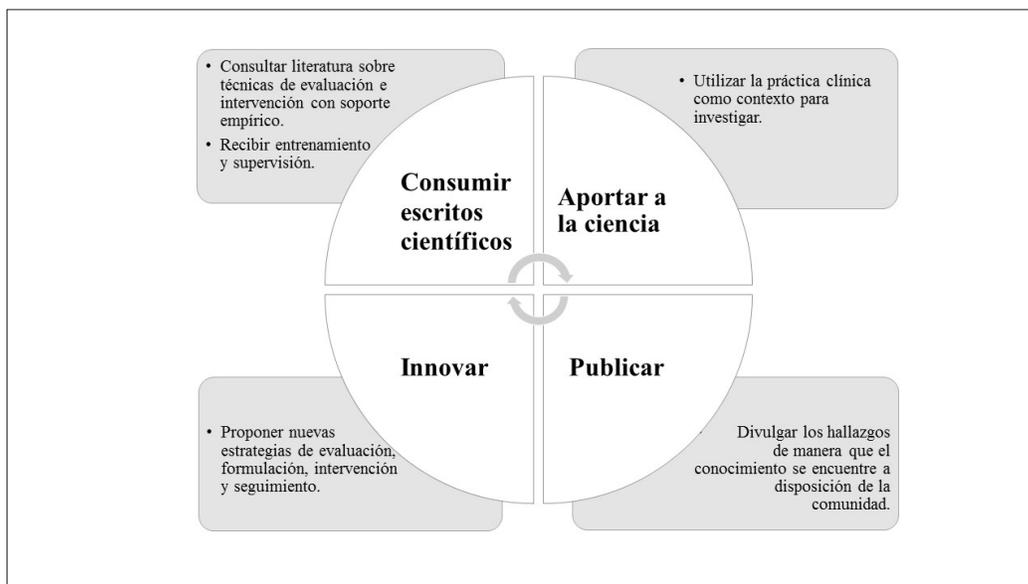


Figura 1. Modelo científico-profesional según Hayes et al. (1999)

La formación del profesional en Psicología clínica

La PsCIBE ha ofrecido a la comunidad científica y académica unos lineamientos generales que permiten establecer una ruta de formación que facilite y permita la integración entre la práctica clínica y la investigación en Psicología (Callahan et al., 2013; Dozois et al., 2014). Un psicólogo clínico, desde esta perspectiva, debe contar con un entrenamiento específico que garantice su óptimo desempeño, al considerar tres grandes áreas: una profesional, una investigativa y una administrativa (Muñoz et al., 2014). En relación con la primera, es importante garantizar que el *profesional* se encuentre en capacidad de (a) trabajar de forma interdisciplinaria tanto a nivel asistencial como en el desarrollo de estudios de investigación, (b) desarrollar habilidades en evaluación, formulación e intervención, (c) realizar psicoeducación a diferentes poblaciones acerca de los alcances y las limitaciones de procesos y procedimientos utilizados en Psicología clínica, (d) establecer rutas de acción orientadas a la promoción de la salud y (e) conocer y aplicar estrategias de medición que permitan identificar el alcance clínico, procedimental y teórico de sus actividades profesionales y académicas (Huber, 2007; Muñoz et al., 2014).

En relación con el *área investigativa*, se espera que el psicólogo cuente con diferentes escenarios que le permitan la aproximación a la investigación; ello implica que se acerque a los fenómenos psicológicos al plantear una pregunta de investigación, identificar las variables por evaluar e intervenir, medir los efectos de sus intervenciones y divulgar los resultados que encuentre en sus investigaciones (Huber, 2007). Lo anterior implica que la formación profesional pre y posgraduada debe garantizar que el estudiante reciba un entrenamiento exhaustivo, que favorezca una aproximación a los problemas en salud mental desde una perspectiva científica y con una metodología rigurosa (Horn et al., 2007). De igual manera, se espera que el psicólogo se encuentre en capacidad de establecer estrategias que garanticen su actualización: acceso a las bases de datos, lectura de artículos y libros que revelen nuevos hallazgos, entrenamiento especializado en estrategias y terapias particulares, y supervisión de su práctica clínica, de manera que se pueda garantizar la idoneidad en la prestación de los servicios (Freeman et al., 2008; Rodolfa et al., 2005).

Por último, en el *área administrativa* se espera que el profesional conozca los lineamientos generales académicos, profesionales y administrativos para el establecimiento de programas de salud mental que respondan a las necesidades de la población en general y que se encuentren basados en los mejores tratamientos disponibles al contar con soporte empírico (Muñoz et al., 2014).

Al tener como base lo expuesto anteriormente, es deseable que las instituciones educativas ofrezcan formación que involucre los contextos que sean necesarios para desarrollar las habilidades en las tres áreas señaladas (profesional, investigativa y administrativa). También, resulta vital que se establezcan competencias generales y específicas para cada uno de los niveles de formación, de manera que el profesional tenga la posibilidad de profundizar a nivel conceptual, afianzar el desarrollo de habilidades profesionales e investigativas y proponer nuevas preguntas de investigación que permitan en avance de la disciplina (Huber, 2007). No obstante, generar los contextos para que se dé el proceso de enseñanza-aprendizaje no es suficiente para garantizar una formación idónea que vincule el aspecto profesionalizante con el investigativo; es necesario contar con un sistema de evaluación, supervisión y seguimiento que permita evidenciar el desarrollo de habilidades, de manera que la certificación en competencias guarde correspondencia con el actuar del psicólogo clínico (Rodolfa et al., 2005).

De acuerdo con Peterson, Peterson, Abrams, Stricker & Ducheny (2010), los programas de formación profesional en psicología deben tener cinco componentes centrales: (a) una visión amplia de la psicología, que tenga en cuenta los aportes realizados por otras disciplinas, de manera que se base en una epistemología flexible que aborde múltiples formas de conocimiento; (b) un modelo pedagógico que integre las experiencias al proceso de entrenamiento de habilidades de tipo conceptual, prácticas e investigativas; (c) fomentar el desarrollo de competencias básicas y profesionales que promuevan una actitud investigativa; (d) involucrar elementos de la práctica que impliquen que el profesional pueda desempeñar diferentes roles, p.ej., atención clínica en el área de salud mental, entrenamiento especializado, evaluación sistemática de los efectos de un tratamiento y aproximarse desde una postura clínica y reflexiva a la práctica clínica y a la investigación en el área y (e) la naturaleza social de la psicología profesional y la responsabilidad pública de la profesión de servir a la sociedad en general.

Particularmente, se espera que en Psicología clínica los profesionales reciban una formación que les ofrezca el contexto suficiente para tomar decisiones apropiadas en el campo de la atención clínica y en el campo de la investigación (Muñoz et al., 2014). En otras palabras, plantear un modelo de formación que tiene como base la PsCIBE, no solamente implica el entrenamiento en habilidades profesionales específicas y la implementación de protocolos especializados, sino supone un entrenamiento que fomente el pensamiento crítico, con lineamientos basados en el método científico que le permitan al clínico tener mejores elementos de juicio para la toma de decisiones (Craighead & Craighead, 2006; Kendall & Comer, 2011). Esto implica que el profesional debe estar en la capacidad de organizar e integrar el conocimiento que ha adquirido para proponer soluciones prácticas a los problemas identificados, establecer nuevos modelos de atención, identificar preguntas de investigación que tengan relevancia disciplinar y social y compartir su conocimiento para aportar en la formación de nuevos profesionales en el área (Barnett et al., 2007; Craighead & Craighead, 2006).

En síntesis y retomando lo anterior, la formación profesional en Psicología clínica debe orientar sus esfuerzos en dos grandes áreas: la investigativa y la profesional (Horn et al., 2007). Por una parte, se debe buscar formar al clínico para que sea un generador de conocimiento; esto implica que posea conocimiento de herramientas metodológicas avanzadas, que participe activamente en actividades y grupos

de investigación, que aporte en el diseño, validación e implementación de protocolos de evaluación e intervención de los problemas psicológicos y que plantee y responda preguntas originales de investigación que estén dirigidas a solventar los vacíos conceptuales o metodológicos de problemas disciplinares y sociales relevantes (Hershenberg & Goldfried, 2014). Por otro lado, se busca que el clínico sea un consumidor de conocimiento. Esto supone que tenga acceso constante al conocimiento en Psicología y en ciencias afines; particularmente desde una perspectiva transdiagnóstica se espera que tenga un amplio conocimiento en ciencias biológicas y en ciencias del comportamiento (Castro, 2011; Spring & Neville, 2011). De igual manera, debe garantizar el desarrollo de sus habilidades profesionales, por lo tanto debe disponer de práctica clínica supervisada, donde se cuente con indicadores específicos para cada una de las competencias profesionales esperadas en los diferentes niveles de formación (Rodolfa et al., 2005).

Investigación en Psicología clínica y práctica clínica basada en la evidencia

Concebir la investigación desde la PsCIB implica adoptar una metodología inductiva basada en el método científico (Castro, 2013; Dozois et al., 2014; Kendall & Comer, 2011); esto es, identificar y delimitar problemas a partir de la observación de fenómenos, recolectar datos sobre las variables implicadas durante todo el proceso, hacer modificaciones en las condiciones para evaluar el efecto que tienen en las variables evaluadas, comparar los resultados entre las diferentes condiciones de estudio y analizar y reportar los resultados del estudio (Spring & y Neville, 2011). Dado lo anterior, es importante señalar que, lograr un proceso investigativo orientado por el comportamiento de los datos, más que por la búsqueda de comprobación de modelos teóricos, implica asumir una perspectiva epistemológica *flexible*, pero no por esto menos rigurosa (Katsikis, 2014).

Adicionalmente, es necesario tomar los resultados de investigaciones que se ofrecen desde diferentes disciplinas y áreas del conocimiento para el abordaje de los problemas psicológicos e integrarlos para poder explicar la adquisición y mantenimiento de las diferentes problemáticas que se presentan en salud mental (Castro, 2011). Lo anterior supone un desligamiento de una única postura teórica particular para orientar la investigación y la práctica clínica a partir del marco conceptual y procedimental integrado por diversas disciplinas, que cuenten con el mayor soporte empírico posible (Katsikis, 2014; Quant, 2013; Spring & y Neville, 2011).

Es importante señalar que el puente que integra la investigación con la práctica profesional no puede estar solamente enmarcado en orientar los esfuerzos por tener una perspectiva investigativa de la práctica y para identificar los problemas sociales relevantes que requieren investigación. Resulta necesario vincular la investigación desarrollada en *Psicología básica* con la investigación en *Psicología aplicada*, de manera que puedan utilizar, por una parte, los resultados de los estudios en procesos psicológicos básicos y procesos sociales —en contextos experimentales—, con el fin de explicar los fenómenos psicológicos y, por otra parte, utilizar los principios establecidos desde la investigación básica para la búsqueda de alternativas de solución a problemas de relevancia en el campo de la salud mental. A este tipo de investigación se le denomina *investigación translacional* (Castro, 2013; Hayes et al., 2013). En resumen, la investigación desde la PsCIBE supone dos grandes ramas: la primera referida a la integración de la investigación en la formación profesional y en la práctica clínica y la segunda relacionada con la vinculación de la investigación básica con la investigación aplicada.

Particularmente, en Psicología aplicada, la *American Psychological Association* (APA) estableció unos parámetros que orientan los procesos de investigación para el desarrollo de guías de atención y de

protocolos de evaluación e intervención clínica (Dozois et al., 2014). Uno de los aspectos más importantes se encuentra referido a que los criterios para aplicar el conocimiento derivado de resultados de investigaciones están dados por los indicadores de eficacia y efectividad, y no por la consistencia con un enfoque teórico particular. Ello implica un avance importante en la ciencia clínica, debido a que permite enfocar la atención en los hallazgos encontrados en la investigación y no en la búsqueda constante de datos específicos para comprobar una teoría o mostrar consistencia con un modelo teórico de evaluación o de intervención (Bray, 2010; Freeman et al., 2008). La implicación, de lo mencionado anteriormente, está relacionada con la posibilidad de poder someter a estudio diversas estrategias de evaluación e intervención para poder identificar cuáles resultan tener mayor impacto por su eficacia y efectividad, con independencia de la postura teórica desde la que se hayan planteado (Katsikis, 2014).

Las guías de atención clínica son documentos que contienen lineamientos para el desarrollo de procesos sistemáticos de evaluación, formulación e intervención de una problemática de interés clínico (Dozois et al., 2014; Stamoulos, Reyes, Trepanier & Drapeau, 2014). Dentro de los criterios para la evaluación de las guías de atención, se encuentran la eficacia y la utilidad clínica. Eficacia quiere decir la posibilidad de establecer que el cambio en las variables se debe a la aplicación de un tratamiento particular y la utilidad clínica, entendida como el grado en el cual los resultados pueden ser generalizables y válidos para diferentes poblaciones (Moss & Gunkelman, 2002). Se espera que las guías de atención clínica orienten al psicólogo clínico en la toma de decisiones dentro del proceso terapéutico, por ofrecer diversas estrategias que cuenten con soporte empírico e involucran la participación de diferentes profesionales de la salud (Stamoulos et al., 2014).

Además, los protocolos de evaluación e intervención son manuales altamente estructurados que le indican al clínico, paso a paso, cómo abordar una problemática psicológica y le ofrecen las estrategias para poder evaluar su impacto. Cuando los protocolos cuentan con resultados de investigaciones controladas donde se ha mostrado su eficacia, se habla de tratamientos con fundamento empírico (TFE, Dozois et al., 2014; Katsikis, 2014). Para que un protocolo pueda ser considerado un TFE, debe cumplir con las siguientes características: (a) contar con dos estudios clínicos aleatorizados con diferentes poblaciones o contar con múltiples estudios de caso único; (b) demostrar mejores resultados a corto plazo que un placebo, un tratamiento farmacológico u otro TFE, (c) contar con un análisis sólido de datos que evidencie el tamaño del efecto de la intervención y (d) contar con un manual de tratamiento que contenga instrucciones específicas para su aplicación y evaluación.

Como hemos planteado, tanto para las guías de atención como para los protocolos de evaluación e intervención clínica aplica el criterio de eficacia, el cual se refiere a la posibilidad que tiene una estrategia de mostrar que sirve para intervenir adecuadamente las variables que se pretenden modificar (Dozois et al., 2014). Se habla de un tratamiento eficaz, cuando en resultados de investigaciones muestra resultados superiores en comparación con otra condición experimental (placebo, medicamentos, otro TFE) y en mínimo dos lugares independientes a donde se realizó la investigación original. Se habla de un tratamiento posiblemente eficaz, cuando se haya encontrado superioridad en un lugar independiente a donde se realizó la investigación original y, siempre y cuando, no se encuentre evidencia contradictoria (Chambles y Hollon, 1998; Chambless & Ollendick, 2001).

Es importante considerar las diferencias entre tratamientos basados en la evidencia y tratamientos con apoyo empírico. Los primeros se refieren a aquellos procedimientos que cuentan con investigación suficiente en ambientes controlados y no controlados que avalan su eficacia. Mientras los tratamientos

con apoyo empírico cuentan con estudios que parecen indicar eficacia, pero aún se encuentran en proceso de investigación y falta la realización de más estudios que apoyen los hallazgos (Castro, 2013; Dozois et al., 2014; Katsikis, 2014).

Finalmente, se espera que tanto las guías de atención como los protocolos de evaluación e intervención clínica cuenten no solo con estudios de eficacia, sino con estudios de efectividad; es decir, que puedan ser aplicables en contextos clínicos no controlados, de manera que se pueda llevar a cabo una diseminación adecuada (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011). Esto implica que se comiencen a utilizar modelos escalonados para su implementación (Foa, Gillihan & Bryant, 2013; Hays, 2014), de forma que (a) se puedan realizar las adaptaciones culturales que sean necesarias, conservando los elementos nucleares involucrados en el propósito de la guía o del protocolo (Hinton & Jalal, 2014; Marsiglia & Booth, 2014), (b) se diseñe un entrenamiento de los terapeutas, al tener en cuenta tanto los niveles de atención como los de formación y entrenamiento (Chorpita, Miranda & Bernstein, 2011), (c) se evalúen los efectos en la población beneficiaria de manera que se mida el impacto y utilidad de las intervenciones propuestas (Ferrer-Wreder, Sundell & Mansoor, 2012) y (d) se realicen a las guías y los protocolos aquellos ajustes necesarios al tener como base los datos obtenidos y las necesidades identificadas en el proceso de implementación.

Limitaciones para la aplicación de la Psicología clínica basada en la evidencia

Como hemos intentado de evidenciar a lo largo del texto, adoptar una línea de trabajo basada en lo propuesto por la PsCIBE implica un alto nivel de dedicación para orientar esfuerzos hacia la investigación, la actualización y la formación constante. De igual forma, supone abordar los problemas psicológicos desde una postura flexible, que facilite la adaptación tanto de la práctica clínica como de la investigación a los nuevos hallazgos encontrados (Spring & Neville, 2011). Esto es, que el profesional en Psicología clínica se encuentre dispuesto a cambiar sus estrategias y procedimientos, si los datos obtenidos en la investigación indican que estos son obsoletos, que pueden ser nocivos o si se cuenta con estrategias y procedimientos que hayan demostrado ser más efectivos.

Siguiendo con lo anterior, un estudio realizado por Lilienfeld, Ritschel, Lynn, Cautin & Latzman (2013) encontró que en algunas ocasiones los psicólogos clínicos se muestran resistentes a tomar decisiones terapéuticas con base en los hallazgos recientes en la investigación. Esto, según los autores, puede estar relacionado con el costo que implica modificar continuamente los procedimientos y técnicas utilizados de manera tradicional. Además, afirmaron los autores en una revisión de estudios sobre las actitudes de los psicólogos hacia la práctica basada en la evidencia y el valor otorgado a la investigación científica, de forma general una actitud positiva y orientada a la PsCIBE. No obstante, los datos encontrados mostraron que, en el momento de tomar decisiones sobre la elección de las intervenciones, los psicólogos clínicos optaron por elegir como fuente de consulta, por encima de los hallazgos de investigación: libros sobre práctica clínica, libros teóricos, talleres, discusiones informales con colegas, la experiencia clínica, compatibilidad con la orientación teórica y compatibilidad con la personalidad.

Los mismos autores plantearon que la resistencia a ejercer la práctica clínica desde la PsCIBE y la elección de tratamientos, que carecen de fundamento empírico, puede estar relacionada con diferentes factores, entre los cuales se encuentran (a) realismo ingenuo, que implica considerar que el cambio que se presenta después de una intervención se debe exclusivamente al tratamiento y, por lo tanto, se tienden a ignorar otras variables; (b) falta de claridad conceptual en relación con la naturaleza y abordaje inves-

tigativo de los procesos psicológicos básicos, (c) dificultades para interpretar e integrar los hallazgos de investigaciones realizadas con grupos controlados, al asumir que las personas son únicas y no tienen muchas características en común, razón por la cual no se podrían aplicar los resultados de las investigaciones a los casos atendidos en un servicio asistencial, (d) dificultad para interpretar y comprender los resultados y análisis estadísticos presentados en los reportes de investigación y (e) el desconocimiento de los lineamientos de la PsCIBE.

Beth & Peterson (2010) señalaron que otro de los factores que puede limitar la implementación de la práctica basada en la evidencia, se encuentra relacionado con los contenidos abordados en la formación profesional, particularmente cuando se privilegian las posturas teóricas sobre los recientes hallazgos encontrados en la investigación. Lo anterior permite vislumbrar el riesgo que se corre cuando los programas de formación buscan entrenar al psicólogo en un modelo teórico específico, al limitar así un abordaje que integre los últimos hallazgos encontrados desde diferentes áreas de conocimiento y al favorecer una actitud orientada a la comprobación y la validación de un modelo teórico y no a la vinculación de los datos y resultado de la investigación para el mejoramiento continuo de la práctica clínica.

Otra de las limitantes identificadas en diferentes discusiones realizadas en el Ministerio de Salud, la protección social y el Colegio Colombiano de Psicólogos se encuentra relacionada con el poco acceso que tienen los profesionales a entrenamientos especializados. Esto implica que los profesionales en salud mental, dadas las necesidades contextuales presentes particularmente en América Latina, pueden comenzar a brindar asistencia psicológica sin contar con la suficiente formación y sin haber logrado un idóneo desarrollo de competencias profesionales e investigativas. Lo señalado anteriormente facilita que los profesionales elijan estrategias de evaluación e intervención con base en criterios diferentes a los ofrecidos por los hallazgos encontrados en la investigación en Psicológica clínica, lo cual redundará en la dificultad para garantizar un servicio de calidad a los usuarios.

Finalmente, y haciendo referencia al caso específico de América Latina, los sistemas de salud, dada la escasa inversión en proyectos orientados a la cualificación de los servicios, no favorecen la posibilidad de desarrollar una práctica clínica que surta un impacto positivo y que responda a las necesidades particulares de las personas que requieren atención psicológica general y especializada (Sarafino, 2005). Además, los gobiernos de los países en vía de desarrollo destinan muy pocos recursos para la realización de investigaciones en ciencias de la salud mental, situación que dificulta el diseño, implementación, adaptación cultural, validación y diseminación de estrategias de evaluación, formulación e intervención, que cuenten con soporte empírico y que se encuentren ajustadas a las necesidades de la población (Kazarian & Evans, 2001); lo cual, como reiteramos, tiene un impacto en el bienestar y la calidad de vida de los usuarios.

En conclusión, lo expuesto hasta el momento ha permitido dilucidar la importancia que posee la aplicación de la PsCIBE para responder de manera apropiada a la responsabilidad social de trabajar en salud mental. De igual forma, plantea un reto importante para los profesionales que trabajan en el área y que ejercen la Psicología clínica desde la atención asistencial hasta la investigación básica y aplicada. El reto, entonces, implica trabajar conjuntamente y aunar esfuerzos para vincular la PsCIBE en la formación de nuevos profesionales, tanto en el pregrado como en los diferentes posgrados, de forma que se garantice a futuro una generación de profesionales que se encuentre más orientada a vincular la investigación en la práctica clínica. También, se espera que se trabaje en conjunto para el desarrollo de investigaciones que se encuentren orientadas a responder a las problemáticas actuales en salud mental

y que tengan un impacto social y disciplinar relevantes. Por último, el reto involucra promover que los psicólogos clínicos que ejerzan de manera particular o en los diferentes centros de atención en salud (a) basen la toma de decisiones terapéuticas en las teorías explicativas vigentes y en los últimos hallazgos obtenidos en la investigación, (b) utilicen en su práctica clínica solo aquellas estrategias que cuenten con soporte empírico y (c) se esfuercen por llevar sus casos clínicos con un alto rigor metodológico, que les permita evaluar el impacto que tienen los resultados en la efectividad terapéutica.

Referencias

- American Psychological Association/ Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, Washington DC, US (2006, May-Jun). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Barnett, J. E., Younggren, J. N., Doll, B. & Rubin, N. J. (2007, Oct). Clinical competence for practicing psychologists: Clearly a work in progress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 510-517. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.38.5.510>
- Beth, K. M. & Peterson, R. (2010). *Competency-based Education for Professional Psychology*. Washington, US: American Psychological Association.
- Beutler, L. E. & Williams, R. E., Wakefield, P. J. & Entwistle, S. R. (1995, Dec). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist*, 50(12), 984-994. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.984>
- Bowling, A. (2007). Quality of life Assessment. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 310-319). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Boyer, B. (2008). Theoretical models in health psychology and the model for integrating medicine and psychology. In B. Boyer (Ed.), *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 3-30). New Jersey, US: John Wiley & Sons.
- Bray, J. H. (2010, Jul-Aug). The future of psychology: Practice and science. *American Psychologist*, 65(5), 355-369. <http://dx.doi.org/10.1037/a0020273>
- Callahan, J., Heath, Ch., Aubuchon-Endsley, N., Collins Jr., F. & Herbert, G. (2013, Dec). Enhancing information pertaining to client characteristics to facilitate evidence-based practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1239-1249. doi: 10.1002/jclp.21995
- Catano, V. (2011, Mar). Evidence-based I-O Psychology: Lessons from clinical psychology. *Industrial and Organizational Psychology*, 4(1), 45-48. DOI: 10.1111/j.1754-9434.2010.01293.x
- Carter, B. D. (2014, Sep). Introduction to the CPPP special issue on evidence-based interventions in pediatric psychology. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(3), 207-211. <http://dx.doi.org/10.1037/cpp0000075>
- Castro, L. (sept, 2013). *Psicología clínica basada en la evidencia y salud mental en Colombia*. Conferencia presentada en el III Congreso Colombiano de Psicología COLPSIC-ASCOFAPSI, Bogotá, Colombia.
- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: Un enfoque transdiagnóstico. En V. Caballo, I. Salazar & J. Carrobes (comps.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 44-76). Madrid, España: Pirámide.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Cristoph, A.,... & Woody, S.R. (1998, Winter). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-16. Recuperado de http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Group/telchlab/Powers_files/ValidatedTx.pdf

- Chambless D. L. y Hollon, S. D. (1998, Febr). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chambless, D. L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits Christoph, P.,... & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18. Recuperado de <http://www.div12.org/sites/default/files/UpdateOnEmpiricallyValidatedTherapies.pdf>
- Chorpita, B. F., Miranda, J. & Bernstein, A. (2011). Creating public health policy: The dissemination of evidence-based psychological interventions. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 211-226). New York, US: Oxford University Press.
- Corrie, S. & Lane, D. A. (2009). The scientist-practitioner model as a framework for coaching psychology. *Coaching Psychologist*, 5(2), 61-67.
- Craighead, L. W. & Craighead, W. E. (2006, Sep). PhD Training in clinical psychology: Fix it before it breaks. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(3), 235-241. DOI: 10.1111/j.1468-2850.2006.00030.x
- Daset, L. R. & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 209-220.
- Dozois, D. A. (2013, Febr). Psychological treatments: Putting evidence into practice and practice into evidence. *Canadian Psychology*, 54(1), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1037/a0031125>
- Dozois, D. A., Mikail, S. F., Alden, L. E., Bieling, P. J., Bourgon, G., Clark, D. A.,... & Johnston, C. (2014). The CPA presidential task force on evidence-based practice of psychological treatments. *Canadian Psychology*, 55(3), 153-160. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035767>
- Ferrer-Wreder, L., Sundell, K. & Mansoor, S. (2012, Apr). Tinkering with perfection: Theory development in the intervention cultural adaptation field. *Child Youth Care Forum*, 41(2), 149-171.
- Freeman, A., Felgoise, S. H. & Davis, D. D. (2008). *Clinical Psychology: Integrating Science and Practice*. New York, US: John Wiley.
- Foa, E., Gillihan, S. & Bryant, R. (2013, May). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(2), 65-111. doi: 10.1177/1529100612468841
- Garb, H. N. (2005). Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 67-89.
- Ferro García, R., Valero Aguayo, L. & López Bermúdez, M. A. (2007). Novedades y aportaciones desde la psicoterapia analítica funcional. *Psicotema*, 19(3), 452-458. Recuperado de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8554/8418>
- Hays, P. (2014, Febr). An international perspective on the adaptation of CBT across cultures. *Australian Psychologist*, 49(1), 17-18. DOI: 10.1111/ap.12027
- Hayes, S., Barlow, D. & Nelson-Gray, R. (1999). *The Practitioner: Research and Scientist Accountability in the Age of Managed Care*. Boston, US: Allyn & Bacon.
- Hayes, S., Long, D., Levin, M. & Follette, W. (2013, Nov). Treatment development: Can we find a better way? *Clinical Psychology Review*, 33(7), 870-882.
- Hershenberg, R. & Goldfried, M. R. (2014, en prensa). Implications of RDoC for the research and practice of psychotherapy. *Behavior Therapy* [corrected proof]. DOI: 10.1016/j.beth.2014.09.014
- Hinton, D. & Jalal, B. (2014, May). Parameters for creating culturally sensitive CBT: Implementing CBT in global settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(2), 139-144. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.01.009

- Horn, R. A., McGowan, M. R., Mitchell, D. R., Mellott, R. N., Lilly, K. & Martinez, L. (2007, Febr). A pilot study examining the longer-term stability of the scientist-practitioner model of training. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 830-841. doi: 10.1177/0002764206297580
- Huber, D. (2007, Febr). Is the scientist-practitioner model viable for school psychology practice? *American Behavioral Scientist*, 50(6), 778-788. doi: 10.1177/0002764206296456
- Katsikis, D. (2014). Evidence-based research: the importance for the present and future of evidence-based practice. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 14(2), 259-270.
- Kazarian, S. S., & Evans, D. R. (2001). Health psychology and culture: Embracing the 21st century. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), *Handbook of Cultural Psychology* (pp. 837-846). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Kazdin, A. (2004, Oct). Evidence-based treatments: challenges and priorities for practice and research. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 923-940. DOI: 10.1016/j.chc.2004.04.002
- Kendall, P. C. & Comer, J. S. (2011). Research methods in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 52-75). New York, US: Oxford University Press.
- Laibhen-Parkes, N. (2014, Oct). Evidence-Based practice competence: A concept analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 25(3), 173-182. DOI: 10.1111/2047-3095.12035
- Lowman, R. L. (2012, Sept). The scientist-practitioner consulting psychologist. *Consulting Psychology Journal, Practice & Research*, 64(3), 151-156. <http://dx.doi.org/10.1037/a0030365>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L., Lynn, S., Cautin, L. & Latzman, R. (2013, Nov). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.008
- Lineham, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, US: Guilford Press.
- Marsiglia, F. & Booth, J. (2014, en prensa). Cultural adaptation of interventions in real practice settings. *Research on Social Work Practice* [pre-print]. doi: 10.1177/1049731514535989
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021*. Bogotá, Colombia: Presidencia de la República de Colombia. Recuperado de <http://goo.gl/UtMqxX>
- Moss, D. & Gunkelman, J. (2002). Task force report on methodology and empirically supported treatments: Introduction. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27(4), 271-272. Recuperado de <http://www.aapb.org/i4a/pages/index.cfm?pageID=3391>
- Muñoz, R. F., Sorensen, J. L., Areán, P. A., Lieberman, A. F., Fields, L., Gruber, V. A.,... & McNeil, D. E. (2014, en prensa). Scientist-practitioner training at the internship and postdoctoral level: reflections over three decades. *Training and Education in Professional Psychology* [first posting], <http://dx.doi.org/10.1037/tep0000058>
- O'Brien, W. (2010). Evaluating case formulation decision-making and therapist responsiveness: A perspective from the area of behavioral assessment and case formulation. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 6(4), 293-306. <http://dx.doi.org/10.14713/pcsp.v6i4.1051> Recuperado de <http://reaper64.scc-net.rutgers.edu/journals/index.php/pcsp/article/view/1051/2463>
- Peterson, R., Peterson, D., Abrams, J., Stricker, G. & Ducheny, K. (2010). The National Council of Schools and Programs of Professional Psychology educational model 2009. In K. M. Beth & R. Peterson (Eds.), *Competency-Based Education for Professional Psychology* (pp. 13-42). Washington, US: American Psychological Association.

- Quant, D. M. (oct-mar, 2013). Formulación clínica de caso: aspectos metodológicos. *Revista Vanguardia Psicológica*, 3(2), 160-172. Recuperado de <http://umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/viewFile/72/153>
- Rodolfa, E., Bent, R., Eisman, E., Nelson, P., Rehm, L. & Ritchie, P. (2005, Aug). A cube model for competency development: Implications for psychology educators and regulators. *Professional Psychology, Research and Practice*, 36(4), 347-354.
- Rosen, A. A. & O'Halloran, P. P. (2014). Recovery entails bridging the multiple realms of best practice: towards a more integrated approach to evidence-based clinical treatment and psychosocial disability support for mental health recovery. *East Asian Archives of Psychiatry*, 24(3), 104-109. Recuperado de http://easap.asia/journal_file/1403_V24N3_p104.pdf
- Sarafino, E. P. (2005). Context and perspectives in health psychology. In S. Sutton, A. Baum & M. Johnston, M. (Eds.), *The SAGE Handbook of Health Psychology* (pp. 1-26). London, UK: Sage.
- Shakow, D. (1976, Aug). What is clinical psychology? *American Psychologist*, 31(8), 553-560. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.31.8.553>
- Spring, B. (2007). Evidence-based practice in clinical psychology: What it is, why it matters; what you need to know. *Journal of Clinical Psychology*, 63(7), 611-631. DOI: 10.1002/jclp.20373 Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/6284642_Evidence-based_practice_in_clinical_psychology_what_it_is_why_it_matters_what_you_need_to_know/links/00b4952b5ea3015f3c000000
- Spring, B. & Neville, K. (2011). Evidence-based practice in clinical psychology. In D. H. Barlow (Ed.), *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (pp. 128-149). New York, US: Oxford University Press.
- Stamoulos, C., Reyes, A., Trepanier, L. & Drapeau, M. (2014, Aug). The methodological quality of clinical practice guidelines in psychology: A pilot study of the guidelines developed by the Ordre des Psychologues du Québec. *Canadian Psychology*, 55(3), 177-186. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037287>
- Tsai, M., Kohlenberg, R., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W. & Callaghan, G. (2009). *A Guide to Functional Analytic Psychotherapy. Awareness, Courage, Love, and Behaviorism*. Washington, US: Springer. ISBN: 978-0-387-09786-2 (Print), 978-0-387-09787-9 (Online).

Recibido 02 de octubre de 2014
Revisión recibida 4 de noviembre de 2014
Aceptado 30 de noviembre de 2014

Reseña de la autora y del autor

Diana Melissa Quant-Quintero es psicóloga y especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Obtuvo su Magister en Psicología clínica y de la salud de la Universidad de Los Andes (Bogotá, Colombia). Ha realizado entrenamiento en formulación transdiagnóstica de caso, protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales y en tratamiento cognitivo conductual de trastornos de ansiedad y del estado del ánimo. Es líder del Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas de la Fundación Seré. Es miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos. Recibió mención de reconocimiento "Nuevo investigador" del Premio de Excelencia del Colegio Colombiano de Psicólogos en 2009.

Santiago Trujillo-Lemus es psicólogo graduado de la Universidad Católica de Pereira (Colombia) y especialista en Psicología clínica de la Universidad Católica de Colombia. Diplomado en Terapia cognitiva de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva, certificado en práctica avanzada de terapia racional emotivo-conductual del Instituto Albert Ellis de Nueva York. Es miembro del Colegio Colombiano de Psicólogos, de la Asociación Colombiana de Terapia Cognitiva y de la Red Mundial y Colombiana de Suicidiología. Es profesor honorífico del Instituto Superior de Estudios Psicológicos de España.

Primera publicación en línea (*e-print*): 24 de diciembre de 2014

Revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais em Psicologia *Revisión sistemática y meta-análisis de estudios observacionales en Psicología* *Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies in Psychology*

Gabriela Andrade da Silva

Emma Otta

Universidade Federal do Sul da Bahia, Brasil

Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo

O objetivo do presente trabalho foi levantar e sumarizar informações sobre metodologias para a realização de revisões sistemáticas e meta-análises de estudos observacionais, com considerações sobre o seu emprego e relevância na área da Psicologia. Revisão sistemática é uma revisão de literatura com base em uma pergunta de pesquisa, que usa métodos sistemáticos para a busca, seleção e avaliação crítica de estudos, resultando em uma sumarização. Meta-análise é um conjunto de técnicas estatísticas para combinar e sintetizar os resultados de dois ou mais estudos realizados de forma independente e selecionados em uma revisão sistemática. Essas metodologias têm elevada relevância na construção do conhecimento, por sintetizar informações de estudos publicados em diferentes fontes; diminuir o atraso entre as descobertas científicas e suas aplicações à prática profissional; e permitir testar novas hipóteses a partir dos dados já coletados. Foram descritas as etapas para realização de revisão sistemática. Os desafios específicos relacionados com a inclusão de estudos observacionais, bem como a aplicação desta técnica para o campo da Psicologia, foram abordados a fim de orientar os pesquisadores interessados em realizar revisões sistemáticas e meta-análises, bem como psicólogos, outros profissionais de saúde e gestores que buscam informações em evidências científicas para apoiar as suas práticas.

Palavras-chave: Prática clínica baseada em evidências, revisão, meta-análise, estudo observacional, metodologia, Psicologia

Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar y resumir la información sobre las metodologías para la realización de las revisiones sistemáticas y metanálisis de estudios observacionales con consideraciones sobre su uso y relevancia en el campo de la Psicología. Una revisión sistemática es una revisión de la literatura basada en una pregunta de investigación que utiliza métodos sistemáticos para la búsqueda, selección y evaluación crítica de los estudios incluidos, lo que resulta en una sumarización. Metanálisis es un conjunto de técnicas estadísticas para combinar y sintetizar los resultados de dos o más estudios realizados de forma independiente y seleccionados en una revisión sistemática. Estas metodologías tienen gran relevancia en la construcción del conocimiento, pues sintetizan la información de los estudios publicados en diferentes fuentes, disminuyen la demora entre los descubrimientos científicos y sus aplicaciones a la práctica profesional y permiten la prueba de nuevas hipótesis a partir de datos ya recogidos. Se describen los pasos para llevar a cabo una revisión sistemática. Han sido abordados los desafíos específicos relacionados con la inclusión de los estudios de observación y la aplicación de esta técnica en el campo de la Psicología, con el fin de guiar a los investigadores interesados en la realización de revisiones sistemáticas y metanálisis, así como psicólogos, otros profesionales de la salud y gestores que buscan información en la evidencia científica para apoyar sus prácticas.

Palabras clave: Práctica clínica basada en la evidencia, revisión, metanálisis, estudio observacional, metodología, Psicología

Gabriela Andrade da Silva, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Jorge Amado, Universidade Federal do Sul da Bahia, Itabuna, BA, Brasil.

Emma Otta, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Nota: Partes deste texto foram extraídas da tese de doutorado da primeira autora.

Agradecemos à Dra. Maria Imaculada Cardoso Sampaio pela colaboração no presente trabalho, sobretudo no tópico relativo às estratégias de busca; à Dra. Tamara Melnik, pelas importantes observações sobre metodologia para realização de revisões sistemáticas; e ao Dr. José de Oliveira Siqueira, pelas contribuições referentes às análises estatísticas.

A correspondência relacionada com este artigo dirige-se a Gabriela Andrade da Silva, direção eletrônica: gabriela.silva@ufsb.edu.br



Abstract

The objective of this study was to identify and summarize information on methodologies for conducting systematic reviews and meta-analysis of observational studies, with considerations about their use and relevance in the field of psychology. A systematic review is a literature review based on a research question that uses systematic methods for search, selection and critical appraisal of the included studies, resulting in a summarization. Meta-analysis is a set of statistical techniques to combine and synthesize the results of two or more independent studies, which were included in a systematic review. These methodologies have high relevance in the construction of scientific knowledge, because they synthesize information from studies published in different sources; decrease the delay between scientific discoveries and their applications to professional practice; and allow the testing of new hypotheses from data already collected. The steps to perform a systematic review are described. Specific challenges related to the inclusion of observational studies and the application of this technique to the field of psychology are addressed, in order to guide researchers interested in conducting systematic reviews and meta-analyses, as well as psychologists, other health professionals and managers who seek information on scientific evidence to support their practices.

Keywords: Evidence-based Practice, Review, Meta-analysis, Observational study, Methodology, Psychology

O presente artigo apresenta considerações sobre o uso de Revisões Sistemáticas (RS) e meta-análise no campo da Psicologia Baseada em Evidências, com foco na aplicação dessa técnica a estudos observacionais. O campo da Psicologia apresenta particularidades em relação a outras áreas de saúde, pois lida diretamente com a subjetividade, tanto dos indivíduos participantes da pesquisa, quanto do entrevistador, que pode exercer influência sobre a interpretação e mensuração dos fenômenos psicológicos. A observação já foi considerada uma técnica de menor valor que a experimentação, devido à interferência do pesquisador no meio pesquisado, que acarretaria perda da objetividade e rigor científico, mas atualmente, sua contribuição à Psicologia é considerada igualmente relevante, pois permite a compreensão dos comportamentos e seus determinantes, bem como das interações humanas (Cano & Sampaio, 2007).

Estudos observacionais são definidos, no presente artigo, como aqueles em que os investigadores não realizam uma intervenção, podendo incluir delineamentos descritivos, como estudos epidemiológicos, séries de casos e relatos de caso; analíticos, como estudos de coorte, caso-controle ou transversais; e de diagnóstico, prognóstico e acurácia de instrumentos clínicos ou de pesquisa (Holly, 2012). Dado o uso frequente de delineamentos observacionais em psicologia, contemplando diversos temas de interesse (Cano & Sampaio, 2007), a Psicologia Baseada em Evidências deve apropriar-se de métodos para sintetizar os resultados dessas evidências por meio de RS, facilitando a sua incorporação à prática profissional dos psicólogos e às políticas públicas.

Entende-se por revisão sistemática: “Uma revisão de uma pergunta claramente formulada que usa métodos sistemáticos e explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes; e coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão” (*The Cochrane Collaboration*, 2005, p. 45).

Meta-análise, também conhecida como revisão sistemática quantitativa, é um conjunto de técnicas estatísticas que permitem sintetizar os resultados de dois ou mais estudos realizados de forma independente e incluídos em uma RS. O emprego de meta-análise leva a novos resultados e a conclusões, que podem ser semelhantes ou diferentes das apontadas pelos estudos primários incluídos (Glass, 1976; *The Cochrane Collaboration*, 2005). Isso acontece porque, ao revisar a literatura de forma convencional, cada estudo conta como um voto favorável ou desfavorável a uma determinada hipótese, conforme o seu resultado positivo ou negativo. No entanto, o resultado negativo não é evidência da ausência de

efeito, mas sim ausência de evidência do efeito, ou seja, significa que o efeito, caso existente, não pôde ser detectado dentro dos limites da pesquisa. Um estudo pode falhar em alcançar resultados estatisticamente significativos por outras razões que não a ausência de efeito, como por exemplo o tamanho de amostra insuficiente. A meta-análise, porém, combina dados dos diferentes estudos, aumentando o poder estatístico do teste (O'Sullivan, 2010).

Diversas razões determinam a importância de se realizar RSs e meta-análises em Psicologia: (a) fornecer subsídio para as decisões de profissionais e usuários dos serviços, ampliando a eficiência das buscas por resultados de pesquisas científicas, pois sintetizam informações de estudos publicados em diferentes fontes; (b) diminuir o atraso entre as descobertas científicas e suas aplicações à prática profissional (Greenhalgh, 2008); (c) possibilitar a sumarização de dados de um grande número de estudos, que não poderiam ser abordados em uma revisão narrativa (O'Sullivan, 2010); (d) minimizar vieses nos resultados das revisões, ao adotar critérios explícitos para a busca e seleção de estudos primários, diferentemente de revisões narrativas; (e) estabelecer a possibilidade de generalização das descobertas científicas, por meio da comparação de resultados de diferentes estudos e verificação de sua consistência (Greenhalgh, 2008); (f) verificar o quanto uma nova iniciativa de pesquisa acrescentaria ao conhecimento científico, por meio do conhecimento abrangente da área que é proporcionado por uma RS (O'Sullivan, 2010); (g) testar hipóteses concretas por meio da combinação de estudos, com aplicação de meta-análise.

Organizações voltadas para a Prática Baseada em Evidências têm se empenhado em ampliar o número de RSs e meta-análises e elevar a sua qualidade metodológica. A Colaboração Cochrane, que atua principalmente na área médica, objetiva preparar, manter e assegurar o acesso a RSs sobre efeitos de intervenções em saúde. Com características semelhantes, a Colaboração Campbell objetiva oferecer apoio a políticos, gestores e demais profissionais na tomada de decisões em relação a programas de intervenção. Suas atividades são preparar, manter e promover acesso a RSs nas áreas de educação, justiça criminal, política, serviço social, psicologia e economia (Sánchez-Meca, Boruch, Petrosino & Rosa-Alcázar, 2002).

O foco da Colaboração Cochrane são as RSs e meta-análises sobre efetividade ou eficácia de intervenções na área de saúde, para as quais elaborou diretrizes consistentes, considerando o ensaio clínico aleatorizado ou padrão-ouro para a avaliação de diferentes formas de prevenção ou tratamento (Higgins & Green, 2011). Por exemplo, as psicoterapias têm sido avaliadas por RSs da Colaboração Cochrane quanto à sua eficácia e efetividade no tratamento de transtornos mentais (Melnik & Attalah, 2011). Paralelamente, a Colaboração Cochrane está elaborando diretrizes para RSs sobre a acurácia de testes diagnósticos (*Diagnostic Test Accuracy Working Group*, 2013). De acordo com a Colaboração Cochrane, ao avaliar o efeito de intervenções em saúde, RSs de estudos observacionais são recomendadas apenas em situações em que a realização de ensaios clínicos aleatorizados é difícil ou inadequada por razões éticas (Higgins & Green, 2011).

A concepção de que estudos observacionais produzem evidências de nível inferior às geradas por ECRs é bastante difundida, conforme mostram as pirâmides de evidências mais divulgadas na área de saúde. Pirâmides de evidências são representações gráficas de ordenações das pesquisas em níveis hierárquicos, conforme o campo ampliado correspondente à pergunta de pesquisa, à natureza e ao delineamento do estudo. O topo da pirâmide é ocupado por pesquisas que oferecem maior confiabilidade e a base ocupada por estudos metodologicamente menos confiáveis. Embora didáticas, essas representações devem ser relativizadas. Em razão da complexidade do campo da saúde – e, em especial, da Psi-

cológia – o estabelecimento de uma hierarquia rígida de níveis de evidência baseada no tipo de pesquisa pode ser considerado demasiadamente simplista.

Estudos observacionais podem ser os mais indicados para responder a perguntas de pesquisa que não estão relacionadas à avaliação de intervenções, como por exemplo: associação entre fatores de risco e ocorrência de uma condição, avaliação de instrumentos psicométricos ou de rastreamento, variáveis relacionadas ao prognóstico e pesquisas exploratórias. Também são adequados ao campo da epidemiologia, para determinar a prevalência ou incidência de uma determinada condição. Até mesmo no campo de pesquisa de avaliação da eficiência ou eficácia de intervenções, em que é praticamente consenso entre pesquisadores considerar o ensaio clínico aleatorizado como uma evidência de nível mais elevado que os estudos observacionais, uma RS que buscou meta-análises baseadas em ambos os delineamentos problematizou essa concepção, tendo concluído que, em cada questão clínica estudada, os resultados de estudos observacionais (de coorte ou caso-controle) foram semelhantes aos de ensaios clínicos aleatorizados (Concato, 2004). Além disso, ensaios clínicos aleatorizados, por seu rigor metodológico e necessidade de padronização, podem ser pouco precisos ao avaliar a eficiência das intervenções, embora apropriados para avaliar sua eficácia. Por exemplo, a efetividade de uma intervenção na comunidade pode ser diferente de sua eficácia em um contexto de ensaio controlado (Holly, 2012, Stroup et al., 2000); e populações minoritárias ou com maior vulnerabilidade, como mulheres e idosos, em geral não atendem aos critérios de inclusão de ensaios clínicos (Holly, 2012). Sugere-se, assim, substituir as hierarquias rígidas que estabelecem os chamados níveis de evidências pela criticidade do pesquisador, que deve identificar o grau em que os delineamentos são apropriados para responder à sua pergunta de pesquisa (Ho, Peterson & Masoudi, 2008).

O *Levels of Evidence Working Group* (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, OCEBM, 2011) construiu classificações de níveis de evidências de acordo com o delineamento para sete campos ampliados de pesquisa em saúde: estudos epidemiológicos, diagnóstico, prognóstico, benefícios de um tratamento, prejuízos de um tratamento e rastreamento. O documento advertiu que os níveis de evidência ocupados por cada delineamento podem variar. Por exemplo, estudos com qualidade baixa, imprecisão ou inconsistência entre eles, ou com tamanho de efeito muito pequeno devem ser graduados em níveis de evidência mais baixos. Da mesma maneira, estudos com tamanho de efeito grande podem ser graduados em níveis de evidência mais elevados. Em todos os campos ampliados de pesquisa, uma RS geralmente ocupa nível mais alto de evidência que um estudo individual. Considera-se a hierarquia de níveis de evidência proposta pela OCEBM ampla, podendo ser usada em diversos campos de pesquisa em saúde, e razoavelmente flexível. A figura 1 mostra um exemplo de pirâmide de níveis de evidência adaptado da hierarquia proposta pelo *Levels of Evidence Working Group* para estudos observacionais de prevalência ou incidência (Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, 2011).

Estudos observacionais produzem evidências relevantes para a construção do conhecimento científico em Psicologia e a importância de reuni-los em revisões sistemáticas e meta-análises vem sendo reconhecida. No entanto, ainda há necessidade de diretrizes metodológicas sobre RSs de estudos com diferentes delineamentos, populações e contextos, bem como métodos estatísticos para sintetizar os dados de estudos observacionais (Gülmezoglu, Say, Betrán, Villar & Piaggio, 2004). O presente trabalho objetivou levantar e sintetizar informações para a realização de RSs e meta-análises de estudos observacionais com boa qualidade, levantando considerações sobre o emprego dessas metodologias na área da Psicologia.

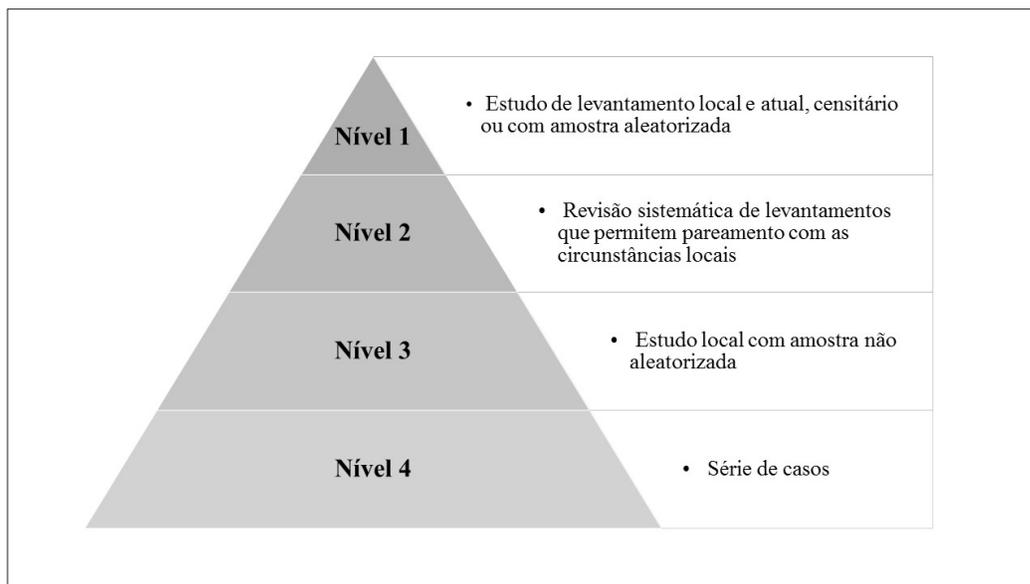


Figura 1. Pirâmide de níveis de evidência para responder à pergunta “Quão comum é o problema?”

(Adaptada de *Levels of Evidence Working Group, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*, 2011)

1. Formulação da pergunta de pesquisa e avaliação da necessidade da Revisões Sistemáticas

O primeiro passo para a realização de uma RS ou meta-análise é formular a pergunta de pesquisa, usando os elementos importantes para o delineamento do estudo. Alguns modelos têm sido propostos para auxiliar na definição das perguntas, em geral conhecidos por mnemônicos, como o PICO: Participantes, Intervenção, Controle e *Outcomes* (desfechos), que se aplica a questões sobre efetividade e/ou eficácia de intervenções (Greenhalgh, 2008; Higgins & Green, 2011; Saimbert, Pierce & Hargwood, 2012). No entanto, esse modelo nem sempre se aplica a estudos observacionais, pois nem todos preveem uma intervenção, de forma que a pergunta não tem um “I”. Dependendo do campo de pesquisa, a pergunta pode não ter um “C” (controle), como nos estudos sobre prognóstico (Saimbert, Pierce & Hargwood, 2012). Estudos sobre fatores de risco ou proteção precisam levar em conta a exposição “E” (Booth, 2006). Assim, outros modelos têm sido propostos para dar conta dos elementos relevantes a cada tipo de pergunta de pesquisa (Booth, 2004; Saimbert, Pierce & Hargwood, 2012). Cabe ao pesquisador identificar aquele que pode orientá-lo de forma adequada na definição da pergunta referente ao seu objeto de estudo, identificando os elementos importantes do delineamento científico.

Para ampliar a abrangência dos modelos, duas pesquisadoras brasileiras propuseram o modelo PVO, ou Participantes, Variáveis e *Outcomes* (desfechos) (Peres Biruel & Rocha Pinto, 2011). Esses três elementos constitutivos da pergunta devem ser determinados da seguinte maneira: **P - Participantes:** as características dos participantes que se deseja contemplar na investigação (ex.: adultos de sexo masculino, gestantes, idosos), bem como a condição ou problema investigado (ex.: depressão, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade generalizada). **V - Variáveis:** variáveis que serão usadas como controle ou como subgrupos de comparação de participantes, as quais podem ser usadas como filtro ou identificadas como categorias na construção da estratégia de pesquisa. **O - Outcomes (desfechos):** resultado verificado nos participantes, ou, mais precisamente, o indicador da modificação ou variação das condições dos participantes em relação às variáveis definidas. O tipo de desfecho de in-

teresse deve ser definido antes da busca de estudos, mas não deve ser incluído na pergunta de pesquisa, visto que será definido pelos resultados da mesma.

Após formular a pergunta de pesquisa, é preciso avaliar a necessidade da RS (Higgins & Green, 2011), verificando-se, por meio de consulta às bases de dados – sobretudo as especializadas em RS, como *The Cochrane Library* e a biblioteca da Colaboração Campbell –, a existência de outras RSs que possam responder à pergunta formulada. Caso existentes, estas devem ser avaliadas quanto à sua qualidade e data da última atualização. RSs pré-existentes de baixa qualidade são inadequadas para responder à pergunta de pesquisa, sendo necessária uma nova revisão. RSs antigas e de boa qualidade devem ser atualizadas à luz dos novos estudos.

2. Definição dos critérios de elegibilidade

Os critérios de elegibilidade orientam os revisores sobre qual é ou quais são os tipos de delineamento mais adequados para responder à pergunta de pesquisa, qual é o tipo de participante que o estudo deve incluir; e qual é o desfecho estudado (Higgins & Green, 2011). Ao estabelecer critérios de inclusão (características que fazem com que um determinado estudo seja admitido na revisão) e exclusão (características que levam à rejeição de um determinado estudo, uma vez que este preencha os critérios de inclusão) o revisor estabelece as condições para minimizar as chances de que o processo de seleção de estudos primários produza viés nos resultados. Por esse motivo, esses critérios devem ser definidos *a priori*, isto é, antes do início da coleta de dados, para evitar que a forma de seleção dos estudos produza viés nos resultados.

3. Definição de estratégias de busca

A busca sistemática é orientada pela pergunta de pesquisa e sua estratégia deve ser construída, preferencialmente, em conjunto com um bibliotecário com experiência em RS. Para mapear todo o conhecimento científico disponível na área, deve ser incluído o maior número possível de bases de dados que indexem trabalhos científicos, mesmo gerando sobreposição entre os resultados retornados. O conhecimento das bases de dados da área em que está sendo feita a revisão é de suma importância para que se maximize o número de estudos localizados sobre o tema pesquisado. No campo da Psicologia, a PsycINFO, Psycodoc e BVS-PSI ULAPSI são referências; bases de dados eletrônicas da Medicina, da Educação ou de ciência em geral também devem ser consultadas, como por exemplo: ISI Web of Knowledge, SCOPUS, Lilacs, PubMed, EMBASE e ERIC.

Além do uso das bases de dados eletrônicas e das listas de referências bibliográficas dos estudos encontrados, recomenda-se a busca na chamada “literatura cinzenta” (em inglês *gray literature*), ou seja: teses e dissertações (podendo-se usar acervos eletrônicos como a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações ou o *Dissertation Abstracts*), anais de eventos e contato com os principais especialistas da área, para verificar se conhecem outros estudos em andamento ou ainda não publicados. Estudos em andamento, embora não tenham seus resultados incluídos na RS, devem ser referenciados para contribuir com futuras atualizações (Higgins & Green, 2011). A literatura cinzenta deve ser analisada com cuidado, visto que não é submetida à revisão rigorosa realizada por pareceristas de periódicos científicos.

Ao relatar a busca sistemática, o revisor deve indicar as fontes consultadas, a estratégia de busca em cada fonte, as datas das consultas, se houve limitação idiomática e o marco temporal. Recomenda-

se evitar restrições na busca, como a limitação idiomática ou de ano de publicação, pois pode produzir viés nos resultados (Higgins & Green, 2011). Sugere-se, ainda, empreender esforços para identificar estudos de países em desenvolvimento, que têm maior chance de ser publicados em periódicos não indexados e em idiomas diferentes do inglês (Gülmezoglu et al., 2004), evitando o viés devido ao local em que os estudos foram realizados.

4. Seleção de estudos e coleta de dados

A fase de coleta de dados é realizada concomitantemente com a fase de identificação e seleção de estudos, para que a revisão seja atualizada durante todo o processo. Formulários padronizados devem conter a identificação do revisor, as referências dos estudos coletados e características dos estudos: método, participantes, variáveis, resultados.

Geralmente, o uso de múltiplas bases para a busca sistemática de trabalhos implica na localização de um número excessivo de registros, sobretudo em RS de estudos observacionais. Isso ocorre porque não é possível limitar a busca de acordo com o tipo de estudo, como é o caso de revisões sobre eficácia e efetividade de intervenções, que restringem os retornos a ensaios clínicos controlados. Assim, sugere-se que a seleção de estudos seja iniciada por um rastreamento de títulos e resumos (Gülmezoglu et al., 2004).

A eliminação de registros duplicados, decorrentes da inclusão de mais de uma base de dados, pode ser facilitada pelo uso de um *software* de gerenciamento, como por exemplo, o EndNote® Web¹ (*software* gratuito), cuja ferramenta “*find duplicates*” (encontrar duplicatas) compara os registros por meio dos seguintes campos: autor, ano, título e tipo de referência (ex.: artigo, livro, capítulo etc.). No entanto, essa identificação automática pode ser prejudicada pela diferença de formato nos registros de diferentes bases de dados. Por exemplo, autores com nomes originários da Península Ibérica e América Latina costumam ter dois sobrenomes e nem sempre os registros diferenciam corretamente aquele que deve ser usado nas citações. Portanto, após o uso de ferramenta automática para detecção das duplicatas, segue-se a fase de identificação manual, que muitas vezes se torna um processo exaustivo (Gülmezoglu et al., 2004).

A tarefa de seleção resulta na classificação dos estudos nos seguintes grupos: (a) **Identificados** – todos os localizados pela busca nas bases de dados; (b) **Não selecionados** – dentre os identificados, são aqueles que, conforme os títulos e resumos, claramente não preenchem os critérios de inclusão; (c) **Selecionados** – dentre os identificados, são aqueles cujos títulos e resumos indicam que, aparentemente, preenchem os critérios de inclusão; (d) **Excluídos** – selecionados pelo resumo, mas que não preenchem os critérios de inclusão, conforme avaliação do texto completo; (e) **Incluídos** – atendem a todos os critérios de inclusão, após a avaliação do texto completo (Higgins & Green, 2011).

Ao menos dois revisores devem participar do processo de seleção, realizando todas as etapas de forma independente. Em caso de divergências, pode-se buscar consenso, ou consultar um terceiro revisor. O grau de concordância entre eles deve ser avaliado por meio de testes estatísticos (Higgins & Green, 2011).

Ao relatar o processo de seleção de estudos, o revisor deve apresentar o fluxo de pesquisa, em

¹ <https://www.myendnoteweb.com/EndNoteWeb.html>

geral apresentado na forma de um diagrama, como o recomendado pela Declaração PRISMA² (Urrútia & Bonfill, 2010).

5. Análise de qualidade dos estudos incluídos

Os resultados e conclusões de uma RS ou meta-análise podem sofrer viés caso os estudos primários incluídos estejam enviesados (Shamliyan, Kane & Dickinson, 2010). Por isso, embora o termo qualidade tenha muitas concepções, para a finalidade de uma RS, pode-se conceber que está relacionado com o uso de procedimentos metodológicos para evitar viés (Sanderson, Tat & Higgins, 2007). Assim, o revisor deve avaliar a qualidade dos estudos primários incluídos na revisão. O método usado para essa avaliação deve ser definido antes do início da coleta de dados e apresentado no protocolo de pesquisa, juntamente com a fundamentação da escolha.

A maior parte dos instrumentos de avaliação da qualidade dos estudos incluídos em RS da área de saúde considera o ensaio clínico aleatorizado como padrão-ouro, por considerar que essa metodologia reduz o potencial de viés e variáveis de confusão. Assim, atribuem pontuações mais baixas a estudos com outros delineamentos, embora possam ser mais apropriados para responder a perguntas de pesquisa que não se referem à eficácia de intervenções (Baker, Young, Potter & Madan, 2010). Portanto, recomenda-se aos revisores buscar um instrumento de avaliação da qualidade adequado ao tipo de estudos incluídos na revisão.

Uma das principais diretrizes que orientam a avaliação de estudos observacionais é o STROBE³, um *checklist* de itens que devem constar dos relatos de estudos de coorte, caso-controle ou transversal (Elm et al., 2007). O objetivo do instrumento é estabelecer diretrizes para o relato de estudos observacionais. Conforme os próprios autores orientam, “embora a clareza do relato seja um pré-requisito para a avaliação, o *checklist* não é um instrumento para avaliar a qualidade de uma pesquisa observacional” (Elm et al., 2007, p. 248). Instrumentos que avaliam o relato buscam verificar se todas as informações importantes estão disponíveis ao leitor, enquanto aqueles que buscam avaliar a qualidade metodológica buscam verificar se foram adotados procedimentos que minimizem o risco de viés. Assim, é importante ter em mente que o revisor busca avaliar a validade do estudo e não necessariamente a qualidade do relato (Sanderson, Tat & Higgins, 2007), embora ambas estejam relacionadas em algum grau. Um exemplo dessa diferença é a amostragem: o STROBE considera correto qualquer artigo em que os critérios usados para compor a amostra estejam claros, mas em uma RS, deve ser atribuída maior qualidade a estudos observacionais que tenham usado amostra aleatória e não de conveniência.

Duas RSs localizaram 86 (Sanderson, Tat & Higgins, 2007) e 96 (Shamliyan, Kane & Dickinson, 2010) instrumentos para avaliar a qualidade metodológica de estudos observacionais. No entanto, constataram que não há um instrumento que tenha sido usado em ampla escala com essa finalidade (Sanderson, Tat & Higgins, 2007) e não há padrão-ouro para avaliar a validade interna ou externa de estudos observacionais (Shamliyan, Kane & Dickinson, 2010). Essas revisões também mostraram lacunas que comprometem o uso da maioria deles em futuras pesquisas, como a ausência de informação sobre

² <http://www.prisma-statement.org/2.1.4%20-%20PRISMA%20Flow%202009%20Diagram.pdf>

³ <http://www.strobe-statement.org/> (STROBE stands for an international, collaborative initiative of epidemiologists, methodologists, statisticians, researchers and journal editors involved in the conduct and dissemination of observational studies, with the common aim of Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology).

como foram desenvolvidos e de dados sobre a sua validade. Além disso, diversos instrumentos foram desenvolvidos para estudos específicos, limitando suas possibilidades de aplicação a outros contextos.

Ao revisor que busca um instrumento adequado para avaliação da qualidade metodológica de estudos observacionais, sugere-se consultar as tabelas 5, 6 e 7 do artigo de Sanderson, Tat e Higgins (2007), que sumarizaram os 86 instrumentos encontrados na RS para avaliação de qualidade de estudos observacionais, 13 deles desenvolvidos especificamente com o objetivo de uso em RSs. Os instrumentos para avaliação da qualidade de pesquisas foram classificados em quantitativos, na forma de escalas que produzem uma pontuação; qualitativos, na forma de um *checklist*, ou qualitativos que podem ser resumidos em uma decisão, ou seja, *checklists* que permitem classificar os estudos em categorias, como “baixa”, “média” e “alta” qualidade.

O emprego de escalas para avaliação quantitativa permite que as pontuações sejam usadas como fator de ponderação na análise estatística dos resultados de uma meta-análise, atribuindo-se maior peso aos trabalhos de melhor qualidade. No entanto, é discutível se essa pontuação é realmente representativa, permitindo comparar a qualidade metodológica dos artigos científicos. A quantificação implica em se estabelecer um peso para cada item da escala, o qual é incerto, por não ser possível a comparação com um padrão-ouro para aferir sua validade. As ponderações usadas nas escalas se mostraram inconsistentes em RS (Sanderson, Tat & Higgins, 2007).

Uma RS (Shamliyan, Kane & Dickinson, 2010) constatou que apenas cinco instrumentos se propuseram a avaliar a qualidade metodológica de estudos de prevalência ou incidência, sendo que apenas um (Loney, Chambers, Bennett, Roberts & Stratford, 1998) era aplicável a qualquer tipo de estudo de incidência ou prevalência em saúde. Para esse propósito, recomenda-se o uso da escala de Gianakopoulos, Rammelsberg, Eberhard e Schmitter (2012), publicada posteriormente à RS. Embora tenha a desvantagem de ser baseada em abordagem quantitativa (pontuação), essa escala de aplicação rápida (média de oito minutos) permite avaliar estudos de incidência ou prevalência quanto à sua amostragem, mensuração e análise e obteve concordância satisfatória entre revisores.

Ao escolher um método para avaliação da qualidade metodológica de estudos observacionais incluídos em uma RS, sugere-se aos revisores, na medida do possível, buscar um instrumento que (a) inclua um número pequeno de domínios avaliados; (b) seja específico em relação ao delineamento e área de estudo; (c) seja um *checklist* qualitativo e não uma escala quantitativa; e (d) tenha tido um desenvolvimento cuidadoso e/ou evidências de sua validade e confiabilidade (Sanderson, Tat & Higgins, 2007). Nas RSs em Psicologia e saúde mental, considera-se fundamental que o instrumento avalie também a forma como o diagnóstico foi realizado, devido à complexidade de se definir transtornos mentais de forma operacional e à existência de diversos instrumentos para identificá-los e mensurá-los, todos com considerável possibilidade de viés decorrente da subjetividade do avaliador e do participante.

Escalas de auto-avaliação (isto é, constituídas de perguntas objetivas respondidas pelo próprio participante) são frequentes em estudos de Psicologia e seu uso deve ser condicionado à existência de informações satisfatórias sobre a sua validade, verificada por estudos que tenham determinado a acurácia (Greenhalgh, 2008; Holly, 2012). Até mesmo instrumentos de auto-avaliação devidamente validados tendem a superestimar a ocorrência de transtornos mentais nas populações de estudo. Isso ocorre porque, em geral, são desenvolvidos para rastreamento em contexto clínico, em que é preferível encaminhar mais pessoas para avaliação profissional a deixar de identificar uma pessoa que pode apresentar um determinado problema. Assim, o ponto de corte costuma ser calculado de forma a evitar

falsos negativos, o que aumenta a probabilidade de falsos positivos. De fato, constatou-se que cerca de 50% das mulheres que obtiveram pontuação acima do ponto de corte na principal escala usada para identificar depressão pós-parto não apresentavam esse transtorno (Mathey, 2010) e que o uso de escalas de auto-avaliação produziu prevalências de depressão pós-parto significativamente maiores que o uso de critérios de diagnóstico baseados em entrevista clínica (Andrade da Silva, 2013). Portanto, estudos em Psicologia e saúde mental poderiam alcançar maior precisão ao avaliar os participantes por meio de entrevista clínica realizada por, no mínimo, dois profissionais de saúde mental treinados, trabalhando de forma independente e cegos para resultados de outros instrumentos, calculada sua taxa de concordância.

6. Avaliação do grau de heterogeneidade dos estudos incluídos

Críticas à meta-análise frequentemente levantaram o problema conhecido como “misturar maçãs e laranjas”, ou seja, combinar estudos sobre desfechos distintos, com metodologias distintas e cuja síntese em valor único, portanto, teria significado duvidoso do ponto de vista prático (Higgins & Green, 2011). Quando os estudos incluídos apresentam metodologias demasiadamente diferentes, não há sentido em sintetizar estatisticamente seus resultados.

Considera-se heterogeneidade qualquer tipo de variabilidade entre os estudos incluídos em uma RS. Heterogeneidade estatística é o termo específico que se refere a uma consequência da variabilidade clínica (variabilidade entre participantes) e/ou metodológica (diferenças quanto ao delineamento e qualidade dos estudos incluídos) (Higgins & Green, 2011).

RSs de estudos observacionais costumam apresentar elevada heterogeneidade, devido às diferenças metodológicas entre os estudos incluídos, de forma que muitas têm a síntese estatística (meta-análise) inviabilizada (Giannakopoulos et al., 2012). Assim, nas meta-análises de estudos observacionais, é fundamental que a heterogeneidade seja avaliada qualitativamente e quantitativamente, por meio de ferramentas estatísticas, como o teste de qui-quadrado, procedimento que testa a hipótese de que os desfechos são iguais em todos os estudos. Outro parâmetro que pode ser usado é o I^2 ($I^2 = [(Q - gI)/Q] \times 100\%$, onde Q = valor do qui-quadrado, gI = graus de liberdade do teste), que descreve a porcentagem de variabilidade nas estimativas de efeito que se devem à heterogeneidade, e não ao erro de amostragem (acaso). Considera-se que valores acima de 50% indicam heterogeneidade substancial (Higgins & Thompson, 2002; Higgins & Green, 2011) e que, nesses casos, a análise qualitativa é mais indicada, dispensando-se a meta-análise.

Visualmente, a heterogeneidade pode ser observada nos gráficos de floresta (Anzures-Cabrera & Higgins, 2010; Lewis & Clarke, 2001), construídos a partir da estimativa pontual de cada estudo e do intervalo de confiança (95%). Um exemplo de gráfico de floresta pode ser visualizado na figura 2. Esse gráfico, em geral, usa quadrados para representar as estimativas pontuais de cada estudo. Linhas horizontais, que interceptam esses quadrados, representam as estimativas intervalares (intervalo de confiança a 95%). O valor médio, que sintetiza os resultados dos estudos incluídos, é representado por um losango na parte inferior do gráfico. Valores atípicos (outliers) podem ser identificados visualmente nos gráficos de floresta. Recomenda-se que não sejam excluídos em busca de maior homogeneidade, pois o procedimento de excluir estudos com base em seus resultados pode gerar viés (Higgins & Green, 2011). Pode-se avaliar o impacto dos outliers na análise de sensibilidade, conforme explicado na seção 7 do presente artigo.

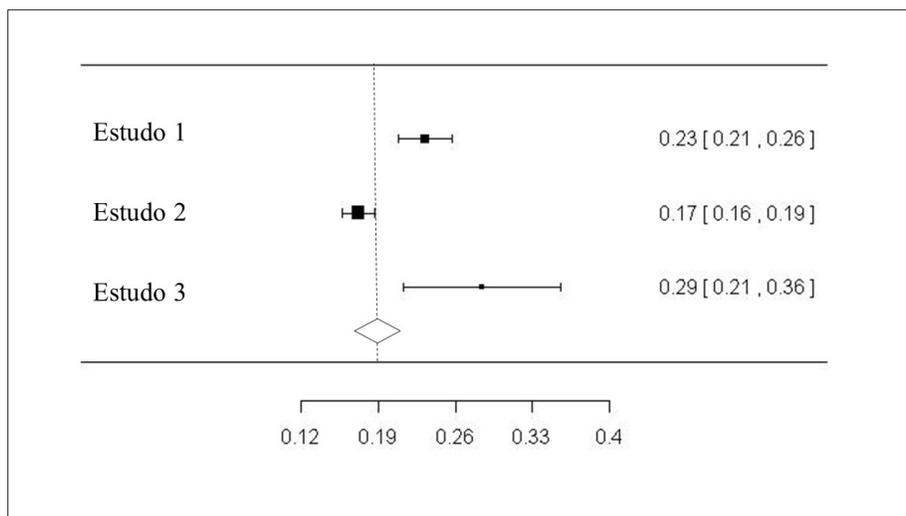


Figura 2. Exemplo fictício de gráfico de floresta. Os quadrados representam as estimativas pontuais dos estudos incluídos, as linhas representam os respectivos intervalos de confiança e o losango “diamante” representa a síntese estatística.

Um dos fatores relacionados à heterogeneidade é o viés de publicação, isto é, desvio nos resultados que ocorre quando os estudos publicados não representam adequadamente o universo de trabalhos realizados sobre um determinado assunto (Delgado-Rodríguez, 2001). Trabalhos sem evidência de efeito ou com efeito em direção oposta à esperada pelos pesquisadores teriam menor chance de ser publicados, porque o pesquisador não submeteu o trabalho a periódicos científicos ou porque foi recusado pelos pareceristas (Csada, James & Espie, 1996; Rosenthal, 1979; Stroup et al., 2000). Provavelmente, esse viés é mais comum em estudos caso-controle ou de coorte, em que há uma direção de efeito esperada pelo pesquisador, que em estudos psicométricos, de prevalência e de incidência. No entanto, revisões de todos os tipos de delineamento estão sujeitas a outro tipo de viés de publicação, relacionado ao local de origem.

A expressão “viés de publicação contra o Sul” tem sido usada para referir-se à desproporção entre a produção científica de países de renda alta (referidos como “Norte”) e os de renda média ou baixa (referidos como “Sul”). Foram apontados quatro motivos para essa diferença: (1) menores investimentos financeiros em pesquisa e consequente “fuga de cérebros” de países “do Sul”; (2) menor pressão em países “do Sul” que em países “do Norte” pela publicação de artigos; (3) os delineamentos escolhidos por autores de países “do Sul” seriam, em geral, os menos valorizados na literatura internacional, como estudos qualitativos e observacionais em detrimento dos experimentais; (4) menor chance de publicação de artigos produzidos em países “do Sul” nos periódicos “do Norte”, devido a preconceito dos editores e pareceristas, chamado “racismo editorial” (Victoria & Moreira, 2006).

Dados estatísticos corroboraram a afirmação de que países em desenvolvimento apresentam menor produção científica. Uma revisão bibliométrica verificou que apenas 7,9% dos artigos científicos da área de saúde publicados entre 1992 e 2001 eram de países de renda média e 2,7% de países de renda baixa (Paraje, Sadana & Karam, 2005). Em Psicologia da saúde, constatou-se que países europeus, Estados Unidos da América, Japão e Austrália são responsáveis por 90% das pesquisas (Kern de Castro

& Bornholdt, 2004). A menor chance de publicação de artigos de países latino-americanos, quando comparados aos de outros países, aparentemente não se justifica por uma eventual diferença na qualidade dos estudos, visto que uma revisão que comparou a qualidade metodológica e da apresentação dos resultados de artigos latino-americanos e de outros países não encontrou diferença significativa entre os dois estratos (Sampaio, 2013). O viés de publicação referente ao local de origem pode comprometer significativamente a elaboração de programas e políticas públicas no campo da Psicologia nos países em desenvolvimento, visto que estes apresentam contexto ambiental, social e cultural diferente de países desenvolvidos, o que limita a generalização dos resultados das pesquisas.

Técnicas estatísticas permitem avaliar o possível impacto do viés de publicação. Uma delas é o *fail-safe number* (número a prova de falhas), ou seja, o cálculo do número de estudos com resultado nulo, não publicados ou não localizados, que seria necessário para alterar o resultado da meta-análise (Orwin, 1983). Outra forma de investigar o viés de publicação é o gráfico de funil (Anzures-Cabrera & Higgins, 2010; Egger, Smith, Schneider & Minder, 1997; Higgins & Green, 2011), que relaciona os resultados dos estudos com o tamanho da amostra ou o erro padrão. Parte-se do pressuposto de que estudos com amostras maiores apresentam maior precisão, enquanto estudos com pequenas amostras tendem a apresentar dispersão aleatória simétrica em relação ao resultado médio encontrado na meta-análise, de forma que os pontos do gráfico assumem o formato de um funil. Formatos assimétricos podem indicar vieses de publicação ou de outros tipos, como por exemplo: baixa qualidade metodológica dos estudos com amostras pequenas, ou variabilidade ao acaso (Higgins & Green, 2011). Um exemplo de gráfico de funil, extraído da Tese de Doutorado de Andrade da Silva (2013), pode ser encontrado na figura 3. Foi investigada a prevalência de depressão pós-parto por meio de revisão sistemática de literatura, mantendo-se registro da cidade e país em que o estudo foi realizado, quando essa informação estava disponível. O gráfico A mostra a prevalência em cada estudo, em relação ao erro padrão, e os pontos se distanciam do formato de funil, indicando heterogeneidade elevada. Nos gráficos B e C, o país e a cidade, respectivamente, foram inseridos como moderadores nos modelos, obtendo-se dispersão que se aproxima do formato de funil, indicando menor heterogeneidade.

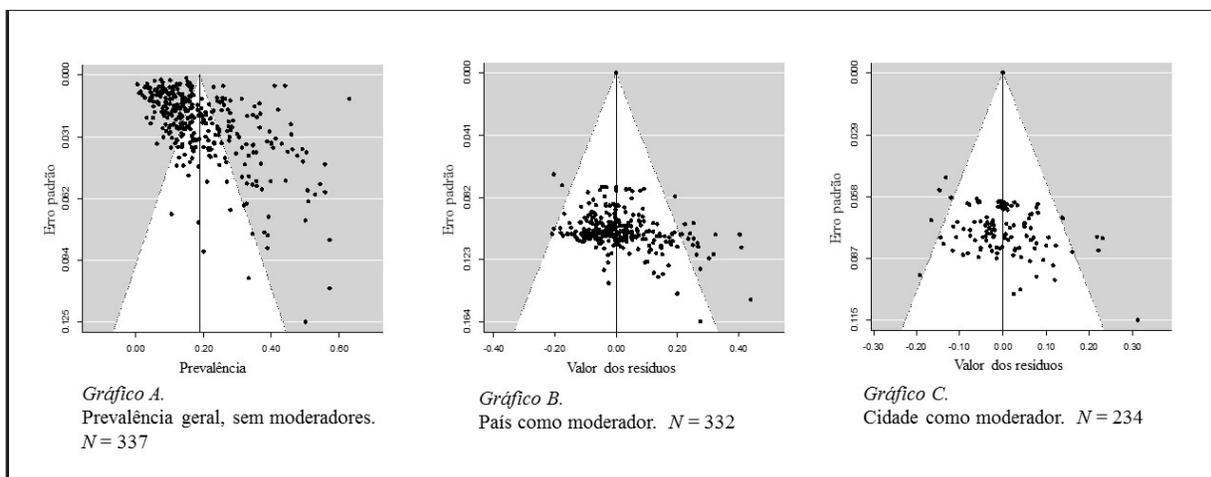


Figura 3. Gráficos de funil para avaliar heterogeneidade dos estudos incluídos em revisão sistemática sobre a prevalência de depressão pós-parto. Gráfico A: prevalências dos estudos incluídos em relação ao erro padrão. Gráfico B: resíduos em relação ao erro padrão, usando país como moderador; Gráfico C: resíduos em relação ao erro padrão, usando cidade como moderador. Figura extraída de Andrade da Silva, 2013.

Para viabilizar a síntese estatística dos resultados de estudos heterogêneos, é possível usar o modelo de efeitos aleatórios, método que combina os tamanhos de efeito dos estudos individuais, incorporando a heterogeneidade à estimativa síntese (construída a partir dos resultados dos estudos incluídos). Essa análise assume que os estudos incluídos na meta-análise são uma amostra tomada de uma população de estudos e não se parte do pressuposto de homogeneidade entre eles (Delgado-Rodríguez, 2001).

7. Síntese estatística dos resultados

A realização de meta-análise, caso prevista, deve ser planejada antes do início da coleta de dados, definindo-se a medida geral e os subgrupos de análise. Informações de cada estudo incluído deverão ser coletadas, como o tamanho do efeito da variável independente sobre as dependentes, o erro padrão e o tamanho da amostra. As análises estatísticas variam de acordo com o tipo de variável em questão (nominal, ordinal ou contínua) e com a pergunta de pesquisa. Os resultados de uma meta-análise são apresentados em três partes: descrição dos estudos, qualidade dos estudos e resultado das análises estatísticas. Além do resultado geral, indicando uma estimativa pontual e um intervalo de confiança para o desfecho, deverão ser apresentadas as análises por subgrupos, quando conveniente, e as análises de sensibilidade (Higgins & Green, 2011).

Análises de sensibilidade são ferramentas para investigar o quanto os resultados encontrados na meta-análise são sensíveis à metodologia que foi usada na RS. São calculados novos resultados, realizando-se mudanças nos critérios de inclusão ou na forma de coletar os dados, de forma a comparar e discutir a diferença entre esses resultados e os resultados originais da pesquisa. Procura-se, dessa maneira, obter maior segurança na aplicação prática dos resultados da meta-análise (Higgins & Green, 2011). Sugere-se realizar análises de sensibilidade levando em conta variáveis metodológicas, qualidade dos estudos e exclusão de *outliers*.

8. Discussão

A discussão deve conter uma síntese dos resultados obtidos, discutidos em relação ao tamanho e direção do efeito (Higgins & Green, 2011) e interpretados no contexto de outras evidências (Urrútia & Bonfill, 2010), indicando-se qual é o potencial de generalização dos resultados. Independentemente da confirmação ou rejeição das hipóteses de pesquisa, devem ser exploradas explicações alternativas aos resultados apresentados (Stroup et al., 2000).

É importante declarar também as limitações do estudo, ou seja, questões relacionadas ao risco de viés, considerando-se a qualidade metodológica dos estudos incluídos, a seleção de estudos e as variáveis de confusão (Stroup et al., 2000; Urrútia & Bonfill, 2010). Recomenda-se, ainda, que as RSs e meta-análises contenham em sua discussão as implicações para a prática profissional e a futura pesquisa na área (Higgins & Green, 2011).

Considerações finais

O presente trabalho levantou e sistematizou informações relevantes para a realização de RSs de estudos observacionais em Psicologia, procurando orientar pesquisadores interessados em realizar esse tipo de pesquisa, bem como psicólogos, outros profissionais de saúde e gestores que busquem informação em evidências científicas para subsidiar suas práticas. Foi abordada a importância de se realizar RSs e meta-análises, tanto para sumarizar as informações de diversas fontes e deixá-las mais acessíveis, quanto para testar novas hipóteses sobre os dados já coletados e publicados.

Considera-se que os esforços empregados por pesquisadores das áreas de medicina e enfermagem – nas quais as RSs são mais comuns – para criar diretrizes, protocolos e instrumentos para RSs e meta-análises trouxeram muitas contribuições para o emprego dessas metodologias em qualquer área de saúde. No entanto, no campo da Psicologia há algumas especificidades que precisam ser observadas pelos revisores, tais como a importância de se levar em consideração a subjetividade do pesquisador e dos participantes da pesquisa; a grande relevância dos estudos observacionais para a compreensão de fenômenos psicológicos; a complexidade de se avaliar a validade de instrumentos psicométricos e comparar técnicas de intervenção; e a necessidade de se incluir as bases de dados específicas da Psicologia na busca sistemática. A maior parte das recomendações metodológicas abordadas pelo presente artigo podem ser aplicadas às diversas áreas de saúde, mas foram abordadas também essas especificidades do campo da Psicologia.

Dada a importância dos estudos observacionais para a construção do conhecimento científico em Psicologia, foram abordados os principais desafios enfrentados por revisores ao realizar de RSs de estudos com esses delineamentos, tais como: (a) estabelecer os níveis de evidência de estudos observacionais para os diferentes campos de pesquisa, visto que as principais pirâmides de evidências se referem aos estudos sobre eficácia de intervenções; (b) identificar um modelo que oriente a formulação de uma pergunta de pesquisa; (c) lidar com o grande número de registros recuperados, que é frequente em RSs de estudos observacionais; (d) encontrar um bom instrumento para avaliação da qualidade metodológica dos estudos observacionais incluídos na revisão; (e) lidar com a alta heterogeneidade frequentemente encontrada entre os estudos incluídos, que pode dificultar a síntese estatística dos dados (meta-análise); e (f) avaliar criticamente a possibilidade de viés de publicação, ou seja, à possibilidade de existirem estudos não publicados por não terem apresentado evidências que dessem subsídio à hipótese de pesquisa, ou devido ao local de origem do estudo – o chamado “viés de publicação contra o sul” (Victora & Moreira, 2006).

É importante que o relato de uma RS documente todos os pontos importantes para a avaliação de sua validade pelos pesquisadores, profissionais e usuários interessados no assunto abordado por ela. Para elevar a qualidade do relato, recomenda-se seguir as diretrizes da Declaração PRISMA, um *checklist* criado por um grupo de pesquisadores com experiência em RSs e meta-análises e que deve ser usado por revisores, editores e pareceristas para elevar a qualidade do relato desses estudos (Urrútia & Bonfill, 2010). Considerando que RSs e meta-análises de estudos observacionais apresentam desafios particulares, relacionados aos vieses inerentes aos delineamentos de pesquisa, em 1997 foi realizado um *workshop* que reuniu especialistas em meta-análises de estudos observacionais para debater uma agenda incluindo questões sobre viés, busca sistemática, heterogeneidade, categorização de estudos e métodos estatísticos. Esse grupo, denominado *Meta-Analysis of Observational Studies in Epidemiology* (MOOSE), gerou recomendações específicas para RSs de estudos observacionais (Stroup et al., 2000).

Ressalta-se que a RS é uma linha de pesquisa à qual o autor deverá dar continuidade. Portanto, não deve ser abandonada depois de concluída: precisa ser continuamente atualizada, acrescentando-se a ela novos estudos publicados (Higgins & Green, 2011). Sugere-se, ainda, buscar incluir a revisão em bases de dados específicas, como por exemplo, as bases de dados da Colaboração Cochrane e da Colaboração Campbell, para evitar a duplicação de esforços por outros autores.

Referências

- Andrade da Silva, G. (2013). *Prevalência de depressão pós-parto em países desenvolvidos e em desenvolvimento: contribuições metodológicas de uma metanálise* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-24052013-143728/>
- Anzures-Cabrera, J. & Higgins, J. (2010, Jan-Mar). Graphical displays for meta-analysis: An overview with suggestions for practice. *Research Synthesis Methods*, 1(1), 66-80. DOI: 10.1002/jrsm.6
- Baker, A., Young, K., Potter, J. & Madan, I. (2010). A review of grading systems for evidence-based guidelines produced by medical specialties. *Clinical Medicine*, 10(4), 358-363. doi: 10.7861/clinmedicine.10-4-358
- Peres Biruel, E. & Rocha Pinto, R. (2011). *Bibliotecário: Um profissional a serviço da pesquisa*. Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Biblioteconomia, Documentação e Ciência da Informação. Maceió, Alagoas, Brasil.
- Booth, A. (2004). Formulating answerable questions. In A. Booth & A. Brice (Eds). *Evidence-Based Practice for Information Professionals* (pp. 61-70). London, UK: Facet Publishing. Retrieved from <http://ebliptext.pbworks.com/>
- Booth, A. (2006). Clear and present questions: formulating questions for evidence based practice. *Library Hi Tech*, 24(3), 355-368. <http://dx.doi.org/10.1108/07378830610692127>
- Canó, D. S. & Sampaio, I. T. A. (2007). O método de observação na psicologia: considerações sobre a produção científica. *Interação em Psicologia*, 11(2), 199-210. Recuperado de <http://ufpr.br>
- Concato, J. (2004, Jul). Observational versus experimental studies: What's the evidence for a hierarchy? *The Journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 1(3), 341-347. doi:10.1602/neurorx.1.3.341
- Csada, R. D., James, P. C. & Espie, R. H. M. (1996, Sep). The "file drawer problem" of non-significant results: Does it apply to biological research? *Oikos*, 76(3), 591-593.
- Delgado-Rodríguez, M. (2001). Glossary on meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 534-536. doi:10.1136/jech.55.8.534
- Diagnostic Test Accuracy Working Group (2013). *Handbook for DTA Reviews*. Recuperado de <http://srda.cochrane.org/handbook-dta-reviews>
- Egger, M., Smith, G., Schneider, M. & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*, 315, 629-634. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Elm von, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. [STROBE Initiative] (2007, Oct). The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) Statement: Guidelines for reporting observational studies. *Annals of Internal Medicine*, 147(8), 573-577. doi:10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010
- Giannakopoulos, N., Rammelsberg, P., Eberhard, L. & Schmitter, M. (2012, Jun). A new instrument for assessing the quality of studies on prevalence. *Clinical Oral Investigations*, 16(3), 781-788. doi: 10.1007/s00784-011-0557-4
- Glass, G. (1976, Nov). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3-8.
- Greenhalgh, T. (2008). *Como ler artigos científicos: Fundamentos da medicina baseada em evidências* (Trad. A. P. Fajardo) Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Gülmezoglu, A. M., Say, L., Betrán, A. P., Villar, J., & Piaggio, G. (2004, Jul). WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: Methodological issues and challenges. *BMC Medical Research Methodology*, 4(16). doi:10.1186/1471-2288-4-16 Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/4/16>
- Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* [Version 5.1.0, atualizado em Março de 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Recuperado de www.cochrane-handbook.org

- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002, Jun). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539-1558. DOI: 10.1002/sim.1186
- Ho, P. M., Peterson, P. N. & Masoudi, F. A. (2008). Evaluating the evidence: Is there a rigid hierarchy? *Circulation*, 118, 1675-1684. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.721357
- Holly, C. (2012). Systematic review of observational evidence. In C. Holly, S. W. Salmond & M. K. Saimbert (Eds.), *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice* (pp. 189-208). New York, US: Springer. Retrieved from <http://www.midwiferycollege.org/>
- Kern de Castro, E. K. & Bornholdt, E. (set, 2004). Psicologia da saúde X psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1414-98932004000300007&script=sci_arttext
- Lewis, S. & Clarke, M. (2001, Jun). Forest plot: Trying to see the wood and the trees. *British Medical Journal*, 322, 1479-1480. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7300.1479>
- Loney, P., Chambers, L., Bennett, K., Roberts, J. & Stratford, P. (1998). Critical appraisal of the health research literature: Prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Diseases in Canada*, 19(4), 170-176. Retrieved from researchgate.net
- Mathey, S. (2010, Jan). Are we overpathologising motherhood? *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 263-266. doi:10.1016/j.jad.2009.05.004
- Melnik, T. & Atallah, A. (2011). *Psicologia baseada em evidências: Provas científicas da efetividade da psicoterapia*. São Paulo, Brasil: Santos.
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (2011). *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Author/ Levels of Evidence Working Group. Retrieved from <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Orwin, R. G. (1983). A fail-safe N for effect size in meta-analysis. *Journal of Educational Statistics*, 8(2), 157-159.
- O'Sullivan, D. (2010). Metanálise. En G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, J. A. Smith & V. G. Haase (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (Trad. F. R. Elizalde). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Paraje, G., Sadana, R., & Karam, G. (2005, May). Increasing international gaps in health-related publications. *Science*, 308, 959-960. Retrieved from researchgate.net
- Rosenthal, R. (1979, May). The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86(3), 638-641. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.86.3.638>
- Saimbert, M. K., Pierce, J., & Hargwood, P. (2012). Developing clinical questions for systematic reviews. In C. Holly, S. W. Salmond, & M. K. Saimbert (Eds.), *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice* (pp. 189-208). New York, US: Springer. Retrieved from <http://www.midwiferycollege.org/>
- Sampaio, M. I. C. (2013). *Qualidade de artigos incluídos em revisão sistemática: comparação entre latino-americanos e de outras regiões* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Brasil). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47132/tde-11122013-084214/>
- Sánchez-Meca, J., Boruch, R., Petrosino, A. & Rosa-Alcázar, A. (dic, 2002). La Colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 83, 44-48. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=896>
- Sanderson, S., Tat, I. D., & Higgins, J. P. (2007, Apr). Tools for assessing quality and susceptibility to bias in observational studies in epidemiology: a systematic review and annotated bibliography. *International Journal of Epidemiology*, 36(3), 666-676. doi: 10.1093/ije/dym018
- Shamliyan, T., Kane, R., & Dickinson, S. (2010, Oct). A systematic review of tools used to assess the quality of observational studies that examine incidence or prevalence and risk factors for diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(10) 1061-1070. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.014

Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D., ..., & Thacker, S. B. (2000, Apr). Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA*, 283(15), 2008-2012. doi:10.1001/jama.283.15.2008

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of Terms in The Cochrane Collaboration* [Version 4.2.5]. Recuperado de <http://www.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

Urrútia, G. & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 135(11), 507-511. Recuperado de <http://www.prisma-statement.org/PRISMA%20Spanish%20Sept%202010.pdf>

Victora, C. & Moreira, C. (2006). Publicações científicas e as relações Norte-Sul: Racismo editorial? *Revista de Saúde Pública*, 40(N Esp), 36-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400006> Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32083>

Recebido 17 de julho de 2014
Revisão aceita 08 de janeiro de 2015
Aceitado 20 de janeiro de 2015

Resenha das autoras

Gabriela Andrade da Silva é Doutora em Psicologia Experimental e Professora Adjunta do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Jorge Amado da Universidade Federal do Sul da Bahia. E-mail: gabriela.silva@gmail.com

Emma Otta é Doutora em Psicologia Experimental e Professora Titular do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. E-mail: emmaotta@gmail.com

Primeira publicação online: 16 de março de 2015

Recomendaciones en el diseño, la ejecución y la publicación de investigaciones en Psicología y ciencias del comportamiento

Guidelines for Designing, Executing and Reporting in Psychological and Behavioral Science Research

César A. Acevedo-Triana

Wilson López-López

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Fernando Cárdenas Parra

Universidad de los Andes, Colombia

Resumen

Las prácticas inadecuadas en la investigación han repercutido en el estatus científico del conocimiento en Psicología y ciencias del comportamiento en general. Este artículo tiene como propósito mostrar algunos mecanismos que podrían ayudar a mejorar el proceso de investigación y la práctica profesional. El artículo se divide en tres secciones: primero, presentamos la Psicología como disciplina científica diferente a la pseudociencia con el fin de examinar y sugerir acciones para mantener este principio científico; segundo, se sugieren algunas recomendaciones en torno a la ejecución de las investigaciones y el proceso necesario de replicación y, tercero, proponemos el proceso de publicación de las investigaciones como mecanismo de autocorrección metodológica y teórica. A modo general, existe una discusión constante, que más allá de realizar cuestionamientos epistemológicos, se refiere a una revisión profunda de principios y prácticas que sustentan los hallazgos derivados de las investigaciones; además, la visión de integración de herramientas tecnológicas superan barreras de acceso al consumo, producción y difusión del conocimiento.

Palabras clave: Psicología basada en la evidencia, investigación, publicación, buenas prácticas

Abstract

Bad practices in psychological research have affected the scientific status of knowledge in Psychology and the Behavioral Sciences. This paper aims to show some mechanisms that could improve both the research process and professional practice. The paper is divided into three sections: first, Psychology as scientific activity in opposition to pseudoscience, that examines and suggests actions to maintain this scientific principle; second, some recommendations on the research process and its replication; and third, the process of publishing research as a methodological and theoretical mechanism for self-correction. In general, there is constant discussion, beyond the scope of epistemological questions, concerning the review of principles and practices supporting research findings, and on the other hand, the vision of integrating technological tools to overcome barriers to accessing consumption, production and dissemination of psychological knowledge.

Keywords: Evidence-Based Psychology, Research, Publishing, Best Practices

César A. Acevedo-Triana y Wilson López-López, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; Fernando Cárdenas Parra, Laboratorio de Neurociencia y comportamiento, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de los Andes, Colombia.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a César A. Acevedo-Triana, dirección electrónica: cesar.acevedo@javeriana.edu.co



El objetivo de este artículo es presentar mecanismos que mejoren el ejercicio de la investigación (diseño, ejecución y reporte) en Psicología y de entenderla como una disciplina científica enmarcada en el uso de métodos sistemáticos con el fin de generar conocimiento verificado y contrastado empíricamente. Esta definición no intenta realizar una distinción epistemológica al interior de los paradigmas de la Psicología, sino una serie de recomendaciones que ayudarán a mejorar los procesos sistemáticos y rigurosos de investigación al interior de nuestra disciplina (Bunge, 2007), que, al contrario, reconoce los métodos utilizados en el proceso de investigación como ampliamente diversos y compartidos con otras áreas (Cumming, 2014; Goldenberg, 2006). Así, solo la rigurosidad del proceso y la estandarización de los métodos pueden asegurar una investigación válida (Clark-Carter, 2002). Debido a lo anterior, y a pesar de esta rigurosidad, no siempre resulta posible asegurar que los resultados de las investigaciones reportan fenómenos de forma consistente (Ioannidis, 2012).

Por causa de la falta de confiabilidad en las investigaciones, en diferentes disciplinas, se propuso que los reportes incluyan tres problemas principales: Primero, debido al proceso de publicación en sí mismo, únicamente se visibilizan algunos de los trabajos más representativos y solo las revistas de mayor divulgación logran influir en el tipo de conocimiento que se publica, lo que genera un sesgo en los artículos publicados (Cumming, 2014; Ferguson & Heene, 2012; Park, Peacey & Munafo, 2014). El segundo problema consiste en que muchos de los hallazgos están soportados en análisis e ideas incorrectas de interpretación o con poco cuidado en el diseño y el análisis de los procedimientos estadísticos, lo que lleva al tercer problema, que es el bajo nivel de replicación de los estudios. Las áreas del comportamiento, en comparación con otras disciplinas científicas, en general, presentan una menor frecuencia en poder replicar sus estudios o reporte de fenómenos de manera consistente (Cumming, 2014; Ioannidis, 2005).

La enunciación de estos problemas, sustentada en prácticas inadecuadas, ha creado una deficiente imagen de las investigaciones en ciencias comportamentales debido a los sesgos en el proceso de la investigación, en la recolección de datos y su publicación o en la identificación de fraudes. Esto lleva a proponer que la gran mayoría de los hallazgos de las investigaciones son falsos (Callaway, 2011; Fiedler, Kutzner, & Krueger, 2012; Ioannidis, 2005; Simmons, Nelson, & Simonsohn, 2011; Stroebe, Postmes, & Spears, 2012; Yong, 2012a, 2012b). Además, la idea de que las teorías no siempre tienen un amplio respaldo empírico, puede constituir serios conflictos en la denominación de la Psicología como una ciencia (Fiedler et al., 2012; LeBel et al., 2013). Desde esta concepción, surgió el concepto de la Psicología basada en la evidencia, tomado de la práctica médica “Medicina basada en evidencia”, la cual alude a que la evidencia constituye “hechos” o “datos” que apoyan o rechazan teorías o paradigmas (Goldenberg, 2006).

Este modelo de evidencia plantea varios aspectos que se extrapolaron de la Medicina a otros campos como la Psicología o las ciencias de la conducta para mejorar tanto el nivel de aplicación de desarrollos como la disciplina. Si bien, la evidencia empírica permite, principalmente, acotar el alcance de las teorías, también, sirve como una forma de evidencia sobre fenómenos que pueden ser contrastados, lo que potencialmente abre la puerta a estudios similares que validen los resultados.

Así, el modelo basado en la evidencia aporta cinco ideas centrales: Primero, que la elección de tratamientos en la práctica clínica debe estar apoyado en reportes de investigación (evidencia); segundo, que el tipo de desafío o problema clínico debe dirigir la investigación o el tipo de evidencia a investigar; tercero, que las herramientas de estadística y epidemiología deben guiar la elección de la evidencia;

cuarto, que la evidencia es útil si llega a ser aplicada y, quinto, que la evidencia requiere ser constantemente evaluada (Goldenberg, 2006). A pesar de que no todo el conocimiento en Psicología está directamente relacionado con la práctica clínica, resulta posible utilizar los principios también al interior de la investigación. Incluso, la mejora de los procesos de investigación puede mejorar, además, los datos en la aplicación del conocimiento.

Este artículo tiene como propósito brindar una serie de recomendaciones con el fin de mejorar la práctica en Psicología basada en lo reportado en la literatura científica y las medidas no convencionales. En varios de los aspectos en los que se divide este artículo, se han reportado extensivas revisiones que cita este artículo y que constituyen buenas fuentes para la profundidad de algunos de estos aspectos.

Psicología científica vs. pseudociencia en Psicología

La principal actividad de la ciencia constituye la producción de nuevos conocimientos que pueda ser contrastado empíricamente (Bunge, 2007; Frank & Saxe, 2012; Goldenberg, 2006; Park et al., 2014). Este proceso de verificación y contrastación pretende ratificar, modificar, corregir o refutar el cuerpo teórico y metodológico con el fin de la circulación de nuevas ideas, independientemente del área específico de conocimiento (Boulton, 2012; Goldenberg, 2006). Uno de los mecanismos que permite esta discusión y realimentación de los hallazgos es la revisión de pares utilizado en la revisión de artículos a publicar (Park et al., 2014). Aunque este mecanismo cuenta con algunas falencias –discutidas más adelante– tiene como fin la prevención, en la actividad científica del conocimiento denominado “pseudociencia”, que se caracteriza por la falta de verificación y refutación de hipótesis, puesto que el cuestionamiento realizado por expertos en el tema, que siguen detenidamente los procedimientos utilizados en un estudio o las conclusiones expuestas, permite asegurar, hasta cierto punto, que las publicaciones cumplan con un rigor que diferencia la mera especulación de un conocimiento sistemático (Bunge, 1991, 2007; Matute, Yarritu, & Vadillo, 2011).

A pesar de la intención de asegurar estos principios epistemológicos, el reporte de datos psicológicos y las dinámicas de publicación han llevado a un nivel muy bajo de publicación, que encierra datos nulos o negativos, y que reduce a la Psicología, lo que algunos autores consideran como la “falsación” de la Psicología y, por ende, la disminución de su estatus científico (Ferguson & Heene, 2012). Adicionalmente, la resistencia de las teorías a los datos empíricos, la falta de replicación y su bajo poder predictivo constituyen problemas muy graves al interior de la disciplina psicológica (Fiedler et al., 2012; Frank & Saxe, 2012).

Formulación del problema de investigación

Un aspecto relativamente simple, que genera un gran impacto en la investigación, es la formulación y la elección del problema a investigar. A pesar de ser una característica subjetiva (p.ej., intereses del investigador), existen algunas consideraciones que ayudan a evaluar la viabilidad y el impacto de la elección del problema de estudio. Alon (2009) y Acevedo-Triana (2013) presentan algunas recomendaciones para la evaluación de un “buen problema científico”, que encierra que la discusión completa, sensata, emocional y profunda del problema científico termine en la comprensión y la generación del conocimiento. Además, los problemas de investigación surgen al interior de una comunidad de investigadores (laboratorio, grupo de investigación, entre otros) y deben, p.ej., aprovechar el proceso de formación de los estudiantes, que forman gran parte de la fuerza de trabajo y que, por lo tanto, la optimización de estos esfuerzos termine beneficiando o favoreciendo este trabajo.

Alon (2009) propone para el análisis de una evaluación dos ejes: Primero, definir la factibilidad como alta o baja, entendida como la capacidad de gestión de recursos disponibles para la investigación. Esta clasificación está determinada por el análisis de los recursos físicos e intelectuales de la investigación. El segundo eje clasifica la ganancia en el conocimiento a nivel de grande o pequeña; debido a la limitación de los recursos de los laboratorios o los grupos, esta característica resulta necesaria. La disponibilidad de conocimiento y la habilidad para detectar vacíos o de encontrar hipótesis más poderosas generará mayor o menor grado de conocimiento. Alon (2009) termina con cuatro escenarios posibles y una clara ventaja en el análisis: El primer escenario, que presenta una alta factibilidad (gran cantidad de recursos) y una ganancia pequeña en el conocimiento, califica como escenario ideal para iniciar el proceso de entrenamiento y formación de los estudiantes. El segundo escenario, que presenta baja factibilidad y un alto nivel en el avance del conocimiento, sería un escenario ideal para la planeación a futuro de los objetivos que guían los intereses del grupo. El tercer escenario, que presenta alta factibilidad y un alto nivel en el avance del conocimiento, correspondería al escenario ideal para las investigaciones de ese grupo o laboratorio. Finalmente, el escenario que presenta baja factibilidad y poco avance en el conocimiento debería abandonarse por no representar una evaluación real y de impacto de estos problemas. En definitiva, el interés personal y la reflexión, más que los intereses institucionales, deberían colocar a largo plazo un objetivo motivacional en una línea de investigación.

En cuanto a la formulación, Gray y Wegner (2013) proponen algunos aspectos para desarrollar una investigación interesante: (a) Encontrar una pregunta relevante, como los fenómenos psicológicos novedosos, que siempre serán fuentes vivas de investigaciones; (b) de ser creativo y novedoso en los hechos; (c) en cuanto al método de las investigaciones, proponen el uso no convencional de pruebas e instrumentos; (d) los métodos estadísticos simples y (e) la simpleza y claridad en los reportes.

Más allá de lo novedoso del planteamiento, una característica fundamental en la formulación de las investigaciones de fenómenos psicológicos es de revisar epistemológicamente el objeto de la investigación. Específicamente, Haier (2014) se refiere, p.ej., a la imposibilidad de algunas investigaciones en el “aumento de la inteligencia por el entrenamiento cognitivo”, y alega que claramente existe un problema conceptual en la medición de la inteligencia y en el error categorial que se deriva del concepto de la inteligencia. En Psicología, la proliferación de conceptos no siempre claramente definidos plantea un desafío adicional en la formulación de las investigaciones, los métodos de investigación y los análisis que deben ser realizados.

Una de las características para mejorar la formulación de las investigaciones en Psicología en sus distintos campos es considerar los factores biológicos que podrían determinar el curso de la investigación (Butterworth & Kovas, 2013; Haier, 2014). Betterworth & Kovas (2013) mostraron que lo que tradicionalmente se enmarcó dentro de la etiqueta “dificultades intelectuales” fueron en realidad complejos fenómenos genéticos, cerebrales o cognitivos y que, a partir de tomar en cuenta las características biológicas, resultó posible trabajar en las dificultades puntuales y mejorar los pronósticos de recuperación. No solamente los fenómenos patológicos deberían tener en cuenta estos aspectos, sino la definición de los fenómenos psicológicos debería acompañarse de, p.ej., mediciones biológicas, más que construcciones, con el fin de aumentar la validez de los procesos a investigar (Haier, 2014).

Recomendaciones en torno a la ejecución y replicación

Controlar las expectativas del grupo control

Algunos de los primeros intentos en la investigación por asegurar el efecto de una condición o variable sobre otra (relación causal) fue aplicar una condición a un grupo (denominado tradicionalmente grupo experimental o de tratamiento) y un grupo sin esta condición (denominado grupo control). Sin embargo, la variable de aplicación o no aplicación podría sesgar los datos en Psicología, en tanto los pacientes en la práctica clínica, a diferencia de los estudios farmacológicos de doble ciego, normalmente conocen si están expuestos a un tratamiento o no (Boot, Simons, Stothart & Stutts, 2013). El efecto placebo, puede verse afectado en la práctica clínica psicológica por la expectativa que tiene un grupo de pacientes al recibir un tipo de tratamiento: Boot et al. (2013) mostraron cómo jugadores de videojuego, expuestos a diferentes tipos de tratamiento, variaron su desempeño dependiendo de las expectativas del resultado y no como resultado del entrenamiento en sí mismo, lo que sugiere que en Psicología, el grupo control es más que la condición de ausencia de tratamiento y propone un diseño con expectativas neutras, además de las implicaciones éticas de no ofrecer un tipo de tratamiento.

Aplicación de resultados

Una vez realizadas las investigaciones, es necesario determinar cuánto se aplican a una población determinada y de asegurar que los procesos metodológicos de la investigación son adecuados mediante un mecanismo de realimentación de las investigaciones. Para asegurar este mecanismo de realimentación fue propuesta que la replicación de los estudios debería dar como resultado la confirmación de un fenómeno y la corrección de posibles sesgos inherentes al proceso de investigación (Acevedo-Triana, 2012; Braver, Thoemmes & Rosenthal, 2014). Pero, contrario a lo que sucede en áreas de ciencias básicas, las ciencias sociales y específicamente la Psicología presentan una alta tasa de fallos en estudios que intentan replicar fenómenos aceptados ampliamente (Braver et al., 2014; Button et al., 2013; Yong, 2012b).

Yong (2012b) mostró que la proporción de artículos en Psicología que reportan resultados positivos como muy alto (más del 90%) en comparación con ciencias tradicionales que apenas llegan al 80%. Esto, junto con el reporte de fenómenos psicológicos que en raras oportunidades llegan a replicarse. Sin embargo, la evidencia de dichos reportes no suele ser atractiva para las revistas de alto impacto, por lo que la evidencia de estos fenómenos viene de la creación de organizaciones¹ encargadas de promover la realización de réplicas y el reporte de bajas tasas para posibilitar la replicación de los fenómenos estudiados (Frank & Saxe, 2012).

Un mecanismo para contrarrestar los fallos en la replicación, es utilizar los principios de los estudios de metanálisis para la evaluación de un hecho en particular; es decir, evaluar el tamaño del efecto de varios estudios para poder decidir en términos más globales, si el efecto que se generó a partir de un análisis es general, allí resulta fundamental la replicación de los estudios, sin importar si los datos estadísticos son iguales entre estudios, lo que genera como resultado un cambio en la concepción del “peso de la evidencia” en un estudio a un grupo de estudios (Braver et al., 2014).

Al no ser suficiente la replicación para asegurar una investigación adecuada, el uso correcto de procedimientos estadísticos resulta ser una parte fundamental en este procedimiento.

¹ www.psychfiledrawer.org

Herramientas estadísticas para asegurar la especificidad y sensibilidad de los efectos

Un mecanismo para salvaguardar la veracidad y la aplicación de los resultados consiste en aumentar la cantidad de medidas complementarias en la interpretación realizada a nivel de significancia (Nuzzo, 2014). Estas medidas incluyen el mejoramiento en las mediciones del error, el cálculo del tamaño del efecto o el poder estadístico (Braver et al., 2014; Button et al., 2013; Krzywinski & Altman, 2013b).

Uno de los principales problemas dentro del análisis de los resultados es el control del error α ⁽²⁾. El uso incorrecto de los métodos estadísticos lleva a la alta tasa de falsos positivos en las publicaciones de las ciencias del comportamiento (Fiedler et al., 2012; Simmons et al., 2011), aunque los intentos por disminuir la tasa de errores α pueden ayudar a aumentar la especificidad de las investigaciones, también pueden aumentar los niveles de los denominados “falsos negativos”³, lo que llevaría a un camino de multiplicar esfuerzos para encontrar explicaciones a los fenómenos investigados. Por lo tanto, el contraste y una discusión contextualizada en el control de los tipos de error es el camino favorable para mejorar los métodos de formulación y el análisis de hipótesis en las investigaciones (Fiedler et al., 2012).

Una de las vías para este control es tener en cuenta lo que se denomina el “poder estadístico”. Krzywinski & Altman (2013b) señalan que una prueba estadística con poder bajo puede no detectar efectos importantes y llevar a resultados falsos; o dicho de otra forma, con un poder bajo, se detectan únicamente efectos muy grandes. Lo anterior indica que el cálculo del poder resulta ser una medida complementaria y necesaria para la evaluación de hipótesis (Button et al., 2013; Krzywinski & Altman, 2013b).

Otra variable, que puede mejorar los parámetros estadísticos, es el tamaño de la muestra. En estudios psicológicos, los tamaños muestrales suelen ser bajos con respecto a áreas de biomedicina o genética. Este factor es clave en la inferencia realizada a partir de las pruebas estadísticas y que afecta principalmente la sensibilidad de la prueba (Krzywinski & Altman, 2013b). Además del tamaño muestral, el nivel de alfa y la lateralidad de la prueba (unilateral o bilateral) afectan el poder estadístico (Braver et al., 2014; Ioannidis, 2005; Nieuwenhuis, Forstmann, & Wagenmakers, 2011).

El auge del *p* hacking

Existen algunas prácticas que han llevado a una mala interpretación del peso real del valor p en las pruebas estadísticas, que resulta en altas tasas de falsos positivos (Nieuwenhuis et al., 2011; Simmons et al., 2011). Dentro de estas prácticas inadecuadas se encuentra lo que se conoce como “*p* hacking”, que refiere a la conducta de tratar de encontrar el valor p deseado, más que centrarse en la investigación misma; es decir, convertir el fin del proceso de la investigación en la obtención de un valor p establecido (Braver et al., 2014). Para contrarrestar estas prácticas, estos autores recomiendan el uso de curvas de p por mostrar el intento de sacar estos valores intencionalmente. Esta búsqueda excesiva en el valor p da la ilusión de que contar con una herramienta que encuentre inequívocamente un efecto o la ausencia de este y que esto lleva a perder la información de otras medidas, como p.ej., los intervalos de confianza. En una extensa revisión, documentación y ejercicios de simulación, Cumming (2014) mostró cómo, por

² El error α (error tipo I) entendido como el rechazo incorrecto de una hipótesis nula o la inferencia errónea de que los datos apoyan la existencia de una hipótesis alternativa (Fiedler et al., 2012).

³ El error β (error tipo II) entendido como el no rechazo de la hipótesis nula cuando esta es falsa y el rechazo de una hipótesis alternativa (Fiedler et al., 2012).

más que se repliquen los estudios, si el único criterio por tener en cuenta es el valor p , la probabilidad de encontrar un mismo valor es baja y sugiere evitar el uso de estas pruebas para encontrar un valor p preestablecido y más bien utilizar medidas como los intervalos de confianza, que informan, entre otras cosas, sobre los niveles de incertidumbre. Además, propone cambiar la formulación de las investigaciones, para pasar de, si existe un efecto en un determinado fenómeno o no, a cuánto de ese efecto presenta (Cumming, 2014; Simmons et al., 2011).

Herramientas de revisión estadística

Un aspecto adicional para disminuir los errores en el diseño y evitar el uso incorrecto de pruebas estadísticas o sus interpretaciones, es el entrenamiento continuo o la revisión de aspectos puntuales desde la perspectiva estadística de los investigadores. Una opción para la revisión de este tipo de temas fue propuesta por la revista *Nature Methods* que publica desde hace algunos meses una columna mensual, denominada *Points of Significance*⁴, sobre aspectos metodológicos con ejemplos y explicaciones simples de aspectos fundamentales de la teoría estadística (Editorial, 2013). Esta columna provee explicaciones de los tipos de pruebas y sus ventajas, el uso de gráficos y algunos datos o simuladores para la explicación de conceptos estadísticos básicos (Krzywinski & Altman, 2013a, 2013c, 2014a, 2014b; Streit & Gehlenborg, 2014).

Además de estas herramientas, la publicación de artículos metodológicos constituye una fuente constante de realimentación en cuanto a los fundamentos y los procedimientos al interior de las investigaciones. Perugini, Gallucci & Costantini (2014) sugieren el uso de métodos complementarios mediante la creación de manuales para programas estadísticos de acceso abierto, que reporten los aspectos de las investigaciones para mejorar el análisis del tamaño del efecto. Este tipo de iniciativas no solo surge en las publicaciones especializadas en metodología o áreas biológicas o de habla inglesa, sino, por el contrario, desde hace varios años, en revistas de Psicología general o especializadas en algunas áreas o de habla hispana se publican artículos metodológicos con el ánimo de fomentar la discusión y la explicación de herramientas estadísticas (Botella & Gambará, 2006; García-Cueto, 1994, 1996; Gempp & Saiz, 2014; Elosua Oñden, 2009; Wilcox, Vigen, Clark & Carlson, 2013).

Réplicas y su relación con el aumento del poder estadístico

Es muy poco probable que un único estudio dé cuenta completa de un hecho (Cumming, 2014). Las réplicas directas⁵ son un mecanismo ideal para realimentar y salvaguardar la veracidad de las investigaciones, así como asegurar que se trate de fenómenos reales y no enmascarados por sesgos en la investigación (Acevedo-Triana, 2012; Frank & Saxe, 2012; Koole & Lakens, 2012; Yong, 2012b). La falta de replicabilidad de los resultados publicados se suma con variables como “tendencias de publicación” o “sesgos de los editores” y genera la creencia de que un muy alto porcentaje de las investigaciones son falsas (Button et al., 2013; Ferguson & Heene, 2012; Ioannidis, 2005, 2012).

Dentro de las acciones que conllevan a generar los procesos erróneos de investigación, se encuentran los bajos niveles de poder estadístico con tres implicaciones principales: (a) La baja probabilidad de detectar un efecto real; es decir, que entre más bajo sea el poder de un estudio, menor el porcentaje de

⁴ <http://www.nature.com/nmeth/journal/v11/n7/full/nmeth.3005.html>

⁵ Repetición de diseño y métodos experimentales que conducen al reporte de un fenómeno de un investigador sin relación con el equipo o investigadores del estudio original (Frank & Saxe, 2012).

detectar este efecto (un poder de 0.2 corresponde solo al 20% de detección de los estudios); (b) el bajo valor denominado valor predictivo positivo⁶ y (c) una exageración de la estimación de un efecto (Button et al., 2013). Los estudios de bajo poder no permiten un avance en la investigación y, por el contrario, enmascaran efectos debido a su bajo poder de discriminación o la inflación de los resultados y terminan necesariamente en una baja probabilidad de replicación de los resultados (Button et al., 2013; Cumming, 2014)⁷.

Para mejorar este aspecto, es necesario que las investigaciones reporten todos los datos derivados del proceso de investigación, independiente del resultado; esto es, datos denominados “positivos” y “negativos”, así como las medidas necesarias para facilitar los estudios de metanálisis (poder, intervalos de confianza, tamaño de grupos, medidas de tendencia central y dispersión, entre otros). Parte de la explicación de por qué se utilizan únicamente los datos positivos está dada por la excesiva confianza que se le da a la prueba de significancia basada en el valor p (Cumming, 2014; Ferguson & Heene, 2012; Nuzzo, 2014).

Otro problema, que podría explicar la falla en la replicación de datos, es la dificultad de interpretar los datos negativos debido a que cuando no se logra el nivel de significancia, es poco lo que se puede afirmar acerca de la explicación de estos resultados (Ferguson & Heene, 2012; Ioannidis, 2012). Ferguson & Heene (2012) señalan que los sesgos a nivel de publicaciones no son únicamente perjudiciales, sino que los sesgos, en este mismo sentido pero a nivel de educación, generan un fenómeno denominado “irreplicabilidad teórica” (*undead theory*), que consiste en una teoría que se usa por resistir los intentos de replicabilidad y falsación, por ignorar datos empíricos en contra, por negar la validez de intentos de replicación fallida o con poca evidencia en los estudios de metanálisis.

Como se mencionó anteriormente, las tasas de resultados positivos en las ciencias del comportamiento son cinco veces más altas que las reportadas en las ciencias tradicionales (Yong, 2012b) y los análisis de correlación muestran una fuerte tendencia a reportar resultados positivos y sobrestimar los efectos de tamaño a partir de muestras pequeñas (Acevedo-Triana, 2012; Ferguson & Heene, 2012; Yong, 2012b).

Como alternativa para disminuir esta característica, en Psicología, diversos autores han señalado que el proceso de replicación se constituye al interior de los cursos de formación de los estudiantes como parte del proceso de entrenamiento en experimentación (Frank & Saxe, 2012; Koole & Lakens, 2012).

Además de generar un impacto directo en el proceso de formación de los investigadores, las réplicas pueden tener, incluso, impactos reales en las investigaciones originales. Los métodos tecnológicos recientes permiten réplicas a costos bajos (económico, espacio, sujetos) con altos niveles para la disciplina. Tales medios pueden ser páginas para el diseño de experimentos⁸ o consulta de estudios por replicar⁹ (Frank & Saxe, 2012).

Buhrmester, Kwang & Gosling (2011) realizaron un análisis sobre el uso de la plataforma *Amazon Mechanical Turk* como medio para la recolección y la confiabilidad de los datos en diversos estudios,

⁶ La probabilidad de hallar un efecto positivo debido a un fenómeno real (Button et al., 2013).

⁷ Para una mejor explicación y comprensión de las buenas prácticas en herramientas estadísticas que mejorarían el proceso de investigación, puede consultarse el artículo “*The new statistics: why and how*” (Cumming, 2014).

⁸ <https://www.mturk.com/mturk/welcome>

⁹ <http://www.psychfiledrawer.org>

que muestran niveles adecuados para su implementación en la investigación en línea.

El problema de las réplicas y su realización no puede reducirse únicamente a los investigadores, sino que las publicaciones (revistas, revisores, editores y demás actores del mundo editorial) pueden influenciar e incentivar en gran medida la publicación de este tipo de estudios (Braver, Thoemmes, & Rosenthal, 2014; Frank & Saxe, 2012; *Open Science Collaboration*, 2012). En la misma línea, para aumentar los niveles de replicación, Koole & Lakens (2012) proponen que el sistema editorial puede fomentar la replicación en tres niveles: Primero, publicar las réplicas en revistas de alto impacto con el fin de difundir, estimular e influenciar en la realización de estudios de este tipo; segundo, animar el uso de citación de estos trabajos para generar un verdadero mecanismo de contrastación y discusión académica y, tercero, de la misma forma que Frank & Saxe (2012) proponen incorporar dentro de los programas de formación un apartado especial para la replicación de estudios. Con lo anterior se busca, más que un evento aislado, una reforma que promueva una discusión activa y permanente y que se dirija a diseñar e implementar un sistema que incentive a los investigadores a realizar estudios de réplica.

Errores en el proceso de investigación

Es recurrente en los estudios de áreas biológicas y conductuales tomar varios niveles de análisis para aumentar la cantidad de medidas de un mismo fenómeno; es decir, una medición genética, celular, anatómica o comportamental, individual o en grupo. Aunque estas medidas podrían dar la sensación de tener certeza en la medición, comúnmente se utilizan pruebas estadísticas independientes sin tener en cuenta que participan los mismos individuos dentro de los diseños denominados “anidados” (Aarts, Verhage, Veenvliet, Dolan & Sluis van der, 2014). En investigaciones comportamentales, p.ej., la medición de niños dentro de clases y al interior de las escuelas son ejemplos de estos diseños anidados que requieren concepciones diferentes sobre el tamaño de la muestra y la cantidad de mediciones necesarias para disminuir la cantidad de los falsos positivos (Aarts et al., 2014).

Herramientas informáticas

Laboratorios virtuales

Uno de los campos más beneficiados con el desarrollo de tecnologías de los últimos 20 años, es el campo de la informática. A tal punto, que, incluso, dentro de diversas disciplinas (Biomedicina, Ingeniería, Inteligencia artificial, Neuroanatomía) que no tenían dentro de sus objetivos desarrollar herramientas informáticas, se redireccionaron parte de sus esfuerzos de su investigación en informática y tecnología. La aplicación para la Psicología se dio al poco tiempo de la difusión del internet.

Reips (2001) presenta la experiencia de uno de los primeros laboratorios experimentales en la web (*Web Experimental Psychology Lab*). Su reporte da una idea del intento por utilizar los recursos tecnológicos en la investigación en Psicología. Por ello, cada vez más se emplean pruebas utilizadas tradicionalmente en Psicología de tipo lápiz y papel a un medio informatizado. Este proceso, además de utilizar herramientas informáticas y automatizadas que presentan una ventaja, en la medida en que brindan una serie de herramientas visuales o auditivas, permiten controlar algunas variables de error, errores en el proceso de codificación, solución de problemas de almacenamiento, de codificación e incluso de análisis (Reips, 2001). Para el momento del reporte de Reips, existían, al menos, nueve sitios de laboratorios web, y a pesar de que los enlaces no funcionan en la actualidad, estos sitios se multiplicaron, lo que muestra el interés y el crecimiento del campo.

Pero no solo hay una proliferación de estos sitios para acceder a experimentos virtuales. Se generó una discusión de la aplicación que se ha desplazado de la utilidad potencial para la disciplina a la utilidad de ambientes de realidad virtual como un paradigma para el estudio de comportamientos (Slater et al., 2006), tratamientos e, incluso, como una herramienta válida para el estudio en modelos animales (Astur, Carew & Deaton, 2014; Coyle, Traynor & Solowij, 2014; De Lillo, Kirby & James, 2014; Mirrelman et al., 2013; O'Neil, Skeel, & Ustinova, 2013; Rovira, Swapp, Spanlang & Slater, 2009). Por lo tanto, la utilidad y la difusión de estos laboratorios en la web se da por su potencial en la investigación y en la pedagogía, al participar en investigaciones de gran escala y con la posibilidad de acceder a los resultados y la consulta a los autores. A continuación, presentamos algunos sitios que podrían tener varios experimentos de interés para el lector de diversos campos de la Psicología: *Experimental Psychology Lab*¹⁰, *Experimental Psychology Lab*¹¹, *Mental Control Lab - Online Study Links*¹², *Online Psychology Research*¹³, *Online Psychology Laboratory*¹⁴, *Psychology and Law Laboratory for Web-based Studies*¹⁵, *Psychological Research on the Net*¹⁶, *Web Experimental Psychology Lab*¹⁷ y *Yahoo Directory*¹⁸.

Software con aplicaciones prácticas

Existe una diferencia en el aprendizaje de competencias en áreas como la estadística en herramientas basadas en la computadora comparado con los métodos convencionales (González, Jover, Cobo & Muñoz, 2010; Sosa, Berger, Saw & Mary, 2010). Un apartado especial -que sobrepasa los alcances de este escrito- son los cursos virtuales, que realizan amplios análisis de las ventajas y la efectividad de estas herramientas (Larreameindy-Joerns, Leinhardt & Corredor, 2005), o los movimientos de los cursos masivos abiertos, denominados MOOCs (*Massive Open Online Courses*) que han generado una gran cantidad de debates en torno a sus fines pedagógicos, epistemológicos o de concepción de la educación (Clarà & Barberà, 2013).

Adicional a estos cursos, existen herramientas útiles en el desarrollo de los procesos de investigación, como el *software* G*Power 3.1¹⁹, que tiene como propósito analizar el poder de varios tests estadísticos. Los análisis que realizan son a priori al especificar algunos parámetros iniciales (α , $1 - \beta$ y el tamaño del efecto), el análisis de criterio, el análisis posthoc y de sensibilidad (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009).

Existen *software*, tanto libres como comerciales, que complementan el proceso de reporte de investigación mediante la visualización de los datos, que no están enmarcados como herramientas de

¹⁰ <http://iscience.deusto.es/archive/ulf/Lab/WebExpPsyLab.html>

¹¹ http://experimentalpsych.com/home/?page_id=13

¹² <http://mind.wjh.harvard.edu/links.html>

¹³ <http://www.onlinepsychresearch.co.uk/researchers/online-research-resources/>

¹⁴ <http://opl.apa.org/Experiments/AlphabetList.aspx>

¹⁵ <http://psychlaw.fiu.edu/research.asp>

¹⁶ <http://psych.hanover.edu/research/exponnet.html#top>

¹⁷ <http://78.158.56.101/archive/psychology/s.php@p=216&db=psychology.ltsn.ac.uk%253A417600556271.html>

¹⁸ http://dir.yahoo.com/social_science/psychology/research/tests_and_experiments/

¹⁹ <http://www.gpower.hhu.de/>

paquetes estadísticos. Una de estas herramientas es la denominada BoxPlotR²⁰, que permite visualmente abordar algunos datos estadísticos iniciales y la distribución de los datos mediante los denominados gráficos de cajas y bigotes (Krzywinski & Altman, 2014b; Spitzer, Wildenhain, Rappsilber, & Tyers, 2014). Krzywinski & Altman (2014a) recomiendan su uso por encima de otros gráficos utilizados tradicional y erróneamente (histogramas, barras de error, entre otros). Otras aplicaciones para, p.ej., las gráficas de otro orden pueden ser creadas a partir del sitio web EulerAPE²¹ (diagramas de Euler para ver intersecciones) o por medio de un visualizador de intersecciones²² (Lex & Gehlenborg, 2014).

Un grupo de aplicaciones finales para mejorar operativamente el proceso de investigación son las denominadas bitácoras virtuales o el *Electronic Lab Notebook* (ELN). Estos programas se consideran análogos a los registros o bitácoras de los laboratorios y tienen como finalidad organizar, agrupar y optimizar el proceso de investigación. A pesar de que la valoración puede depender de la investigación en sí, se reconocen como una práctica sistemática en el reporte de las investigaciones (Bird, Willoughby & Frey, 2013; Giles, 2012). Bird et al. (2013) mostraron que el aumento en la capacidad de colaboración, el desarrollo semántico y la guía del trabajo son competencias que pueden generarse a partir del uso de estas ayudas. Existen múltiples ejemplos en el mercado, en su gran mayoría con un interés comercial, tales como el iPadELN²³, el Open WetWare²⁴, los LabArchives²⁵, el eCat²⁶, el LabTrack²⁷, entre muchos otros.

Publicación de los datos de las investigaciones

Uno de los fenómenos que se deriva de los estudios a gran escala es la gran cantidad de datos generados que podrían beneficiar y disminuir la inversión de recursos en estudios previamente realizados. En áreas biomédicas, los estudios sobre niveles de expresión de genes en múltiples especies que se depositan en repositorios abiertos, permiten no solo comparar sus resultados con los de otros estudios, sino también han generado áreas como la Bioinformática, que se dedica a la exploración y minería de datos (Baker, 2012). En la Psicología, existen repositorios que permiten alojar los datos de una investigación (Figshare²⁸, Open Science Framework²⁹, Psych FileDrawer³⁰) o, incluso, revistas de acceso abierto³¹. Biomed Central publica la revista GigaScience³² que se dedica a la publicación de los denominados “*data*

²⁰ <http://boxplot.tyerslab.com/>

²¹ <http://www.eulerdiagrams.org/eulerAPE/>

²² <http://vcg.github.io/upset/>

²³ <http://www.ipadeln.com/demo.html>

²⁴ http://openwetware.org/wiki/Main_Page

²⁵ <http://www.labarchives.com/overview.php>

²⁶ http://www.researchspace.com/electronic-lab-notebook/what_create_share.html

²⁷ <http://www.labtrack.com/>

²⁸ www.figshare.com

²⁹ www.openscienceframework.org

³⁰ www.psychfiledrawer.org

³¹ <http://openpsychologydata.metajnl.com/>

³² <https://github.com/gigascience>

paper”, que son datos de investigación que potencialmente puedan ser reutilizados como un mecanismo de realimentación del conocimiento científico (Acevedo-Triana, 2012; Boulton, 2012; Cumming, 2014; Ioannidis, 2012). Estos procesos se han enmarcado en movimientos denominados *Open Access*, que promueven el acceso, distribución y uso abierto y libre de la información, por lo que no solo han permeado los campos editoriales, sino también la educación, las comunicaciones, la tecnología o la política, como iniciativas dirigidas por estos mismos principios (Boulton, 2012; Editorial, 2012b).

Existen ejemplos del intento por mejorar las prácticas en acciones encaminadas a la publicación y la difusión de los datos en las investigaciones. Perrino et al. (2013) muestran ejemplos para la estandarización y la difusión de datos derivados de procesos de investigación mediante el estudio *Collaborative Data Synthesis Study on Adolescent Depression Trials* financiado por el *National Institute of Mental Health* de los Estados Unidos, y que descubrieron que el compartir datos basados en una metodología de participación de múltiples expertos permite la construcción de un modelo para establecer y mantener un tipo de trabajo eficiente entre los actores del proceso de investigación. Una estrategia que acompaña o que puede mejorar el proceso de publicación de artículos se encuentra en las listas de chequeo que intentan estandarizar los procedimientos y los análisis realizados en las investigaciones (Editorial, 2005).

De los problemas derivados de las inadecuadas prácticas en la investigación, se encuentran los altos niveles de retractación presentes en las revistas de alto impacto, a tal punto de que Fang, Casadevall & Morrison (2011) propusieron un índice de retractación que se correlaciona de forma positiva con los niveles de impacto de las publicaciones. Una explicación a este fenómeno puede ser el intento por mostrar una investigación altamente novedosa y con resultados positivos, por inflar los datos o por tomar poca precaución en el análisis e interpretación de los datos, sin hablar de los intentos por publicar datos realmente falsos (Fang et al., 2011; Ferguson & Heene, 2012).

Proceso de publicación

Un apartado importante en el ejercicio de la investigación es la difusión de los resultados y el proceso de publicación. A pesar de que muchos de los mecanismos en el proceso de la publicación no están bajo el control de los investigadores, sino de las revistas, es importante conocerlos, debido a que, dependiendo del modelo de revisión y publicación de cada revista, se pueden generar algunos mecanismos para mejorar el ejercicio mismo de la investigación. Por ejemplo, revistas que solicitan los datos en bruto influyen directamente en la forma de cómo se concibe la recolección de la información. Por lo anterior, señalamos algunas ideas en torno a este proceso de publicación que consideramos relevantes y que potencialmente inciden en la investigación.

El proceso de revisión de pares es un proceso objetivo que intenta controlar el o los sesgos de las investigaciones con el fin de fomentar una práctica adecuada al interior de las comunidades científicas (Bornmann & Marx, 2013; Spier, 2002). Park et al. (2014) señalaron que el objetivo de la ciencia es avanzar en el conocimiento (tanto el aplicado, como el que tiene una posible aplicación *a posteriori*) y que una forma de validar este conocimiento es circularlo entre los investigadores y asegurar que las ideas sean adecuadas o corregirlas a partir de la crítica. Este mecanismo es posible mediante el proceso de revisión de pares (RP).

Básicamente, el proceso de RP plantea que cuando un autor escribe un artículo, otro autor, en una condición similar de experticia, es capaz de emitir una evaluación objetiva y omitir la identidad e iden-

tificación del autor que se evalúa. Es una práctica de evaluación, en la cual tanto los autores como los evaluadores intentan mostrar su mejor proceso con el fin de asegurar el objetivo del proceso (Editorial, 2012a). Pero, en varias oportunidades, la publicación de artículos no solamente obedece a la circulación de conocimiento, sino que variables como los sistemas de incentivos en las instituciones, la presión por la producción, los temas de moda (denominados “hot topics”), los temas generados por la publicación de varios estudios en una sola área, el sesgo de los investigadores y los intereses de hegemonía conceptual y filosófica, entre muchos otros factores, llevan a cuestionar la validez y la solidez de la objetividad de los procesos de revisión y publicación y criticar su grado de autocorrección (Ioannidis, 2012; López-López, 2014). Park et al. (2014) mostraron en una situación de simulación cómo el proceso de revisión de pares fue altamente influenciado por comentarios sobre el tema o la opinión de otros investigadores en torno a un tema desconocido, sin mencionar que el anonimato presenta un mecanismo en el cual la responsabilidad de los comentarios puede verse vulnerado. Un punto final, mencionado por los autores, lo constituye el grado de evaluación subjetiva versus las listas o formatos de evaluación que tradicionalmente utilizaron las revistas; ellos proponen que permitir evaluaciones subjetivas, disminuye la propensión a hacer evaluaciones poco objetivas y se disminuye el sesgo de la evaluación.

Procesos de revisión alternativos a la revisión de pares

El proceso RP no es el único mecanismo, pero sí el más difundido para la publicación de artículos al evaluar la producción de los académicos. Junto con, nuevamente, el auge de la informática y tecnologías afines y animado por los movimientos de acceso abierto se han propuesto procedimientos alternos que superen los posibles sesgos del revisor, la influencia de la publicación, la cantidad de tiempo importante en el proceso y los demás problemas identificados con la RP. El modelo que más se ha difundido para contrarrestar este mecanismo de la RP es la revisión postpublicación. Este modelo denominado F1000 Research³³, adoptado por revistas del área Biomédica, plantea una publicación rápida del texto posterior a una revisión mínima que inicia el proceso de revisión abierto y de realimentación con los autores, donde todas las modificaciones se registran y se facilita seguir con los procesos de cambio y discusión entre autores/revisores. Este mecanismo se vuelve posible por la flexibilidad en el proceso de edición, las ventajas de difusión en cuanto al formato electrónico y un costo de publicación a cargo de los autores del artículo. Parte de estos mecanismos alternativos enmarcan una concepción diferente de la producción, distribución y utilización libre del conocimiento, que ha tenido defensores y contradictores, probablemente mediados por intereses económicos o el control y la propiedad de la producción (Van Noorden, 2012a, 2012b, 2013).

Algunos sistemas varían entre estos dos modelos, por ejemplo, revistas como *eLife*³⁴ (una revista top en áreas biomédicas) tienen un proceso de revisión tradicional, pero posterior a la publicación se publican las revisiones realizadas; *Frontiers*³⁵ es un grupo de revistas de acceso abierto que proponen un proceso de revisión interactivo entre editores, revisores y autores (in vivo) que permite acelerar el proceso y promover la discusión académica entre diferentes actores.

³³ <http://f1000research.com>

³⁴ <http://elifesciences.org/about#process>

³⁵ <http://www.frontiersin.org/>

Publicación de datos

Al interior de la Psicología y como una respuesta a la cantidad de discusiones en torno a la confiabilidad de los reportes y la falta de unidad en los procesos de replicabilidad, se generaron iniciativas que permiten disminuir tales inconvenientes. Según LeBel et al. (2013), el sitio web denominado Psych-File Drawer³⁶ es un sitio donde los investigadores pueden publicar réplicas (exitosas o no) mediante la especificación de cuatro condiciones: (a) La cantidad de sujetos que se excluyeron de la investigación, (b) las condiciones del estudio no reportados, (c) las mediciones que no se tomaron en cuenta y (d) la determinación del efecto del tamaño. El desarrollo de esta iniciativa ha contribuido a mejorar el proceso de revisión de los trabajos, en tanto, se busca una mayor transparencia entre autores e investigadores en cuanto a los datos reportados y que permite una mejor interpretación y análisis posterior del trabajo realizado. En este sentido, la iniciativa *Open Reproducibility Project* (en el sitio *Open Science Framework*³⁷) tiene como objetivo mejorar el reporte y permitir la replicación de estudios particulares a través de investigadores voluntarios que previamente habían manifestado su interés en el proceso. Quizás, una de las ventajas principales de estas iniciativas consiste en que permiten una discusión previa de la historia del proyecto, la examinación de su diseño y un protocolo estructurado, la recuperación de las réplicas de otros grupos de investigación y el acceso a los datos brutos de los estudios (*Open Science Collaboration*, 2012).

Estos mecanismos marcan un cambio en el proceso de revisión y publicación de los resultados, en tanto modifican el objetivo y la concepción misma de la publicación y llevan el proceso a un modelo abierto de realimentación, algo diferente al tradicional modelo de revisión de pares. El interés y la apuesta por este tipo de modelos pueden significar un interés en la búsqueda efectiva de alternativas con el fin de mejorar algunos de los vacíos del proceso tradicional.

Medir el impacto de la difusión y el uso del conocimiento publicado

Debido a múltiples factores sociales, académicos y económicos, los investigadores, en general, están interesados en conocer el uso e impacto de su trabajo tanto en su comunidad académica como en otro tipo de áreas o disciplina. Con el resultado de un creciente número de indicadores que permite calcular no solo las mediciones tradicionales, como el factor de impacto (*Impact Factor*, IF) o el índice h de los investigadores, sino que también son múltiples los estudios y grupos de investigación que proponen medidas normalizadas con el fin de evaluar el comportamiento real de múltiples comunidades académicas (Salazar-Acosta, Lucio-Arias, López-López & Aguado-López, 2013; Vera-Villaruel, López-López, Lillo & Silva, 2011). El uso de mediciones complementarias al IF o índice h, por ejemplo, el uso de percentiles o cuartiles para comparar el impacto de las publicaciones dentro de cada una de las áreas, permiten una visión más real de la dinámica de las comunidades académicas (Bornmann & Marx, 2013). Además, el uso de mediciones complementarias a las proporcionadas por los sistemas de indexación internacionales, como *Google Analytics* o índices h para revistas, permiten identificar y visibilizar el trabajo en revistas locales (Romero-Torres, Acosta-Moreno, & Tejada-Gómez, 2013). Y, en el caso de los autores, los identificadores de investigadores pueden mejorar el trabajo en los campos de bibliometría y cienciometría (Butler, 2012).

³⁶ www.PsychFileDrawer.org

³⁷ <http://osf.io>

La difusión: redes de cooperación y sistemas estándar de identificación

Uno de los factores que ha impactado la medición de los niveles de producción es el crecimiento y la falta de control en la asignación de productos a un investigador o la gran cantidad de productos asignados a homónimos. Como una respuesta a esta falta de control, algunos sistemas de identificación y codificación de investigadores permiten asignar inequívocamente los productos realizados para evitar confusiones entre los investigadores (Butler, 2012).

Así como se ha desarrollado un número de identificación de artículos DOI (*Digital Object Identifier*), también se propusieron identificadores para investigadores; dos ejemplos son ResearcherID, un número para identificar autores de la editorial Thompson Reuters, y ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*), creada por la reunión de múltiples organizaciones y que se define a sí misma como una organización sin ánimo de lucro. Dentro de las ventajas de estos sistemas de codificación se encuentra, entre otros, la utilización de los software y de investigadores cuantitativos, que diseñan mapas de identificación más precisos centrados en los autores y no en las instituciones o países de residencia (Butler, 2012).

Junto con la identificación de intereses entre investigadores, la difusión de las publicaciones a un nivel cotidiano puede ofrecer una medida alternativa a las mediciones realizadas por Thompson Reuters o Scopus y dan cuenta de un mecanismo menos formal, con una distribución entre académicos y no académicos. Los ejemplos de estas mediciones son Almetrics³⁸ y Webometrics³⁹.

Generar una comunidad académica

A pesar de que se han segmentado varios niveles en los cuales podrían darse acciones para mejorar el proceso de investigación, muy probablemente estos niveles no estén separados. Por ejemplo, la publicación de datos completos o el uso de mejores prácticas en el análisis de los datos más allá de una visión dicotómica (significancia/no significancia) podrían mejorar los lazos de confianza (por lo menos académica) entre los investigadores. En cuanto a los análisis del denominado cúmulo de investigación, un factor que aumenta la falta de replicación de los estudios en un metanálisis, debido a que los únicos estudios que suelen consultarse o a los que suele tenerse acceso son los estudios publicados. Pero no siempre los artículos publicados reflejan el universo completo de resultados en un campo de investigación, la búsqueda de investigaciones no publicadas (tesis, investigaciones gubernamentales, trabajos sin publicar o incompletos) puede disminuir el sesgo en las publicaciones (Ferguson & Heene, 2012). El acceso a estos trabajos probablemente no se da por medios convencionales y es necesario identificar los investigadores, grupos, laboratorios que podrían ayudar en esta información, mientras este mecanismo solo se da si los lazos de cercanía y el concepto de comunidad surge entre los investigadores (Ferguson & Heene, 2012).

Cooperación y difusión entre investigadores

La bibliometría y cuantimetría han intentado cuantificar múltiples factores en la generación, la difusión y el impacto de la producción científica, tanto en Psicología como en otras áreas (Chinchilla-Rodríguez, Vargas-Quesada, Hassan-Montero, González-Molina & Moya-Anegón, 2009; Salazar-Acosta et al., 2013). Un aspecto que puede mejorar considerablemente el ejercicio de la investigación

³⁸ <http://www.altmetric.com/>

³⁹ <http://www.webometrics.info/es>

en Psicología es la cooperación entre los investigadores y el desarrollo de competencias de cooperación (Bozeman & Corley, 2004; Chinchilla-Rodríguez et al., 2009; López-López, Acevedo-Triana, & García, 2014). Existen ejemplos de este tipo de actividades soportadas en plataformas electrónicas y que tienen como propósito desarrollar trabajos en conjunto al aprovechar las fortalezas de diferentes grupos de investigación (Ball, 2014; Duque et al., 2005; Duque, Miller, Barriga, Shrum & Henríquez, 2012). Así, Ball (2014) muestra cómo en las áreas donde el esfuerzo en conjunto mejoran los niveles de producción, la comunicación efectiva y el aporte de distintos actores a la solución de una pregunta de investigación, llevan a sumar los esfuerzos y logran aumentar la efectividad. De esta manera, los grandes desarrollos científicos requieren más de consorcios de investigación que involucran aportes de Estados y organizaciones que terminan compartiendo intereses comunes; un buen ejemplo de esto son los estudios en genética que reúnen varios grupos, entidades y Estados (Nord et al., 2006; *The HBP-PS Consortium*, 2012).

La participación de diferentes actores plantea el desafío de equidad en el trabajo. Una adecuada herramienta que permite identificar claramente este aporte son las listas de identificación que algunas revistas han adoptado con el objetivo de contrarrestar malas prácticas entre investigadores. Allen, Brand, Scott, Altman & Hlava (2014) proponen mejorar las prácticas de cooperación mediante la identificación en una lista de actividades y roles a los participantes de un artículo y que permite identificar el grado de participación en coautoría con una lista de separación de roles y contribuciones puntuales al texto final. Junto con el reconocimiento de la participación, se encuentra la identificación de lazos entre los investigadores que podrían agruparse por diferentes criterios (intereses de investigación, ubicación geográfica, disciplina, entre otros) para aumentar el conocimiento y para sugerir alianzas con el fin de optimizar recursos y mejorar el proceso de investigación. Como un medio para este propósito, las redes de académicos pueden identificar y potenciar estas interacciones. Específicamente, en Psicología, la creación de la red Psicología Cooperativa⁴⁰ con el propósito de promover el desarrollo regional de la Psicología mediante la identificación y la difusión de investigadores y grupos de investigación y la promoción de propuestas encaminadas a aumentar estos niveles de cooperación.

Discusión

Las siguientes recomendaciones deben considerarse para mejorar los procesos de planeación, investigación y reporte de los resultados:

Las investigaciones pueden y deben corregir o corroborar aspectos teóricos o metodológicos en los que se enmarca la ciencia –aspecto autocorrectivo.

La elección del tema de investigación debe incluir la evaluación de condiciones de factibilidad y avance en el conocimiento (Alon, 2009).

Planear el proyecto de investigación implica tomar en cuenta el tamaño de la muestra para obtener un poder, tamaño del efecto y alfa adecuados (Button et al., 2013; Krzywinski & Altman, 2013b).

La Psicología no constituye un área cerrada e independiente de otras áreas, sino por el contrario, comparte conocimiento con otras áreas y el reconocimiento y el diálogo con hallazgos de otras áreas puede enriquecer y dirigir la investigación en Psicología.

⁴⁰ <http://psicologiacoopera.org/>

Reportar datos positivos y negativos atribuye al fin de encontrar el efecto real de la investigación.

Tener en cuenta que las herramientas estadísticas son solamente un medio para corroborar o rechazar una hipótesis.

Utilizar herramientas informáticas para la formación continua en temas teóricos (cursos en línea masivos) y metodológicos (laboratorios virtuales), la optimización de reportes (*software* para análisis de datos, gráficos o bitácoras virtuales) y de replicación.

Prerregistrar su diseño de investigación, plan de análisis y discutirlo con otros investigadores en plataformas de acceso abierto para tal fin (*Open Science Framework*) (Button et al., 2013; Cumming, 2014; *Open Science Collaboration*, 2012).

Compartir los datos brutos mejora la calidad de los estudios y permite que el proceso de replicación sea más transparente. Incluso, la publicación de los datos en revistas para este fin pueden ser una forma de incentivar esta publicación (Button et al., 2013).

Como parte del entrenamiento de los investigadores, centrar los esfuerzos en mostrar el ejercicio de réplica directa e indirecta como único mecanismo para la validación de un fenómeno real.

Incentivar la replicación directa e indirecta de los estudios y realizar colaboraciones para disminuir la variabilidad en los métodos y análisis realizados, al igual que la verificación de fenómenos (Button et al., 2013; Koole & Lakens, 2012).

Determinar el modelo de publicación y revisión adecuado con el tipo de investigación.

Participar y fomentar la difusión de la investigación mediante redes, medios de comunicación académicas y no académicas que estén encaminadas a la generación de una comunidad científica.

Referencias

- Aarts, E., Verhage, M., Veenliet, J. V., Dolan, C. V., & Sluis van der, S. (2014). A solution to dependency: using multilevel analysis to accommodate nested data. *Nature Neuroscience*, *17*(4), 491–496. doi:10.1038/nn.3648
- Acevedo-Triana, C. A. (07 de agosto del 2012). *Las réplicas podrían contrarrestar malas prácticas en psicología*. Neurociencia, Points of Significance [Blogspot]. Recuperado de <http://neurociencia-neurofilosofia.blogspot.com/2012/08/las-replicas-podrian-contrarrestar.html>
- Acevedo-Triana, C. A. (04 de marzo del 2013). *¿Cómo escoger un buen problema científico? Uri Alon*. Neurociencia, Points of Significance [Blogspot]. Recuperado de <http://neurociencia-neurofilosofia.blogspot.com/2013/03/como-escoger-un-buen-problema.html>
- Allen, L., Brand, A., Scott, J., Altman, M., & Hlava, M. (2014, Apr). Credit where credit is due. *Nature*, *508*, 312–313. Retrieved from http://marineemlab.ucsd.edu/~ethics/Allen_etal_2014.pdf
- Alon, U. (2009, Sep). How to choose a good scientific problem. *Molecular Cell*, *35*(6), 726–728. doi:10.1016/j.molcel.2009.09.013
- Astur, R. S., Carew, A. W., & Deaton, B. E. (2014, Jul). Conditioned place preferences in humans using virtual reality. *Behavioural Brain Research*, *267*, 173–177. doi:10.1016/j.bbr.2014.03.018
- Baker, M. (2012, Jul). Gene data to hit milestone. *Nature*, *487*, 282–283. Retrieved from <http://www.ganeshassociates.com/courseone/Big%20data.pdf>

- Ball, P. (2014). Crowd-sourcing: Strength in numbers. *Nature*, *506*, 422–423. doi:10.1038/506422a Retrieved from <http://www.nature.com/news/crowd-sourcing-strength-in-numbers-1.14757>
- Bird, C. L., Willoughby, C., & Frey, J. G. (2013). Laboratory notebooks in the digital era: the role of ELNs in record keeping for chemistry and other sciences. *Chemical Society Reviews*, *42*, 8157–8175. doi:10.1039/c3cs60122f
- Boot, W. R., Simons, D. J., Stothart, C., & Stutts, C. (2013, Jul). The pervasive problem with placebos in psychology: Why active control groups are not sufficient to rule out placebo effects. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(4), 445–454. doi:10.1177/1745691613491271
- Bornmann, L., & Marx, W. (2013, Mar). How good is research really? Measuring the citation impact of publications with percentiles increases correct assessments and fair comparisons. *EMBO Reports*, *14*(3), 226–230. doi:10.1038/embor.2013.9
- Botella, J., & Gambara, H. (2006). Doing and reporting and meta-analysis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *6*(2), 425–440. Retrieved from http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-185.pdf
- Boulton, G. (2012, Jun). Open your minds and share your results. *Nature*, *486*(7404), 441. doi:10.1038/486441a Retrieved from <http://www.nature.com/news/open-your-minds-and-share-your-results-1.10895>
- Bozeman, B., & Corley, E. (2004, May). Scientists' collaboration strategies: implications for scientific and technical human capital. *Research Policy*, *33*(4), 599–616. doi:10.1016/j.respol.2004.01.008
- Braver, S. L., Thoemmes, F. J., & Rosenthal, R. (2014, May). Continuously cumulating meta-analysis and replicability. *Perspectives on Psychological Science*, *9*(3), 333–342. doi:10.1177/1745691614529796
- Buhrmester, M., Kwang, T., & Gosling, S. D. (2011, Jan). Amazon's mechanical turk: a new source of inexpensive, yet high-quality, data? *Perspectives on Psychological Science*, *6*(1), 3–5. doi:10.1177/1745691610393980
- Bunge, M. (1991). A skeptic's beliefs and disbeliefs. *New Ideas in Psychology*, *9*(2), 131–149. doi:10.1016/0732-118X(91)90017-G
- Bunge, M. (2007, Jul-Nov). Blushing and the philosophy of mind. *Journal of Physiology-Paris*, *101*(4-6), 247–256. doi:10.1016/j.jphysparis.2007.11.008
- Butler, D. (2012, May). Scientists: your number is up. *Nature*, *485*(7400), 564. doi:10.1038/485564a Retrieved from <http://www.nature.com/news/scientists-your-number-is-up-1.10740>
- Butterworth, B., & Kovas, Y. (2013, Apr). Understanding neurocognitive developmental disorders can improve education for all. *Science*, *340*(6130), 300–305. doi:10.1126/science.1231022
- Button, K. S., Ioannidis, J. P. A., Mokrysz, C., Nosek, B. A., Flint, J., Robinson, E. S. J., & Munafò, M. R. (2013, May). Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, *14*(5), 365–376. doi:10.1038/nrn3475
- Callaway, E. (2011, Nov). Report finds massive fraud at Dutch universities. *Nature*, *479*(7371), 15. Retrieved from <http://leml.asu.edu/>
- Chinchilla-Rodríguez, Z., Vargas-Quesada, B., Hassan-Montero, Y., González-Molina, A., & Moya-Anegón, F. (2009, Dec). New approach to the visualization of international scientific collaboration. *Information Visualization*, *9*(4), 277–287. doi:10.1057/ivs.2009.31
- Clarà, M., & Barberà, E. (2013). Learning online: massive open online courses (MOOCs), connectivism, and cultural psychology. *Distance Education*, *34*(1), 129–136. doi:10.1080/01587919.2013.770428 Retrieved from <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01587919.2013.770428#abstract>
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. Harla, México: Oxford University Press.

- Coyle, H., Traynor, V., & Solowij, N. (2014, in press). Computerized and virtual reality cognitive training for individuals at high risk of cognitive decline: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2014.04.009
- Cumming, G. (2014, Jan). The new statistics: why and how. *Psychological Science*, 25(1), 7–29. doi:10.1177/0956797613504966 Retrieved from <http://pss.sagepub.com/content/25/1/7.full.pdf+html>
- De Lillo, C., Kirby, M., & James, F. C. (2014, May). Spatial working memory in immersive virtual reality foraging: path organization, traveling distance and search efficiency in humans (*homo sapiens*). *American Journal of Primatology*, 76(5), 436–46. doi:10.1002/ajp.22195
- Duque, R. B., Miller, B. P., Barriga, O., Shrum, W., & Henriquez, G. (2012, Oct). Is internet use associated with reporting fewer problems in collaboration?: Evidence from the scientific community in Chile. *Science Communication*, 34(5), 642–678. doi:10.1177/1075547011432364
- Duque, R. B., Ynalvez, M., Sooryamoorthy, R., Mbatia, P., Dzorgbo, D.-B. S., & Shrum, W. (2005, Oct). Collaboration paradox: Scientific productivity, the internet, and problems of research in developing areas. *Social Studies of Science*, 35(5), 755–785. doi:10.1177/0306312705053048
- Editorial. (2005). Running the numbers. *Nature Neuroscience*, 8(2), 123. doi:10.1038/nn0205-123 Retrieved from <http://www.nature.com/neuro/journal/v8/n2/full/nn0205-123.html>
- Editorial. (2012a). In praise of referees. *Nature Methods*, 9(8), 765. doi:10.1038/nmeth.2136
- Editorial. (2012b). Openness costs. *Nature*, 486, 439. doi: 10.1038/486439a
- Editorial. (2013, Sep). Matters of significance. *Nature Methods*, 10(9), 805. doi:10.1038/nmeth.2638 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v10/n9/pdf/nmeth.2638.pdf>
- Elosua Oliden, P. (2009). ¿Existe vida más allá del SPSS? Descubre R. *Psicothema*, 21(4), 652–655. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3686.pdf>
- Fang, F. C., Casadevall, A., & Morrison, R. P. (2011, Oct). Retracted science and the retraction index. *Infection and Immunity*, 79(10), 3855–3859. doi:10.1128/IAI.05661-11 Retrieved from <http://iai.asm.org/content/79/10/3855.full.pdf+html>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyse. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149 Retrieved from <http://link.springer.com/article/10.3758/BRM.41.4.1149#page-1>
- Ferguson, C. J., & Heene, M. (2012, Nov). A vast graveyard of undead theories: publication bias and psychological science's aversion to the null. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 555–561. doi:10.1177/1745691612459059 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/555.full.pdf+html>
- Fiedler, K., Kutzner, F., & Krueger, J. I. (2012). The long way from α -error control to validity proper: problems with a short-sighted false-positive debate. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 661–669. doi:10.1177/1745691612462587
- Frank, M. C., & Saxe, R. (2012, Nov). Teaching replication. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 600–604. doi:10.1177/1745691612460686 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/600.full.pdf+html>
- García-Cueto, E. (1994). Coeficiente de congruencia. *Psicothema*, 6(3), 465–468. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/940.pdf>
- García-Cueto, E. (1996). Aplicación de modelos psicométricos para test y medidas alternativas en psicometría. *Psicothema*, 8(2), 297–307. Retrieved from <http://www.psicothema.com/pdf/28.pdf>
- Gempp, R., & Saiz, J. L. (2014). El coeficiente K2 de Livingston y la fiabilidad de una decisión dicotómica en un test psicológico. *Universitas Psychologica*, 13(1), 217–226. doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.eckl

- Giles, J. (2012, Jan). Going paperless: the digital lab. *Nature*, *481*, 430–431. doi:10.1038/481430a
- Goldenberg, M. J. (2006, Jun). On evidence and evidence-based medicine: lessons from the philosophy of science. *Social Science & Medicine*, *62*(11), 2621–2632. doi:10.1016/j.socscimed.2005.11.031
- González, J. A., Jover, L., Cobo, E., & Muñoz, P. (2010, Sep). A web-based learning tool improves student performance in statistics: A randomized masked trial. *Computers & Education*, *55*(2), 704–713. doi:10.1016/j.compedu.2010.03.003
- Gray, K., & Wegner, D. M. (2013, Sep). Six guidelines for interesting research. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(5), 549–553. doi:10.1177/1745691613497967
- Haier, R. J. (2014). Increased intelligence is a myth (so far). *Frontiers in Systems Neuroscience*, *8*, 34. doi:10.3389/fnsys.2014.00034 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3950413/>
- Ioannidis, J. P. A. (2005). Why most published research findings are false. *PLoS Medicine*, *2*(8), e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124 Retrieved from <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020124>
- Ioannidis, J. P. A. (2012, Nov). Why science is not necessarily self-correcting. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(6), 645–654. doi:10.1177/1745691612464056 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/645.full>
- Koole, S. L., & Lakens, D. (2012, Nov). Rewarding replications: a sure and simple way to improve psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, *7*(6), 608–614. doi:10.1177/1745691612462586 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/608.full.pdf+html>
- Krzywinski, M., & Altman, N. (2013a). Points of significance: Error bars. *Nature Methods*, *10*(10), 921–922. doi:10.1038/nmeth.2659 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v10/n10/full/nmeth.2659.html>
- Krzywinski, M., & Altman, N. (2013b). Points of significance: Power and sample size. *Nature Methods*, *10*(12), 1139–1140. doi:10.1038/nmeth.2738 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v10/n12/full/nmeth.2738.html>
- Krzywinski, M., & Altman, N. (2013c). Points of significance: Significance, p values and t-tests. *Nature Methods*, *10*(11), 1041–1042. doi:10.1038/nmeth.2698 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v10/n11/abs/nmeth.2698.html>
- Krzywinski, M., & Altman, N. (2014a). Points of significance: Nonparametric tests. *Nature Methods*, *11*(5), 467–469. doi:10.1038/nmeth.2937 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v11/n5/full/nmeth.2937.html>
- Krzywinski, M., & Altman, N. (2014b). Points of significance: Visualizing samples with box plots. *Nature Methods*, *11*(2), 119–120. doi:10.1038/nmeth.2813 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v11/n2/full/nmeth.2813.html>
- Larreamendy-Joerns, J., Leinhardt, G., & Corredor, J. (2005, Aug). Six online statistics courses: examination and review. *The American Statistician*, *59*(3), 240–251. doi:10.1198/000313005X54162
- LeBel, E. P., Borsboom, D., Giner-Sorolla, R., Hasselman, F., Peters, K. R., Ratliff, K. A., & Smith, C. T. (2013, Jul). PsychDisclosure.org: Grassroots support for reforming reporting standards in psychology. *Perspectives on Psychological Science*, *8*(4), 424–432. doi:10.1177/1745691613491437 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/8/4/424.full.pdf+html>
- Lex, A., & Gehlenborg, N. (2014). Points of view: Sets and intersections. *Nature Methods*, *11*(8), 779. doi:10.1038/nmeth.3033
- López-López, W. (2014). La medición de la producción intelectual: retos, mitos y complejidades [Editorial]. *Universitas Psychologica*, *13*(1), 11–15. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/8416/7060>

- López-López, W., Acevedo-Triana, C. A., & Garcia, A. (jul, 2014). Cooperación en las ciencias del comportamiento latinoamericanas: una investigación documental. *Terapia Psicológica*, 32(2), 165-175. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200009> Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v32n2/art09.pdf>
- Matute, H., Yarritu, I., & Vadillo, M. A. (2011, Aug). Illusions of causality at the heart of pseudoscience. *British Journal of Psychology*, 102(3), 392–405. doi:10.1348/000712610X532210
- Mirelman, A., Rochester, L., Reelick, M., Nieuwhof, F., Pelosin, E., Abbruzzese, G., ..., & Hausdorff, J. M. (2013). V-TIME: a treadmill training program augmented by virtual reality to decrease fall risk in older adults: study design of a randomized controlled trial [Study Protocol]. *BMC Neurology*, 13(15), 1-12. doi:10.1186/1471-2377-13-15 Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2377-13-15.pdf>
- Nieuwenhuis, S., Forstmann, B. U., & Wagenmakers, E.-J. (2011). Erroneous analyses of interactions in neuroscience: a problem of significance. *Nature Neuroscience*, 14(9), 1105–1107. doi:10.1038/nn.2886 Retrieved from <http://www.nature.com/neuro/journal/v14/n9/full/nn.2886.html>
- Nord, A. S., Chang, P. J., Conklin, B. R., Cox, A. V, Harper, C. A., Hicks, G. G., ..., & Ferrin, T. E. (2006). The International Gene Trap Consortium Website: a portal to all publicly available gene trap cell lines in mouse. *Nucleic Acids Research*, 34(Suppl 1), D642–D648 [Database Issue]. doi:10.1093/nar/gkj097 Retrieved from http://nar.oxfordjournals.org/content/34/suppl_1/D642.full.pdf+html
- Nuzzo, R. (2014). Scientific method: Statistical errors. *Nature*, 506, 150–152. doi:10.1038/506150a Retrieved from http://www.nature.com/polopoly_fs/1.14700!/menu/main/topColumns/topLeftColumn/pdf/506150a.pdf
- O'Neil, R. L., Skeel, R. L., & Ustinova, K. I. (2013). Cognitive ability predicts motor learning on a virtual reality game in patients with TBI. *NeuroRehabilitation*, 33(4), 667–680. doi:10.3233/NRE-130985
- Open Science Collaboration. (2012, Nov). An open, large-scale, collaborative effort to estimate the reproducibility of psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 657–660. doi:10.1177/1745691612462588 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/657.full.pdf+html>
- Park, I.-U., Peacey, M. W., & Munafo, M. R. (2014). Modelling the effects of subjective and objective decision making in scientific peer review. *Nature*, 506(7486), 93–96. doi:10.1038/nature12786 Retrieved from <http://www.nature.com/nature/journal/v506/n7486/full/nature12786.html>
- Perrino, T., Howe, G., Sperling, A., Beardslee, W., Sandler, I., Shern, D., ..., & Brown, C. H. [NIMH Collaborative Data Synthesis for Adolescent Depression Trials Study Team] (2013). Advancing science through collaborative data sharing and synthesis. *Perspectives on Psychological Science*, 8(4), 433–444. doi:10.1177/1745691613491579 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/8/4/433.full.pdf+html>
- Perugini, M., Gallucci, M., & Costantini, G. (2014). Safeguard power as a protection against imprecise power estimates. *Perspectives on Psychological Science*, 9(3), 319–332. doi:10.1177/1745691614528519 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/9/3/319.full.pdf+html>
- Reips, U. D. (2001, May). The Web Experimental Psychology Lab: Five years of data collection on the Internet. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 33(2), 201–211.
- Romero-Torres, M., Acosta-Moreno, L. A., & Tejada-Gómez, M.-A. (ene-mar, 2013). Ranking de revistas científicas en Latinoamérica mediante el índice h: estudio de caso Colombia. *Revista Española de Documentación Científica*, 36(1), 1-13 (e003). doi:10.3989/redc.2013.1.876 Recuperado de <http://redc.revistas.csic.es/index.php/redc/article/view/773/861>
- Rovira, A., Swapp, D., Spanlang, B., & Slater, M. (2009). The use of virtual reality in the study of people's responses to violent incidents. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 3, 59. doi:10.3389/neuro.08.059.2009 Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2802544/>

- Salazar-Acosta, M., Lucio-Arias, D., López-López, W., & Aguado-López, E. (oct, 2013). *Informe sobre la producción científica de Colombia en revistas iberoamericanas de acceso abierto en redalyc.org 2005-2011*. Ciudad de México: Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/709>
- Simmons, J. P., Nelson, L. D., & Simonsohn, U. (2011). False-positive psychology: Undisclosed flexibility in data collection and analysis allows presenting anything as significant. *Psychological Science*, 20(10), 1359–1366. doi:10.1177/0956797611417632 Retrieved from <http://pss.sagepub.com/content/early/2011/10/17/0956797611417632.full.pdf+html>
- Slater, M., Antley, A., Davison, A., Swapp, D., Guger, C., Barker, C., ..., & Sanchez-Vives, M. V. (2006). A virtual reprise of the Stanley Milgram obedience experiments. *PloS ONE*, 1(1), 1–10 (e39). doi:10.1371/journal.pone.0000039 Retrieved from <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0000039>
- Sosa, G. W., Berger, D. E., Saw, A. T., & Mary, J. C. (2010, Mar). Effectiveness of computer-assisted instruction in statistics: A meta-analysis. *Review of Educational Research*, 81(1), 97–128. doi:10.3102/0034654310378174
- Spier, R. (2002). The history of the peer-review process. *Trends in Biotechnology*, 20(8), 357–358. doi:10.1016/S0167-7799(02)01985-6
- Spitzer, M., Wildenhain, J., Rappsilber, J., & Tyers, M. (2014). BoxPlotR: A web tool for generation of box plots. *Nature Methods*, 11(2), 121–122. doi:10.1038/nmeth.2811 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v11/n2/full/nmeth.2811.html>
- Streit, M., & Gehlenborg, N. (2014). Points of view: Bar charts and box plots. *Nature Methods*, 11(2), 117–117. doi:10.1038/nmeth.2807 Retrieved from <http://www.nature.com/nmeth/journal/v11/n2/full/nmeth.2807.html>
- Stroebe, W., Postmes, T., & Spears, R. (2012). Scientific misconduct and the myth of self-correction in science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 670–688. doi:10.1177/1745691612460687 Retrieved from <http://pps.sagepub.com/content/7/6/670.full.pdf+html>
- The HBP-PS Consortium. (2012). *The Human Brain Project: A Report to the European Commission*. Laussane, Suiza. Retrieved from https://www.humanbrainproject.eu/documents/10180/17648/TheHBPreport_LR.pdf/18e5747e-10af-4bec-9806-d03aead57655
- Van Noorden, R. (2012a). Europe joins UK open-access bid. *Nature*, 487(7407), 285. doi:10.1038/487285a Retrieved from <http://www.nature.com/news/europe-joins-uk-open-access-bid-1.11022>
- Van Noorden, R. (2012b). Journal offers flat fee for “all you can publish”. *Nature*, 486, 166. Retrieved from <http://www.nature.com/news/journal-offers-flat-fee-for-all-you-can-publish-1.10811>
- Van Noorden, R. (2013). PLOS profits prompt revamp. *Nature*, 503, 320–321. Retrieved from <http://www.nature.com/news/plos-profits-prompt-revamp-1.14205>
- Vera-Villaruel, P., López-López, W., Lillo, S., & Silva, L. M. (2011). La producción científica en psicología latinoamericana: Un análisis de la investigación por países. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 95-104. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n1/v43n1a08.pdf>
- Wilcox, R. R., Vigen, C., Clark, F., & Carlson, M. (2013). Comparing discrete distributions when the sample space is small. *Universitas Psychologica*, 12(5), 1583–1595. doi:10.11144/Javeriana.UPSY12-5.cdds Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/6880/6393>
- Yong, E. (2012a). The data detective. *Nature*, 487(7405), 18–19. doi:10.1038/487019a Retrieved from http://www.nature.com/news/the-data-detective-1.10937?WT.ec_id=NEWS-20120703
- Yong, E. (2012b). Replication studies: Bad copy. *Nature*, 485(7398), 298–300. doi:10.1038/485298a Retrieved from <http://www.nature.com/news/replication-studies-bad-copy-1.10634>

Recibido 12 de agosto de 2014
Revisión recibida 16 de febrero de 2015
Aceptado 20 de febrero de 2015

Reseña de los autores

César Andrés Acevedo-Triana se graduó como psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia y recibió su máster (MSc (c)) en Neurociencias de la misma universidad. Actualmente, labora como profesor del área de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana y es coordinador editorial de la revista *Universitas Psychologica*. Funge como investigador del laboratorio y adscrito al grupo de investigación (categoría A1) de Neurociencia y Comportamiento de la Universidad de los Andes. Sus intereses académicos e investigativos giran en torno a tres temas principales: neurogénesis funcional adulta, fisiología cerebral en modelos animales y neurociencia comportamental. ResearcherID: E-1472-2011. Correo electrónico: cesar.acevedo@javeriana.edu.co

Wilson López-López obtuvo su doctorado en Psicología Básica y Social de la Universidad de Santiago de Compostela, España (tesis suma cum laude y premio extraordinario a la mejor tesis de doctorado). Labora como profesor asociado de la Universidad Javeriana, editor de la revista *Universitas Psychologica*, líder del Grupo de Lazos Sociales y Culturas de Paz y miembro del Grupo Aprendizaje y Sociedad de la Información de la Universidad Javeriana. Como investigador, ha adelantado diversas investigaciones sobre medios de comunicación y conflicto y temas asociados como el perdón, la reconciliación, la evaluación metacontingencial de la ley y la opinión de la gente de la calle sobre legalización de drogas. Además, tiene una línea de investigación en temas asociados a la comunicación científica y la cienciometría. Se desempeña como profesor de la maestría en Psicología de la Universidad Católica de Colombia y del doctorado en Psicología de la Universidad San Buena-Ventura de Medellín. Ha publicado más de 60 artículos en revistas ISI-SCOPUS, además de capítulos en libros y libros. Es asesor de Relaciones Internacionales y Publicaciones del Colegio de Psicólogos de Colombia, fundador y secretario permanente para América Latina de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Psicología (FIAP), presidente de la ABA Colombia y full miembro de la *Association for Behavior Analysis International* (ABAI), presidente del comité asesor internacional de la Red de Revistas de América Latina España y Portugal (REDALYC). Se distingue como coordinador del grupo de trabajo de editores de revistas de Psicología de la *Interamerican Association of Psychology* (SIP). Trabaja como profesor invitado en universidades de Iberoamérica y pertenece a comités editoriales o científicos de más de 20 revistas de Iberoamérica. Colabora como columnista de opinión en medios de comunicación escrita. Correo electrónico: lopezw@javeriana.edu.co

Luis Fernando Cárdenas Parra funge como psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia y obtuvo su máster (MSc) en Psicobiología y su doctorado (PhD) en Neurociencia comportamental de la Universidad de São Paulo, Brasil, con formación posdoctoral en Neurobiología del Miedo y de la Ansiedad. Realizó pasantías de especialización en áreas específicas de Neurociencia en la Universidad de Toronto, Canadá, en el Instituto Clemente Estable de Montevideo, Uruguay y la Universidad de New York, EE.UU., entre otros. Actualmente, se desempeña como profesor asistente del Departamento de Psicología y como director del Laboratorio de Neurociencia y Comportamiento de la Universidad de los Andes, Colombia. Fundó y lidera el Grupo de Neurociencia y Comportamiento (categoría A1) y se desempeña como director del Semillero de Neurociencia y Comportamiento. Sus intereses académicos e investigativos giran en torno a tres temas principales: evaluación de los efectos comportamentales de drogas psicotrópicas, memoria emocional y procedimientos de estimulación intracerebral. Correo electrónico: lucarden@uniandes.edu.co

Publicado en línea: 24 de marzo de 2015

Sexología basada en la evidencia: historia y actualización

Evidence-Based Sexology: History and Current Status

Mirta Granero

Instituto Kinsey de Sexología, Rosario, Argentina

Resumen

El artículo presenta el estatus de la sexología como ciencia desde sus inicios hasta nuestros días. Señala que la sexología es un área de conocimiento “incómoda” que debe luchar contra los prejuicios, los estereotipos y las costumbres de la sociedad. La sexología clínica (o terapéutica) y la sexología educativa se fundamentan en trabajos investigativos que comienzan en el siglo XIX con Freud, von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis. Posteriormente, se publican las investigaciones de Kinsey, con las cuales empieza la sexología en sentido moderno. Masters y Johnson fueron pioneros en trabajos experimentales de la sexología. Las obras de Kaplan, Basson, Hite y otros autores presentan trabajos con diverso grado de rigurosidad, pero no se puede afirmar que todas sean investigaciones basadas en la evidencia. El artículo revisa y analiza detalladamente la sexología en la actualidad y señala que el énfasis en la evidencia se encuentra en estado incipiente. Mientras tanto, en el caso de la sexología médica (que trata problemas orgánicos y utiliza procedimientos farmacológicos y fisiológicos) existe más énfasis en la evidencia que en el caso de la sexología que trata problemas sin un sustrato orgánico definido. El artículo señala la importancia de la sexología para mejorar la calidad de vida de las personas y enfatiza la necesidad de desarrollar una sexología basada en la evidencia.

Palabras clave: sexología, evidencia, psicología, investigación científica

Abstract

The article presents the status of sexology as a science, from its origins until the present. It points out that sexology is an “uncomfortable” area which has to struggle with prejudices, stereotypes and social habits. Clinical (or therapeutic) sexology and educational sexology are based on research carried out during the 19th Century by Freud, von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld, and Havelock Ellis. Later, we find Kinsey’s research, considered the origin of modern sexology. Masters and Johnson were pioneers in experimental research on sexology. The works by Kaplan, Basson, Hite and other authors present findings with a diverse degree of rigor; nonetheless, we cannot assert that all these research findings are evidence-based. The article reviews and analyses in detail current sexology and shows that the emphasis on evidence is just beginning. While in the case of medical sexology (the treatment of organic problems and use of pharmacological and physiological procedures), there is more emphasis on evidence than in the case of sexology that treats problems with no defined organic basis. The article points out the importance for sexology to improve people’s quality of life, and emphasizes the need to develop an evidence-based sexology.

Keywords: Sexology, Evidence, Psychology, Scientific Research

Mirta Granero, Instituto Kinsey de Sexología, Rosario, Argentina.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Mirta Granero, dirección electrónica: mirtagranero@ciudad.com.ar



La sexología es una ciencia incómoda. No solo hay que cuidar lo que uno va a decir en un artículo, conferencia, conversando con un paciente o con un educando, sino también cuáles palabras va a usar que no incomoden al otro, pero que al mismo tiempo las entienda. Eso no ocurre en las áreas de la Medicina, de la Psicología o de alguna otra disciplina o ciencia, tenga o no relación con la salud y el cuidado del ser humano.

En otros campos, a las cosas se las llama por su nombre, solo en la sexualidad los órganos genitales o las prácticas que se ejerciten se conocen mediante apodos o nombres coloquiales. Estos apodos varían de país en país y de cultura en cultura.

A ninguna otra parte del cuerpo, que no esté relacionada con la sexualidad o la genitalidad, se la llama por un nombre sustituto. Al ojo se le dice ojo, a la cabeza, cabeza y a la nariz, nariz. Igual a las acciones de caminar, correr, hablar, etc. Pero al pene, a los testículos y a la vulva, pocas veces se los denomina con el nombre respectivo, tampoco se habla normalmente utilizando la palabra coito, a menos de que sea en una conferencia, en la clase de un curso o en una entrevista médica. Para este fin, invito al lector a ver *Nomenclatura y apología del carajo*, de Francisco Esteban Acuña de Figueroa (autor del himno nacional uruguayo), quien en ese poema, de 31 cuartetos endecasílabos publicado por primera vez en 1922, recopila una cantidad de sinónimos del vocablo pene (Acuña de Figueroa, 1922).

La dificultad para llamar a las cosas por su nombre en la sexología da cuenta de lo incómodo que se hace trabajar en la disciplina, si el sexólogo no está bien formado en este aspecto y si no ha hecho una reestructuración cognitiva de su propia sexualidad y actitudes y se ha podido hacer cargo de sus trabas y limitaciones para expresarse en esta disciplina. No ocurre así con la formación y el entrenamiento de un cardiólogo, de un ingeniero o de un licenciado en economía, que solo debe formarse en los temas específicos referidos a su especialidad.

El sexólogo requiere un gran entrenamiento para poder dirigirse al paciente o educando y no herir su susceptibilidad, hacer que el otro no se sienta ofendido ni avergonzado por un lenguaje muy directo y, al mismo tiempo, usar un lenguaje que pueda entender, pues generalmente los consultantes no están acostumbrados a usar palabras técnicas o los nombres correctos de sus genitales y acciones sexuales (a veces, ni siquiera los conocen).

La sexología clínica y educativa

La sexología clínica y educativa, específicamente con los objetivos de promover la salud sexual y reproductiva, es un campo nuevo. Tiene apenas poco más de cincuenta años. Cien, al considerar que los estudios sexológicos comienzan con Sigmund Freud, aunque estos guarden poca relación con la sexología actual, poseen muchos errores debido a desconocimientos de la época y no han tenido como finalidad solucionar los problemas de las disfunciones sexuales o encarar el tema de la salud sexual en todos sus aspectos (sociales y biológicos). Uno de los grandes errores de Freud, en cuanto a la sexualidad, fue considerar que el placer sexual, obtenido a través del clítoris en la mujer adulta, no era un signo de normalidad, sino de inmadurez (Freud, 1948).

Pero al remontar años atrás, se pueden nombrar como fundadores de la sexología a Richard von Krafft-Ebing, Albert Moll, Ivan Bloch, Magnus Hirschfeld y Havelock Ellis.

Richard von Krafft-Ebing publicó, en 1886, *Psicopatías sexuales*, un libro que para la época era un estudio científico. Él expuso que el objetivo del deseo sexual era la procreación e incluyó a la homo-

sexualidad en la categoría de parestesia, definido como deseo sexual sobre un objeto equivocado. En cambio, la posición de Magnus Hirschfeld es completamente distinta. Fundó en Alemania el Comité Científico Humanístico, en 1887, y fue un defensor de los derechos de los homosexuales. Proponía un mejor conocimiento de la homosexualidad para eliminar la hostilidad hacia los homosexuales. La información acerca de estos autores y sus contribuciones se encuentran en los *Archivos de Sexología* de la Universidad de Humboldt de Berlín, Alemania. Estos Archivos fueron fundados, en 1994, por Erwin J. Haerberle, quien donó su biblioteca y encaró su dirección.

No obstante, desde el siglo XIX, en que se negaba a la sexualidad, hasta la fecha, el avance ha sido inmenso. Alfred Kinsey, a mitad del siglo XX, fue uno de los primeros que encaró el tema al preguntarle a la gente frente a frente sobre su sexualidad y sus prácticas. Encuestó a más de 24,000 personas y entrenó muy bien a sus colaboradores para realizar las entrevistas. Sus investigaciones fueron descriptivas y muy minuciosas, aportando conocimientos relevantes (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin & Gebhard 1953). Hasta las investigaciones de Kinsey no había estadísticas confiables de frecuencias de masturbación, de coitos, de relaciones homosexuales, ni de problemáticas asociadas al ejercicio de la sexualidad humana y la genitalidad. Alfred Kinsey y sus colaboradores obtuvieron estos datos al frecuentar distintos ámbitos y generaron en la sociedad pacata de mitad del siglo XX un gran escándalo, al dar a conocer actividades sexuales de distintos grupos (casados, solteros, religiosas, sacerdotes, campesinos, etc.), sobre masturbación, infidelidad, frecuencias coitales, homosexualidad, relaciones sexuales con animales, entre otros.

Luego, William Masters y Virginia Johnson, en la década de 1960, realizaron investigaciones de laboratorio, estudiaron la respuesta sexual humana y sistematizaron técnicas para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Fueron tareas arduas que pusieron de manifiesto, cómo se ejerció la sexualidad, cuáles fueron sus problemáticas y los tratamientos posibles (Masters y Johnson, 1967, 1972, 1995).

Desarrollos recientes

Desde la mitad del siglo XX, hubo grandes cambios con respecto a la sexualidad humana y la forma de ejercerla. Apareció la píldora anticonceptiva que otorgó a la mujer gran libertad para manifestarse sexualmente sin temor al embarazo. Fue la época de la guerra de Vietnam, que posibilitó reflexionar a mucha gente acerca de la vida y la muerte, al cuestionar los valores de toda una sociedad; fue la época de la revolución cubana (un hito revolucionario en América Latina que llevaría a replanteos en distintos países acerca de la libertad, la igualdad y los derechos de las personas; asimismo surgió la creación de guerrillas que se multiplicó en gran parte del continente). Fue la época en que se empezó a luchar por los derechos humanos y se engendró la utopía de alcanzar la justicia social (con la que aún estamos en deuda). Estos y muchos otros acontecimientos permitieron un cuestionamiento importante de la vida.

Aparecieron los *hippies*, los *swingers* y se generó una revolución sexual que produjo que los estudios de Masters y Johnson fueran más conocidos y aceptados que los estudios de Kinsey. No obstante, para la época fue una misión atrevida y desafiante de estos dos pioneros que tanto contribuyeron al desarrollo de la naciente sexología.

En 1966, Williams Masters y Virginia Johnson describieron por primera vez el ciclo de la respuesta sexual humana de varones y mujeres con sus distintas fases (excitación, meseta, orgasmo y resolución) desde el punto de vista fisiológico. Este ciclo detalló en su inicio con la *excitación*, en la que la sangre llena el pene de los hombres, que produce la erección y al clítoris, vulva y vagina de las mujeres genera

la lubricación. Luego, especificaron la etapa de la *meseta*: un momento de una gran fogosidad, pero no se está listo para el orgasmo. Seguidamente, describieron la fase del *orgasmo* y, finalmente, la fase de la resolución, donde regresan los tejidos a su estado inicial.

En sus estudios encontraron, también, alguna diferencia en la respuesta sexual humana de hombres y mujeres: las mujeres se excitaron más lentamente que los hombres. A raíz de ello, se destacó la importancia de los llamados “juegos previos” en la sexualidad femenina. Aunque las grandes diferencias entre hombres y mujeres se descubrieron muchos años después, sobre fines del siglo XX.

Estos autores nos legaron investigaciones acerca de la eficacia de la terapia sexual, al ser los primeros que contribuyeron a darle una entidad a estos tratamientos.

Años después, en 1974, Helen Singer Kaplan amplió los conceptos de respuesta sexual humana descriptos por Masters y Johnson y añadió al ciclo un elemento central: el deseo sexual (que no consideraron los estudios anteriores), anteponiendo a la fase de la excitación la fase del deseo. Según Kaplan, se inicia el deseo ante un estímulo adecuado en forma previa al contacto genital. La autora enfatizó, también, la influencia de lo mental en la experiencia sexual, al decir que “el cerebro es el principal órgano sexual y ‘la excitación es mitad fricción y mitad fantasía’” (Kaplan, 1978, 1987, 1996a, 1996b).

Helen Kaplan aportó una mirada más amplia sobre los aspectos psicológicos y vinculares de los pacientes al recomendar la terapia sistémica y la terapia psicoanalítica para las problemáticas psicológicas individuales que llevaron a una disfunción; solo en muy pocas oportunidades, la terapia cognitivo-conductual, cuando las problemáticas fueron desencadenadas por problemas vinculares.

Construyó una clasificación de causas de las distintas disfunciones sexuales y las dividió en inmediatas y profundas, que luego J. Ricardo Musso criticó y amplió en interesantes artículos acerca de las causas de las disfunciones sexuales y de las conductas funcionales y disfuncionales (Musso 1985, 1989, 1990).

Kaplan fue, también, la primera que definió el *deseo sexual hipoactivo*: el bajo nivel de interés sexual, que se manifiesta como dificultad para iniciar o responder a una actividad sexual (relaciones sexuales o conductas sexuales, en pareja o no) y que ocasiona que las relaciones sexuales disminuyen considerablemente o desaparecen (Kaplan, 1987).

Luego de estos estudios y de que la sexología se manifestó como un campo importante de la salud, recién en la década de los años 1990, se incluyeron los problemas sexuales como entidades nosológicas en diferentes clasificaciones, entre ellas el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, *American Psychiatric Association*, 1994).

Surgieron, a finales del siglo XX, los estudios de Rosemary Basson (Basson, 2000; Basson, Brotto, Laan, Redmond & Utian, 2005), quien revisó los modelos propuestos y desarrolló una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina. Descubrió que dicha respuesta difiere de la masculina y que hasta ese momento se había tratado a la mujer equivocadamente al estudiarla con el esquema de la respuesta sexual del varón, porque la de ella es muy distinta (otra de las consecuencias de la discriminación de género, que etiquetó durante mucho tiempo a la mujer como disfuncional en su sexualidad). Hasta ese momento, tanto la respuesta sexual femenina y masculina habían sido consideradas como en una línea recta, que iba desde el deseo hasta el orgasmo. Pero, Rosemary Basson encontró que en la práctica esto raramente ocurrió, porque la respuesta de la mujer en realidad no era así.

De acuerdo con Basson, las diferencias acerca de cómo los hombres y las mujeres experimentan la sexualidad, se puede expresar del siguiente modo:

En los varones, generalmente la progresión de la respuesta sexual es lineal; es decir, del deseo pasan a la excitación y de allí al orgasmo.

En las mujeres, esa progresión sexual es circular. Las fases se superponen unas a otras en un orden que varía, según las circunstancias, que vive y experimenta en cada situación.

Explica Basson que la mujer se parece más al hombre solo en los inicios de las relaciones sentimentales, cuando la relación de amantes es reciente, pero luego, con el tiempo, necesita mayor estímulo. El hecho de que dicha situación ocurra es totalmente normal. De ninguna manera debe considerarse una disfunción de la sexualidad femenina.

El modelo alternativo de respuesta sexual femenina propuesto por Basson evidenció que el deseo significa cosas muy diferentes para mujeres y hombres. Hasta el momento habían sido consideradas como condiciones básicas del deseo, la presencia de pensamientos y fantasías sexuales y la urgencia por experimentar satisfacción sexual. Pero, según Basson, así funcionan los hombres, mientras en las mujeres solo en algunas circunstancias y fundamentalmente cuando las relaciones son nuevas y están en sus comienzos funcionan de esta manera (Anmuth y Villalonga, 2011).

Basson aportó el concepto de respuesta sexual circular en donde el deseo de la mujer no es comúnmente al comienzo de la respuesta sexual, como sucede en el varón, sino que la respuesta sexual femenina comienza con un período de intimidad con su pareja y luego de la excitación, le sigue recién la fase del deseo sexual.

Los conocimientos de estos nuevos estudios liberaron a las mujeres que habían sido encasilladas como disfuncionales del deseo, al no manifestarse este de entrada como ocurre con el varón, el que solo con el pensamiento de una situación sexual desencadena la fase del deseo.

Los trabajos e investigaciones de Basson han sido de suma importancia para la sexología femenina. Puso en teoría lo que los sexólogos clínicos ya veíamos en los consultorios. Recuerdo que cuando las mujeres me relataban su forma de funcionar solía decirles: “Tu forma de sentir es normal estadísticamente, cantidad de mujeres sienten así”. Las investigaciones de Basson nos ayudaron a entender mejor lo que les ocurría a cantidades de consultantes y a sentirnos más seguros como clínicos al dar ese tipo de respuestas. Sin embargo, esas investigaciones no tuvieron el rigor metodológico para incluirlas en la sexología basada en la evidencia.

Creemos que, a pesar de no haber sido demostrada científicamente, esta teoría es totalmente válida. Solo haría falta algún sexólogo investigador que se decida a evaluarla experimentalmente, con buenas muestras, grupos de control y rigurosa metodología científica.

La sexología en la actualidad

La sexología de hoy se encarga en la *clínica* de problemáticas sexuales específicas como las disfunciones: preorgasmia (ya no decimos anorgasmia, porque se considera que todas las mujeres tienen capacidad de alcanzar el orgasmo, si aprenden cómo), disfunción del deseo, disfunción de la erección, eyaculación precoz, vaginismo, dispareunia, etc., y las derivadas de los problemas de género, de la violencia, de la diversidad sexual y de la discriminación. Estudia fundamentalmente la salud sexual y reproductiva y las formas de prevención de los problemas sexuales tanto físicos, como vinculares o derivados de problemas psicológicos y sociales (abuso, violación).

La otra rama de la sexología, la *educacional*, trabaja en el área de la formación, la información y la prevención de problemáticas relacionadas con el ejercicio de la sexualidad: salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, embarazos no deseados o precoces, abuso sexual, violación y problemáticas surgidas en las distintas etapas evolutivas de la vida, entre otras.

La sexología, como disciplina joven, no debe estar ajena a las necesidades que tratan de cubrir la Medicina basada en la evidencia y la Psicología basada en la evidencia. Necesita disponer de herramientas confiables y válidas que se apoyen en *datos empíricos contrastados*. Necesita mejorar la calidad de las intervenciones y formar sexólogos clínicos y educativos que comprendan y empleen metodología de la investigación científica y que, además, sean críticos de sus intervenciones y resultados, como también de los trabajos publicados.

Es de suma urgencia una nueva orientación sexológica basada en *pruebas científicas*, que permita avanzar tratando de conseguir la mejor evidencia con la cual atender a las preguntas provenientes de la clínica o de la educación para el momento que estamos viviendo.

La investigación en sexología

No siempre es fácil investigar en sexología. Para investigar, ya sea una problemática relacionada a la sexualidad o el resultado de una forma de terapia frente a esa problemática sexual, debemos preguntar en detalle. Preguntar en detalles una sintomatología cardíaca o renal suele no tener para el sujeto investigado la misma implicancia que tiene preguntar acerca de las relaciones sexuales, su desempeño y sus problemas. Preguntar acerca del orgasmo, de la forma cómo se acaricia una persona o una pareja genitalmente, del tiempo que tarda un varón en eyacular, preguntar acerca de las posiciones en el coito con las que eyacula menos rápido o con las que siente más placer, o con las que pierde la erección, o alcanza el orgasmo, etc., requiere hablar de cosas muy íntimas. Requiere vencer la vergüenza de tratar esos temas tabú, de desarrollar una confianza estable con el terapeuta, de poder aceptar su sexualidad como algo natural y no malo y de tomar conciencia de que debería poder hablar de su aparato genital con la misma naturalidad con que hablaría de su aparato cardiológico o gastrointestinal. Que así, como no tiene vergüenza de contar un episodio de descompostura intestinal o malestares de variados tipos, no debiera tenerla tampoco para hablar de lo que le ocurre con su sexualidad. El aparato genital es como cualquier otro aparato del cuerpo humano, solo que referirse a él ha tenido y sigue teniendo “mala prensa”. Contar que uno tose y escupe una flema de un determinado color no tiene la misma repercusión emocional que contar que se tiene un flujo vaginal de tales características.

Puede parecer esto como demasiado obvio, pero esa forma de verlo (muy común) es otra de las maneras que tenemos, hasta los mismos profesionales, de negar estos temas. Esta forma de negarlos o de darlos como sobreentendidos y disminuir su importancia emocional es parte de lo que luego lleva a hacer pocas preguntas en el consultorio y a realizar investigaciones superficiales basadas solo en encuestas anónimas, y no tanto en aquellas por lo que tanto se preocupó Alfred Kinsey: preguntar a la gente cara a cara acerca de su sexualidad y de su genitalidad.

Recuerdo que hace años estaba yo haciendo un programa televisivo en Argentina, dos veces por semana en horas del mediodía. Se hablaba de problemas sexuales y su forma de abordaje. Si bien es cierto que el programa tenía buen *rating* y muchos televidentes solían felicitarme, muy a menudo recibía cartas amenazadoras y agraviantes por tratar “temas tan sucios y repugnantes en horas del almuerzo”.

Así como un paciente no se siente avergonzado de contarle al médico que tuvo un episodio bronquial o una arritmia, etc., tampoco debe sentir vergüenza de hablar acerca de su orgasmo, de su falta de erección, de la imposibilidad de alcanzar la penetración en una relación coital o de su falta de deseo. Debería sentirlo tan natural hasta el punto de que pueda tratar sin restricciones con otra persona (su terapeuta sexual) lo que hace con su cuerpo y su genitalidad.

Las investigaciones que se realizan cara a cara tienen el inconveniente de no encontrar demasiados sujetos (participantes) disponibles. Las que se hacen con respuestas anónimas (p.ej., encuestas repartidas en alguna institución, etc.), sabemos que tienen el gran sesgo correspondiente a la diferencia de las personas que responden frente a las que no responden la encuesta. Un ejemplo de esto es *El Informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*, publicado por primera vez en 1976, del cual no se pueden generalizar los resultados. El Informe Hite (Hite, 2002) nos aportó conocimientos importantes acerca del ejercicio de la sexualidad, pero no fue metodológicamente bien diseñado, al comenzar por la muestra.

Tratar de unificar casos con el mismo tipo de terapia, extraídos de consultorios y de terapeutas sexuales que quieran colaborar en la investigación, no deja de ser una tarea complicada. A diferencia de otros problemas psicológicos, los problemas sexuales en la mayor parte de los casos implican a dos personas, aunque muchas veces suela estar una sola en tratamiento. La influencia positiva o negativa del *partenaire*, a menudo, los terapeutas e investigadores no pueden controlar ni manejar. Aquí no podemos aislar al paciente de su pareja (aunque no la conozcamos) y las problemáticas son más importantes cuando esas parejas son ocasionales y no contamos con información para predecir sus reacciones, que estarían en muchos casos funcionando como refuerzos de sus conductas (frecuentemente de conductas negativas para su problemática).

Poder unificar el material de la muestra de una investigación sexológica en la que están involucrados problemas psicológicos, no es tarea sencilla. Tampoco es sencillo lograr una muestra aleatoria, porque los casos que se consiguen son pocos. No se pueden tomar datos de una población, aleatorizar una muestra y salir a preguntar a esos sujetos, que no conocemos ni nos conocen, acerca de su sexualidad. Podríamos trabajar con datos tomados de los consultorios, pero los sexólogos clínicos no están acostumbrados a tomar notas objetivas de sus observaciones y a recabar datos de la forma correcta para que puedan ser utilizados en una investigación científica. Casi siempre se usa, entonces, una muestra de conveniencia.

Difiere mucho la sexología que trabaja con problemáticas de causas psicológicas, de la sexología médica. Esta ha podido trabajar más con la evidencia. La sexología médica ha desarrollado y estudiado con mayor profundidad los resultados de sus terapias, al trabajar con casos donde las disfunciones se deben a causas físicas y no psicológicas. Los pacientes, al saber que sus problemas sexuales se deben a algo físico, se sienten menos avergonzados y ofrecen más datos. Además, casi todos los sexólogos que trabajan en la sexología médica son urólogos o ginecólogos y la Medicina ofrece mucha mejor imagen que la sexología.

Si partimos de las investigaciones de Kinsey antes mencionadas, nos encontramos con una cuidadosa metodología con un gran entrenamiento de sus entrevistadores, a fin de focalizarse en los temas de las entrevistas de manera uniforme, lo que dio como resultado importante el conocimiento en detalle del ejercicio de la sexualidad humana. Luego, 20 años después, Masters y Johnson estudiaron las problemáticas relacionadas con ese ejercicio y trataron de solucionarlas. Crearon técnicas terapéuticas muy

específicas para las disfunciones sexuales y las aplicaron en su institución, trabajando, a veces (cuando los consultantes no tenían pareja), con *partenaires* sustitutas que, también, fueron cuidadosamente entrenadas. Lógicamente, en la sociedad de los EE.UU. de los años 1970, esas mujeres (*partenaires* sustitutas), que ejercían este trabajo en forma remunerada, fueron encasilladas y juzgadas en muchos ámbitos como prostitutas y no como ayudantes de un trabajo sexológico, tal cual lo planteaban estos terapeutas.

Masters y Johnson aclararon que las *partenaires* sexuales que trabajaban en su institución eran mujeres solas, madres de varios hijos y jefas de familia, que nunca se habían dedicado a la prostitución. Pero la sociedad -que juzgaba y criticaba- era la misma sociedad que había crucificado a Kinsey, solo que lo hizo 20 años antes. Veinte años no cambian mucho a una sociedad; sobre todo, si no se ha hecho replanteos y se ha propuesto a cambiar.

Los resultados de la aplicación de las técnicas de Masters y Johnson y de sus investigaciones fueron un gran aporte a la sexología y abrieron un campo hasta el momento no trabajado: el poder resolver favorablemente las problemáticas sexuales de los individuos solos o en pareja. Sin embargo, en las investigaciones de estos tratamientos no hubo siempre grupos de control, por lo cual cabe preguntarse:

1. ¿Esas disfunciones sexuales se hubieran resuelto igual con el tiempo, sin terapia, tal como descubrió Eysenck (1952, 1959) que sucedió con algunos de los cuadros llamados “neurosis”?
2. ¿Esas disfunciones sexuales se hubieran resuelto igual, sin terapia, con solo un cambio de pareja y un poco de información?
3. ¿Con otras técnicas se hubieran resuelto igual esas disfunciones sexuales y en menos tiempo?
4. En otras circunstancias de tratamiento (no internados en la clínica de Masters y Johnson y con el clima ideal que la institución proveía para el tratamiento), ¿dan los mismos resultados la aplicación de las técnicas propuestas por ellos?

No hay estudios que den respuestas claras y certeras a estas preguntas. En principio, sabemos (por experiencia) que, sin la situación ideal que proveían estos terapeutas, los tiempos de tratamiento se hubieran alargado. Ni un vaginismo ni una eyacuación precoz se solucionan, actualmente, en 15 días. El mundo ha cambiado y la vida vertiginosa que se lleva en el siglo XXI casi no permite que la gente se interne 15 días para solucionar sus problemas sexuales (que, en última instancia, todavía no son considerados de vital importancia como podrían ser otros trastornos estudiados por la Medicina). El trabajo, los niños, los problemas económicos, las grandes distancias que los individuos deben recorrer y el tráfico vehicular en las grandes ciudades no permiten ni dan lugar a que los consultantes tengan sesiones terapéuticas diarias, ni puedan realizar los ejercicios indicados diariamente como proponían Masters y Johnson.

Un eyaculador precoz actual no está en condiciones de realizar todos los días la tarea de masturbarse con la técnica de arranque y parada, después de 10 horas de trabajo, de llevar y traer a los niños de la escuela y de manejar kilómetros por rutas y calles atestadas de coches, semáforos y personas. Tampoco puede realizar diariamente (por estas mismas circunstancias) las sesiones de placereado con su pareja, ni muchas de las técnicas que se utilizan para estos tratamientos: El cansancio y el poco tiempo que comparte la pareja, lo impide. Para realizar las tareas, que hoy el terapeuta sexual indica al paciente, se debe propiciar un ambiente y una motivación que den lugar a algo de deseo sexual y en una gran cantidad de casos este ambiente y esta motivación no se logran por falta de diálogo, de tiempo, por estrés, etc.

El hecho de que la terapia se alargue, por lo expuesto anteriormente, desmotiva a los pacientes.

Nada tiene que ver con la motivación que mantenían los pacientes tratados por Masters y Johnson, abocados durante 15 días solo a solucionar sus problemas sexuales, asistiendo a charlas diarias acerca de la sexualidad y en un ambiente distendido y libre de otras preocupaciones. ¿Cuánto tenía que ver la motivación en esos resultados? No lo sabemos. Tampoco en las investigaciones de Masters y Johnson, ni de Kaplan se tuvieron en cuenta características de personalidad de los sujetos disfuncionales sexualmente que consultaban, ni la falta de algunas habilidades no aprendidas.

Las investigaciones respecto a estos temas comenzaron recién en la década de 1980 y 1990. De las formas de aprendizaje que pueden llevar a las disfunciones, confirmé mediante una investigación minuciosa (Impallari y Granero, 1990), en el Instituto Kinsey de Sexología en la ciudad de Rosario, Argentina, cómo el aprendizaje lleva a la eyaculación precoz. Esto en una época en la que se sabía muy poco de su etiología. En esta investigación obtuvimos como resultado que los varones que eyaculaban precozmente, se masturbaban con imágenes que los excitaban, tipo diapositivas o fotos, y que debían apurar la masturbación debido a que la imagen desaparecía rápidamente. Por el contrario, los varones que no tuvieron eyaculación precoz, aprendieron a masturbarse con imágenes tipo película, en la que se imaginaban ser protagonistas y meterse en la situación. Por lo tanto, debían retrasar el momento del orgasmo para que este no apareciera antes de terminar la película que estaban fantaseando. De esa manera, pararon y arrancaron nuevamente con la masturbación y retardaron así el momento de la eyaculación y ello se convirtió en un aprendizaje del control eyaculatorio.

Dentro de la misma institución, se desarrollaron investigaciones respecto a características genéticas de la personalidad o aprendidas, relacionadas con las distintas disfunciones sexuales. En mis investigaciones (Granero 1990, 1994) puse de manifiesto que fueron asertivos los varones con eyaculación precoz y las mujeres con vaginismo. Que aun no pudiendo tener la relación sexual que desearían, fueron capaces de decir a su pareja lo que necesitaban para alcanzar el orgasmo y de una manera u otra lo alcanzaron. No así las personas con disfunción eréctil y las mujeres que no alcanzaron el orgasmo. En ellos, estas últimas disfunciones provocaron baja autoestima y vergüenza de lo que les pasó, sintiéndose incapaces.

La falta de asertividad con la pareja (sobre todo, asertividad sexual) fue una de las causas por las que no logran alcanzar el orgasmo. En otra investigación (Granero, 1987), llegué a la conclusión de que las mujeres que no llegaron al orgasmo no solo fueron poco asertivas, sino que tuvieron un nivel más alto de ansiedad, tuvieron menos fantasías sexuales y en los tests de androginia dieron un rol sexual más femenino tradicional (sumisa, tímida, poco exigente, etc.) a diferencia de las mujeres que alcanzaron el orgasmo, que dieron en estos inventarios resultados de menos ansiedad, más fantasías sexuales y rol sexual andrógino.

Un interesante libro de Eysenck y Wilson, *La psicología del sexo* (1981), estudia diferentes conductas sexuales que se relacionan con las distintas personalidades en las escalas de neuroticismo, psicoticismo y extraversión. Si bien, ninguna de estas investigaciones llenó todos los requisitos de una sexología basada en la evidencia, aportaron datos importantes basados en la evidencia científica acerca de qué técnicas deberíamos incorporar en los tratamientos sexológicos; por ejemplo, entrenamiento en asertividad, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática y otras técnicas que reduzcan la ansiedad y habiliten para fantasear.

El problema de la ansiedad, que casi siempre está presente en las disfunciones, tampoco se puso de manifiesto en las investigaciones anteriores a esa década. En Impallari y Granero (1988), talvez fuimos unos de los primeros que comenzaron a investigar este tema.

Las terapias sexuales propuestas e investigadas por Masters y Johnson (1970) dieron el “puntapié inicial” para el tratamiento de las disfunciones sexuales y desde allí constituyeron un área habitual, mientras tenían como base los problemas psicológicos. Pero los buenos resultados que se obtuvieron no fueron avalados por investigaciones rigurosas que confirmaran su efectividad y eficacia. Hasta el presente, casi se carece de datos comparativos. En un trabajo mío (Granero, 1988), di cuenta de tratamientos efectivos para casos de vaginismo, solo habiendo como antecedente los reportes de Masters y Johnson, y con la limitación de poca cantidad de casos.

Sexología basada en la evidencia

En el presente trabajo planteé como objetivo analizar y poner de manifiesto parte de lo existente en la sexología, al considerar los esfuerzos realizados hasta la fecha en un tema tan complejo y con la finalidad de que quienes lo lean encuentren un conjunto de conocimientos: algunos comprobados científicamente y otros que la experiencia indica como eficaces, aunque sin estudios sobre su comprobación. La idea fue reunir datos acerca de cómo está la sexología hoy, desde la perspectiva de la Psicología basada en la evidencia. Tal como señalan Labrador, Echeburúa y Becoña (2000):

La demostración experimental de la eficacia de los procedimientos terapéuticos se ha convertido actualmente en un objetivo prioritario. Las razones son varias:

- a) La debilidad y la multiplicidad de los modelos teóricos no ajenas al divorcio creciente entre el mundo académico y la realidad clínica;
- b) La demanda social de tratamientos eficaces y
- c) El objetivo prioritario de los terapeutas de mejorar a los pacientes de forma más efectiva.

La tarea de crear una sexología basada en la evidencia echa por tierra el objetivo (de las décadas del 50 y del 60) de las luchas entre escuelas, modelos u orientaciones teóricas, de querer demostrar, si una era más eficaz que las otras. El objetivo de la sexología basada en la evidencia es poder demostrar cuáles tratamientos en concreto (bien definidos operacionalmente, explicando minuciosamente sus técnicas y la forma de ponerlas en práctica) son eficaces, efectivos y eficientes:

- *Eficaces*: Por medio de investigaciones controladas deben demostrar que les sirven a los consultantes.
- *Efectivos*: De gran utilidad en la práctica clínica.
- *Eficientes*: Que ahorren tiempo y dinero en comparación con otros tratamientos.

Esto servirá tanto al profesional experimentado (que, a veces, encerrado en su oficina está lejos de los nuevos desarrollos científicos), como al joven profesional (que viene con teorías nuevas, pero no tiene experiencia). Es fundamental obtener información acerca de cuáles tratamientos son más adecuados para la problemática que el sexólogo terapeuta se propone tratar. En definitiva, es el tema que plantearon Fernández Hermida y Pérez Álvarez (2001): ¿Qué tratamiento es más eficaz, para este paciente, con este problema y en estas condiciones?

En 2001, Labrador y Crespo desarrollaron un estudio muy completo de lo realizado hasta este momento acerca de los trabajos científicos en sexología. Ellos concluyeron:

El informe preliminar de la TFPDPP (1995) incluía entre los tratamientos empíricamente validados, en concreto, entre los señalados como *tratamientos bien establecidos*, en el caso de las

disfunciones sexuales, la terapia de conducta para la disfunción orgásmica femenina y para la disfunción eréctil masculina. Se pueden citar como evidencia de la eficacia los trabajos de LoPiccolo y Stock (1986) y Auerbach y Killmann (1977).

En el informe de Chambless et al. (1998) se incluyen entre los tratamientos empíricamente validados, en concreto entre los tratamientos probablemente eficaces, los siguientes:

- Aproximación de tratamiento combinado de Hurlbert para el bajo deseo sexual femenino (Hurlbert, White, Powell y Apt, 1993).
- Terapia sexual de Masters y Johnson para la disfunción orgásmica femenina (Everaerd y Dekker, 1981).
- Combinación de terapia sexual y marital de Zimmer para el bajo deseo sexual femenino (Zimmer, 1987).

Parece, entonces, que existen tratamientos psicológicos cuya eficacia ya se considera empíricamente validada para las disfunciones sexuales, aunque ciertamente son pocos y solo para algunas de las disfunciones. Esto no quiere necesariamente decir que no existan otros tratamientos eficaces para estos problemas, solo que no han demostrado aún empíricamente e inequívocamente su eficacia. Sin embargo, las revisiones de O'Donohue, Dopke y Swingen (1997), O'Donohue y Geer (1993) y O'Donohue, Swingen, Dopke y Regev (1999) sobre disfunciones sexuales femeninas y masculinas, cuestionaron estas consideraciones.

En el artículo "Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review" (O'Donohue, Dopke, & Swingen, 1997) revisaron todos los artículos en las bases de datos desde 1970 sobre tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales femeninas y, entre ellos, seleccionaron los que al menos cumplieron dos criterios, a su juicio condiciones mínimas, que permitan una interpretación significativa de los resultados obtenidos: (a) La asignación aleatoria de los sujetos (participantes) a las condiciones experimentales (tratamientos) y (b) al menos un grupo de comparación (o una condición de comparación en los diseños de caso único).

De acuerdo con sus informaciones, aproximadamente el 80% de los estudios encontrados no reunía estas condiciones, la mayoría por no incluir un grupo de comparación. En consecuencia, se incluyeron en la revisión solo los 21 estudios que cumplían esas condiciones y sus conclusiones no parecen muy alentadoras (O'Donohue, Dopke y Swingen, 1997, p. 561):

Los resultados de esta revisión, también, revelan que no hay tratamiento alguno para ninguna de las disfunciones sexuales femeninas que se haya mostrado como bien establecido, de acuerdo con las especificaciones de la *Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995). Esta conclusión, sorprendentemente, no es consistente con el informe de la *Task Force*. Este informe señala que 'la terapia conductual para la disfunción orgásmica femenina' está bien establecido. Sin embargo, no cita dos estudios utilizando manuales de tratamiento que muestren que el tratamiento es más efectivo que el placebo u otro tratamiento. Más bien, simplemente, cita una revisión (LoPiccolo y Stock, 1986).

En su trabajo posterior, "Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review" (O'Donohue et al., 1999), revisaron los trabajos existentes desde 1970 sobre intervención psicológica en disfunciones sexuales masculinas. Solo 19 de los 98 trabajos publicados reunieron los criterios mínimos de inclusión arriba señalados, y tras su revisión las conclusiones fueron similares:

Siguiendo esos criterios [los de la Task Force de 1995], nuestra revisión revela que no existen tratamientos bien establecidos para las disfunciones sexuales masculinas. Esto contradice el informe de la propia Task Force que afirma que en trastornos masculinos de la erección está bien establecido. Irónicamente, de los dos artículos que cita la Task Force para apoyar su conclusión, uno es una revisión (LoPiccolo y Stock, 1986) y el otro es un estudio controlado que no informa del uso de un manual de tratamiento (Auerbach y Kilmann, 1977). Es evidente que estos trabajos citados como evidencia científica no reúnen los propios criterios de la Task Force para considerar un tratamiento como bien establecido (p. 623).

No obstante, poco después señalan que, “a pesar de la escasez de investigación consistente en el área de la psicoterapia para las disfunciones sexuales masculinas, los profesionales continúan manteniendo su eficacia [terapéutica]” (p. 623).

Otras revisiones importantes, como las de Rosen y Leiblum (1995) y la de Segraves y Althof (1998), aunque menos rigurosas, insisten en esta línea de resaltar los serios problemas metodológicos que tienen la mayor parte de las investigaciones sobre tratamientos psicológicos de las disfunciones sexuales. Además, ambas resaltan la progresiva importancia que están tomando en este ámbito de actuación clínica los acercamientos médicos y biológicos en general: “Comenzando en los años ochenta, sin embargo, la investigación y la práctica en terapia sexual se ha centrado de forma progresiva en el papel de los factores orgánicos y biomédicos” (Rosen y Leiblum, 1995, p. 877) y que “a partir de mediados de los ochenta se desarrolla la actual era de la Psicobiología. Esta época se distingue por la medicalización (Tiefer, 1995) de los acercamientos terapéuticos, principalmente para las disfunciones sexuales masculinas” (Segraves y Althof, 1998, p. 449).

Los estudios realizados evidencian que no queda clara la situación acerca de tratamientos eficaces en terapia sexual sin trastornos físicos. Faltan trabajos que cumplan las condiciones metodológicas necesarias y que contrasten de forma empírica que existen tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones. Algo mejor se ha conseguido con los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, aunque estos tampoco tienen un seguimiento adecuado ni la cantidad de casos necesarios, ni muestras aceptables científicamente.

Que no se haya comprobado empíricamente, no significa que no existan tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Tampoco se ha comprobado científicamente que estos sean ineficaces. Continuamente, hay personas que buscan tratamientos para sus problemáticas en el ejercicio de su sexualidad y parecería que un alto porcentaje mejoran, aunque no encontremos trabajos que prueben con seriedad su eficiencia. Como sabemos, la aplicación de los tratamientos está en manos de los sexólogos clínicos que son en su mayoría psicólogos que se han especializado en sexología y, al parecer, ni estos ni las instituciones a las que pertenecen se han interesado como debieran en constatar empíricamente su eficacia y eficiencia.

En cambio, los tratamientos para las disfunciones con causas orgánicas están en su mayoría en manos de sexólogos clínicos, que son médicos urólogos o psiquiatras, cuyas investigaciones están en la mayor parte de los casos subsidiadas económicamente por laboratorios farmacéuticos. De hecho, cantidad de veces son los mismos laboratorios que promueven y ayudan económicamente para que se realicen esas investigaciones. En terapias sexuales psicológicas, pocas veces este tipo de estudios son subsidiados, porque sus conclusiones no aportan ganancias a alguna institución comercial.

Es difícil, también, que instituciones universitarias las subsidien, pues casi no hay cátedras de

sexología en las universidades, ni se puede obtener la especialidad de sexólogo en la mayor parte de ellas. Todavía en el siglo XXI, la sexología sigue siendo tabú en los ámbitos académicos. Podríamos asegurar que en esta disciplina faltan investigadores que se dediquen a indagar lo que los clínicos hacen en sus consultorios frente a las disfunciones sexuales y otras problemáticas de la sexualidad cuando tienen causas psicológicas o sociales, pues los clínicos son más bien prácticos y no personas dedicadas a la investigación.

Es de suma urgencia, entonces, establecer en forma rigurosa definiciones operacionales de cada disfunción y de su sintomatología, como también de los problemas ocasionados por la violencia sexual, la diversidad sexual, la discriminación y la carencia de educación sexual. Será necesario, también, definir y delimitar los procedimientos diagnósticos para luego llegar a conclusiones acerca de si han mejorado, en qué medida lo han hecho, si han desaparecido totalmente o alguna de sus sintomatologías (con seguimientos adecuados) y si las desapariciones no ocurrieron de forma espontánea. Debemos definir, también, a qué llamamos “mejoras”.

Recordemos que algunas veces escuchamos en el consultorio relatos de pacientes que nos cuentan de alguna disfunción que tuvieron en el comienzo del ejercicio de su sexualidad y cuando comenzaron a vivir juntos con su pareja, o se casaron, o llegaron los hijos, estas remitieron de forma espontánea. Al respecto, Kinsey se interesó tanto por los problemas sexuales, entre otras cosas, porque al casarse no podía tener relaciones sexuales coitales a causa de un vaginismo de su esposa, que se fue solucionando sin tratamiento.

Si tomamos trabajos más recientes, al saltar de los de Labrador y Crespo a un libro publicado en el año 2012 *Medicina sexual basada en la evidencia: Encuentro argentino multidisciplinario* (Bertolino et al., 2012), no encontramos grandes diferencias de resultados, aunque entre uno y otro hayan pasado más de diez años. Dicen los autores:

Se puede señalar una serie de investigaciones bien controladas, que ponen de relieve la eficacia de los tratamientos psicosexológicos: los trabajos de Mohr y Beutler (1990), Seraves y Althof (1998), De Amicis, Goldberg, LoPiccolo, Friedman & Davies (1985) y Hawton, Catalan, Martin & Fagg (1986). Estos tipos de tratamiento incluyen intervenciones cognitivas, sistémicas y de comunicación personal. La mayoría de los tratamientos aplican paquetes multimodales que no permiten especificar la eficacia diferencial en sus distintos componentes. En general, los resultados son mejores en los hombres que presentan problemas secundarios que primarios (p. 33).

[...] Las tasas de eficacia en trabajos con un control metodológico adecuado oscilan desde el 53%, para un tratamiento basado solo en la comunicación (con la pareja) y con un contacto mínimo con el terapeuta, hasta el 90% para un tratamiento que incluya educación, entrenamiento en comunicación y habilidades sociales (p. 34).

Los diferentes procedimientos terapéuticos, médicos o quirúrgicos, cuyo objetivo fundamental es conseguir una buena erección, tienen una eficacia en general bien establecida, porque centran esta eficacia en la respuesta eréctil. No hay estudios que comparen la eficacia de estos procedimientos con las terapias sexuales, porque estos tratamientos médicos y/o quirúrgicos no evalúan otros factores que pueden provocar la disfunción eréctil (problemas de pareja, ansiedad, miedo a la intimidad, conducta de espectador, habilidades de comunicación e interacción sexual) (Rajman, Finger, Kusnetzoff, Lance, Rodríguez Baigorri, 2012) (p. 35).

Grasso, Sapetti, Rodolico, Lebel y Báez (2012) aportaron un resumen de técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio utilizadas en cuanto a los tratamientos de la eyaculación precoz. Destacaron la disminución de la ansiedad, mejora de la comunicación diádica y la autoestima. Utilizaron para este fin: la educación e información sexual, la hipnosis, técnicas de relajación, desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva, focalización sensorial, entrenamiento para compartir fantasías y planificación de expectativas. Resumen que la escasa existencia de trabajos científicos estadísticamente significativos en cuanto a la validez de una sola técnica en particular avala la opinión generalizada de que el terapeuta debe implementar varias técnicas simultáneamente. Que muchos hombres responden mejor a un conjunto de técnicas que a procedimientos aislados y que algunos varones evolucionan favorablemente cuando la pareja es incluida y colabora activamente tanto en sesiones como en las sugerencias específicas por realizar fuera del consultorio. Concluyen, luego de revisar amplia bibliografía, que no existen trabajos de metanálisis ni de corroboración de estas técnicas.

Como parece desprenderse, también, de la revisión de estos trabajos, que en realidad puedo concluir (al igual que con la revisión de los anteriores), que hay un cierto consenso de que la terapia sexual ayuda a resolver los problemas de disfunciones sexuales masculinas, pero que no se sabe cuáles técnicas son mejores que otras, ni cuáles procedimientos son más eficaces y acortan el tiempo de tratamiento.

Al continuar la búsqueda, analicé el contenido de algunos de los *Catálogos latinoamericanos de publicaciones sexológicas* del Centro de Documentación y Publicaciones de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES) dirigidos por Andrés Flores Colombino (1998-2013), sin encontrar mejores resultados. El último tomo, el 15, año 2011-2013, contiene los trabajos que en este último período fueron presentados en los Congresos Latinoamericanos de Sexología, en el Congreso Mundial de la Asociación Mundial para la Salud Sexual (septiembre 2013, Porto Alegre), en congresos locales (de cada país perteneciente a la Federación), entre los que se encuentra el Segundo Congreso Argentino de Sexología realizado por la Federación Sexológica Argentina y la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología en la ciudad de Rosario, Argentina, con más de 600 asistentes y alrededor de 80 trabajos y publicaciones latinoamericanas. Comprende lo más reciente y actualizado en Latinoamérica (más España y Portugal por pertenecer a FLASSES) e incluye este Catálogo los trabajos presentados al último congreso de FLASSES en Medellín, Colombia, en el año 2012.

Estos catálogos contienen 2,073 publicaciones de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, España, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, Uruguay, Venezuela, etc. Argentina, Brasil, España, Uruguay y Venezuela son los países que aportaron mayor cantidad de trabajos.

No se encuentran allí tampoco ponencias o publicaciones en sexología basadas en la evidencia que cumplan con todos los requisitos metodológicos requeridos, salvo en el área de la sexología médica, referida a disfunciones sexuales y fármacos. No obstante, los contenidos en estos Catálogos latinoamericanos son trabajos interesantes de países de habla hispana que aportan mucho conocimiento a esta disciplina desde distintas miradas e intereses.

Más de la mitad se refiere a la *educación sexual* y desarrollan variadas técnicas para clases, cursos y talleres. Otros son encuestas acerca de la educación sexual, sus ámbitos. Hay trabajos sobre tratamientos de abuso sexual, de delinquentes sexuales, de violencia. También, sobre derechos sexuales, erotismo, pornografía, diversidad sexual, discriminación, importancia de las relaciones de pareja,

infidelidad, dificultades sexuales en la discapacidad y distintas enfermedades, sobre abortos y sus consecuencias. Distintas miradas acerca de las nuevas formas de sexualidad e intimidad. Muchos sobre disfunciones sexuales con causa física y psicológica. Algunos relacionan a la sexualidad con el arte, la literatura, los refranes, etc. Se reportan presentaciones acerca de la formación de los terapeutas y los educadores sexuales y, también, de la prevención en educación sexual frente a las nuevas tecnologías y el peligro que esto conlleva para niños y adolescentes.

Nuevamente, en este amplio estudio, no se hallan investigaciones rigurosas que aporten datos sobre eficiencia de técnicas terapéuticas o de distintos tipos de terapias psicológicas que puedan aplicarse a las disfunciones sexuales, aunque son de gran interés e importancia para la moderna sexología.

En una revisión exhaustiva de los ejemplares de la *Revista Latinoamericana de Sexología*, publicados desde 1986 al 2002 por la Sociedad Colombiana de Sexología, y que fue la revista oficial de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), tampoco encontré publicado trabajos basados en la evidencia que den cuenta de cuáles tratamientos son mejores que otros para las disfunciones sexuales sin base orgánica.

En un trabajo recientemente publicado sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para la disfunción sexual, que incluye una revisión sistemática y un metanálisis, Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder & Barth (2013) publicaron que la investigación sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas es escasa y se carece de una revisión actualizada de los resultados de los estudios. Para suplir esta carencia, realizaron una revisión sistemática y metanálisis de todos los estudios disponibles entre 1980 y 2009 con el fin de examinar la eficacia de las intervenciones psicológicas para los pacientes con disfunción sexual. Se incluyeron en el metanálisis un total de 20 estudios controlados aleatorizados, que compararon la intervención psicológica con pacientes en una lista de espera. Encontraron que las intervenciones psicológicas eran eficaces para reducir la severidad de los síntomas en mujeres con deseo sexual hipoactivo y en aquellas con trastorno orgásmico. Su revisión sistemática concluyó que hay pocos estudios comparativos disponibles y que estos tienen una gran variabilidad de tamaño de efecto entre estudios. En conclusión, encontraron que las intervenciones psicológicas fueron las opciones de tratamiento más eficaces para la disfunción sexual. Sin embargo, la evidencia varía considerablemente entre los trastornos individualmente considerados. Existe en la actualidad buena evidencia para el caso del deseo sexual hipoactivo en mujeres y para el trastorno orgásmico femenino. Es necesario realizar más investigaciones acerca de las intervenciones psicológicas con otras disfunciones sexuales, sus efectos a largo plazo y la comparación de los efectos encontrados.

En estos últimos años, se destacaron los trabajos de *sexología médica* por encima de los que describen tratamientos psicológicos asociados a la terapia sexual. No obstante, la situación no ha cambiado: la cantidad de casos sigue siendo escasa, no en todos hay grupos de control, las definiciones no son operacionales y no se utiliza una metodología científica, ni cualitativa ni cuantitativa, que llene los requisitos para construir una sexología basada en la evidencia.

Las *terapias sexuales*, como señalé anteriormente, tienen como principal objetivo el alivio sintomático y el mejoramiento de la función sexual del paciente; por lo tanto, sus objetivos se encuentran focalizados a encontrar los obstáculos que impiden una sexualidad satisfactoria. Su innovación está en el suministro de información y la utilización de sugerencias específicas (tareas sexuales y comunicacionales) a realizar fuera de las sesiones. Los terapeutas sexuales sabemos que, si damos una tarea al

paciente, este tendrá seguramente algún tipo de dificultad para realizarla (como ocurre frecuentemente en los tratamientos). También, al dar una tarea, lo que estamos buscando es introducir un cambio en el sistema al señalar las pautas de interacción de la pareja y, ya sea que las hagan o no, nos develan aspectos estructurales o vinculares que a veces no aparecen en la comunicación verbal en el consultorio del terapeuta.

En el curso de estas terapias, se acostumbra a atender también otros conflictos psicológicos o familiares, así como los vínculos primarios o de pareja, pero siempre apuntando al objetivo principal: la remisión de los síntomas sexuales. El uso conjunto de técnicas corporales y vivenciales que acompañan a las sesiones terapéuticas centradas en la problemática sexual, sumado a una comprensión acerca de la aparición o persistencia del problema, constituye la especificidad y la efectividad de las llamadas *psicoterapias sexuales*.

Conclusiones

La sexología basada en la evidencia está aún en sus comienzos. Faltan más investigaciones que corroboren la eficacia y la eficiencia de las técnicas que se están aplicando en las diferentes terapias. Para esto, es necesaria la formación de los sexólogos clínicos y educativos en las áreas de la investigación científica, como la obtención de subsidios para ello. Las universidades deberían incorporar en sus planes académicos la sexología como materia, dado la cantidad de personas que consultan por problemáticas sexuales y los esfuerzos que están realizando los sexólogos desde hace medio siglo en tratar de mejorarlas. Es urgente, también, la incorporación de la sexología para lograr más estudios y planes de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y otras consecuencias de un mal ejercicio de la sexualidad.

Mientras la sexología y la sexualidad sigan siendo un tema casi tabú, aún en las Facultades de Medicina y de Psicología, esta será una tarea difícil de llevar adelante. Solo desde la sexología médica ejercida por médicos urólogos, ginecólogos y hasta psiquiatras (muchos de ellos con escasa formación en terapia sexológica de los problemas sexuales de origen psicológico) se reportan trabajos basados en la evidencia. Estos tienen que ver, como desarrollé antes, con causas física o efectos de medicamentos.

Desde la Psicología, también, se reportan trabajos científicos que aportarían a una sexología basada en la evidencia; sin embargo, estos trabajos fueron realizados en su mayoría por psicólogos no especializados en sexología.

Como explicité al comienzo de este trabajo, la sexología es una ciencia incómoda y lo seguirá siendo, mientras no se puedan ver y pensar los genitales como una parte del cuerpo humano tan aceptable como las otras partes y al ejercicio de la genitalidad como una conducta respetable. Este ejercicio es un comportamiento normal y vital que compromete lo biológico, lo psicológico y lo social de las personas. Además, las relaciones sexuales (coitales o no) son consideradas normales, mientras no provoquen daño a quien las ejerza ni a su pareja, mientras no fuercen a otro a realizar actos que no desea, y se den entre personas adultas y responsables de sus actos. Trabajar por una buena salud sexual y reproductiva, trabajar por la prevención de enfermedades de transmisión sexual, de violencia sexual y de género, de homofobia y la discriminación de la homoparentalidad, es trabajar por una mejor calidad de vida.

Es, en última instancia, trabajar para el desarrollo del amor, de los buenos vínculos, de una niñez sana, de una adultez responsable y cuidadosa y de los derechos humanos a la libertad y al placer. Es tra-

bajar por el respeto al otro, por la solidaridad y el mejoramiento de la especie humana. Por eso, son tan necesarios trabajos científicos que aporten a los sexólogos clínicos y educativos mejores elementos y herramientas para su desenvolvimiento profesional y una educación sexual científica que no solo prevenga los factores de riesgo, sino que también trabaje para crear factores de protección que son los que en última instancia formarán personas resilientes, con una autoestima que les permita cuidarse y respetarse.

Referencias

- Acuña de Figueroa, F. E. (1922). *Nomenclatura y apología del carajo*. Montevideo, Uruguay: Claudio García.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV*. Washington, D.C., US: Author.
- Anmuth, L. y Villalonga, M. (2011). *La rutina sexual en la pareja*. Rosario, Argentina: Asociación rosarina de estudio y asistencia psicológica. Recuperado de <http://www.areap.com.ar/articulo/esta-noche-no-la-rutina-y-el-deseo-sexual-en-la-pareja-0>
- Auerbach, R. & Kilmann, P. R. (1977). The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy*, 8(3), 330-339. doi: 10.1016/S0005-7894(77)80065-8
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 51-65. doi: 10.1080/009262300278641
- Basson, R., Brotto, L. A., Laan, E., Redmond, G. & Utian, W. H. (2005, May). Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 291-300. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x
- Bertolino, V., Cenice, F., Helien, A., Nagelberg, A., Terradas, C. & Vazquez, J. (ed.) (2012). *Medicina sexual basada en la evidencia: Encuentro argentino multidisciplinario*. Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ..., & Woody, S. R. (1998, Winter). Update on empirical validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3-15. Recuperado de http://homepage.psy.utexas.edu/HomePage/Group/telchlab/Powers_files/ValidatedTx.pdf
- De Amicis, L. A., Goldberg, D. C., LoPiccolo, J., Friedman, J. & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couple's treatment for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 14(6), 467-489.
- Everaerd, W. & Dekker, J. (1981). A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7(4), 278-289. DOI: 10.1080/00926238108405429
- Eysenck, H. J. (1952, Oct). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 659-663. <http://dx.doi.org/10.1037/h0063633>
- Eysenck, H. J. (1959). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Eysenck, H. J. y Wilson, G. T. (1981). *Psicología del sexo*. Barcelona, España: Herder.
- Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13(3), 337-344. <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7889/7753>
- Flores Colombino, A. (Coord.). (1998-2012). *Catálogos latinoamericanos de publicaciones sexológicas Tomos 11-15*. Montevideo, Uruguay: Centro de Documentación y Publicaciones de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual.
- Flores Colombino, A. (2000). *Disfunciones y terapias sexuales del 2000*. Montevideo, Uruguay: A&M.
- Freud, S. (1948). La feminidad. En S. Freud *Obras completas, Vol. 1* (pp. 839-851). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

- Frühau, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T. & Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6), 915-933. doi: 10.1007/s10508-012-0062-0
- Granero, M. (1987). Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 19(1), 71-81.
- Granero, M. (1988). Técnicas sexuales y comportamentales para el tratamiento del vaginismo en mujeres casadas y solteras. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 3(1), 55-66.
- Granero, M. (1990). Asertividad y disfunción eréctil secundaria total, una forma de terapia. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 5, 55-61.
- Granero, M. (1994). La investigación sexológica: Asertividad y disfunciones sexuales. *Psicología Contemporánea*, 1(2), 74-79.
- Granero, M. C. e Impallari, J. (1990). Relación entre eyaculación precoz y ansiedad, temores, asertividad y otras dimensiones de la personalidad. *Revista Latinoamericana de Sexología*, 5, 303-315.
- Grasso, E., Sapetti, A., Rodolico, M. C., Lebel, D. y Báez, L. (2012). Eficacia de los tratamientos psicosexológicos en la eyaculación precoz. En V. Bertolino, F. Cenice, A. Helien, A. Nagelberg, C. Terradas & J. Vazquez (ed.) *Medicina sexual basada en la evidencia. Encuentro argentino multidisciplinario* (pp. 39-44). Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P. & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24(6), 665-675. DOI: 10.1016/0005-7967(86)90062-8
- Hite, S. (2002). *El Informe Hite: estudio de la sexualidad femenina*. Madrid, España: Punto de Lectura.
- Impallari, J. y Granero, M. C. (1988). Antecedentes y relaciones entre formas de masturbación y tipos de fantasías en eyaculadores precoces y en personas con buen desempeño eyaculatorio (2º Informe). *Revista Latinoamericana de Sexología*, 3(1), 13-24.
- Kaplan, H. S. (1978). *Manual ilustrado de terapia sexual*. Buenos Aires, Argentina: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1987). *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona, España: Grijalbo.
- Kaplan, H. S. (1996a). *La nueva terapia sexual I*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Kaplan, H. S. (1996b). *La nueva terapia sexual II*. Buenos Aires, Argentina: Alianza.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. B. & Martin, C. E. (1948). *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, US: Saunders.
- Kinsey, A., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. & Gebhard, P. H. (1953). *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, US: Saunders.
- Krafft-Ebing von, R. (1886/1970). *Las psicopatías sexuales*. Panamá: Sagitario.
- Labrador F. J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), 428-441. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7896/7760>
- Labrador, F. J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid, España: Dykinson.
- LoPiccolo, J. & Stock, W. E. (1986, April). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 158-167. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.158>
- Masters, W. H. y Johnson V. E. (1967). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Intermédica.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1972). *Incompetencia sexual humana*. Buenos Aires, Argentina: Intermédica.
- Masters, W. H. y Johnson V. E. (1995). *El vínculo del placer*. México: Grijalbo Mondadori.

- Mohr, D. C. & Beutler, L. E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review, 10*(1), 123-150. DOI: 10.1016/0272-7358(90)90110-V
- Musso, J. R. (1985). Terapias sexuales y terapias comportamentales: reflexiones epistemológicas. *Revista Latinoamericana de Psicología, 17*(1), 113-119.
- Musso, J. R. (1989). Las terapias sexuales: paradigma de las psicoterapias. *Revista Latinoamericana de Sexología, 4*, 127-150.
- Musso, J. R. (1990). Las conductas sexuales desadaptativas: ¿disfuncionales o no disfuncionales? *Revista Latinoamericana de Sexología, 5*, 251-259.
- O'Donohue, W. T., Dopke, C. A. & Swingen, D. N. (1997). Psychotherapy for female sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review, 17*(5), 537-566. DOI: 10.1016/S0272-7358(97)00013-5
- O'Donohue, W. T. y Geer, J. H. (Eds.) (1993). *Handbook of the Assessment and Treatment of the Sexual Dysfunctions*. Boston, US: Allyn & Bacon.
- O'Donohue, W. T., Swingen, D. M., Dopke, C. A. y Regev, L. G. (1999). Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *Clinical Psychology Review, 19*(5), 591-630. DOI: 10.1016/S0272-7358(98)00063-4
- Rajman, M., Finger, L., Kusnetzoff, J. C., Lance, J., Rodriguez Baigorri, G. (2012). Eficacia de los tratamientos psicosexológicos de la disfunción eréctil. En V. Bertolino, F. Cenice, A. Helien, A. Nagelberg, C. Terradas & J. Vazquez (ed.), *Medicina sexual basada en la evidencia. Encuentro argentino multidisciplinario* (pp. 31-37). Buenos Aires, Argentina: Lilly.
- Rosen, R. C. & Leiblum, S. R. (1995, Dec). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(6), 877-890. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.6.877>
- Segraves, R. T. & Althof, S. (1998). Psychotherapy and pharmacotherapy of sexual dysfunction. In P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 447-471). New York, US: Oxford University Press.
- Tiefer, L. (1995). *Sex is not a natural act and other essays*. Boulder, Colorado, US: Westview.
- Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy, 13*(3), 193-209. DOI: 10.1080/00926238708403892

Recibido 20 de agosto de 2014
 Revisión recibida 22 de octubre de 2014
 Aceptado 15 de noviembre de 2014

Reseña de la autora

Mirta Granero es psicóloga y profesora universitaria de Psicología (títulos otorgados por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina) y educadora sexual acreditada por el Comité Regional de Educación Sexual para América Latina y el Caribe (CRESALC, 1991), sexóloga clínica acreditada por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES, 1991) y la Federación Sexológica Argentina (FESEA, 2005), modificadora del comportamiento acreditada por la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapias Cognitivo Comportamentales (ALAMOC, 1986), autora de los reglamentos de FLASSES para acreditaciones de educadores sexuales y sexólogos clínicos (1996), miembro del Comité de Acreditaciones de FLASSES, ex vicepresidenta de ALAMOC, miembro fundador y de honor de la Asociación Rosarina de Educación Sexual y Sexología (ARESS), primera vicepresidenta de FESEA, profesora titular e investigadora de la Universidad Nacional de Rosario en Argentina (1970-2013), miembro consultor y evaluador de investigaciones y proyectos de universidades nacionales de Argentina, directora del Instituto Kinsey de Sexología de Rosario, Argentina, y autora de numerosos trabajos de investigación en sexología y terapia cognitiva y profesora invitada en universidades de España, México, Colombia, Chile, Brasil, Uruguay, Cuba y Perú, entre otros.

Primera publicación en línea (*e-print*): 24 de diciembre de 2014

Efectividad del tratamiento de la violencia contra la pareja en pacientes drogodependientes

Effectiveness of Intimate Partner Violence Treatment in Drug-addicted Patients

Javier Fernández-Montalvo, Alfonso Arteaga Olleta y José J. López-Goñi

Universidad Pública de Navarra, España

Resumen

En este artículo se analiza la efectividad de los programas de tratamiento psicológico para drogodependientes, que presentan conductas violentas contra la pareja. Para ello, se revisan, en primer lugar, los estudios que valoran la influencia del tratamiento habitual sobre las adicciones y la reducción de las conductas violentas contra la pareja. En segundo lugar, se analizan los resultados de los programas de intervención conjunta que se han desarrollado hasta la fecha, en el ámbito internacional, en los centros de tratamiento para la adicción con drogodependientes que ejercen, además, violencia contra la pareja. Los resultados muestran, por una parte, que la intervención con pacientes adictos produce una disminución importante en la tasa de violencia contra la pareja asociada a la adicción. Por otra parte, los programas de intervención con adicciones constituyen un marco de gran utilidad para aplicar, de forma conjunta, tratamientos específicos para aquellos adictos con un problema asociado de violencia contra la pareja. Los resultados de estos programas de intervención muestran los mejores datos en la reducción de la tasa de violencia contra la pareja de los pacientes adictos. Se comentan las implicaciones de todo ello para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: adicciones, violencia contra la pareja, tratamiento, efectividad, evaluación

Abstract

In this paper, the effectiveness of psychological treatment programs for drug-addicted patients who present violent behaviors against their intimate partner is analyzed. To this end, studies examining the influence that usual addiction treatment has on reducing intimate partner violence are reviewed. Moreover, this paper reviews the joint intervention programs that have been implemented internationally to date in drug-addiction treatment centers with patients who present both substance abuse and partner violence. The results show, first, that usual intervention with addicted patients produces a significant decrease in the rate of intimate partner violence associated with addiction. Secondly, intervention programs with addictions constitute a very useful framework for the joint application of specific treatments for those addicted patients with associated problems of intimate partner violence. The results of these integrated programs show the best results in reducing the rate of intimate partner violence in addicted patients. Implications for clinical practice and future research in this field are commented.

Keywords: Addictions, Intimate Partner Violence, Treatment, Effectiveness, Evaluation

Javier Fernández-Montalvo, Alfonso Arteaga-Olleta y José J. López-Goñi, Departamento de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra, España.

La correspondencia en relación con este artículo se dirige a Javier Fernández-Montalvo, Departamento de Psicología y Pedagogía, Universidad Pública de Navarra, Campus de Arrosadía s/n, 31006 Pamplona, España, dirección electrónica: fernandez.montalvo@unavarra.es



La relación entre el consumo de drogas y el desarrollo de conductas violentas está bien establecida en la actualidad. Numerosos estudios muestran altas tasas de violencia entre los pacientes drogodependientes que acuden a tratamiento (Clements & Schumacher, 2010; Fernández-Montalvo, López-Goñi & Arteaga, 2011; Fernández-Montalvo, López-Goñi, Arteaga & Cacho, 2013; Marshall, Fairbairn, Li, Wood & Kerr, 2008; Moore et al., 2008). Aunque se desconoce todavía la relación causal entre ambos fenómenos (Boles & Miotto, 2003; Goldstein, 1985, 1989; Marshall et al., 2008; Martin & Bryant, 2001). Dichos estudios muestran que los pacientes adictos con conductas violentas asociadas presentan una mayor gravedad en su adicción, un mayor grado de consumo de sustancias, un mayor número de síntomas psicopatológicos asociados y un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana (Fernández-Montalvo, López-Goñi & Arteaga, 2012; Landa, Fernández-Montalvo, López-Goñi & Lorea, 2006).

Por lo que se refiere más específicamente a la violencia de pareja, uno de los principales datos que se repite en los diferentes estudios llevados a cabo hasta la fecha es la elevada presencia de consumo de alcohol y/o de otras drogas entre los hombres violentos contra la pareja (Amor et al., 2010). Por ejemplo, en diferentes estudios españoles (Echeburúa, Fernández-Montalvo & Amor, 2003; Fernández-Montalvo, Echeburúa, & Amor, 2005; Fernández-Montalvo & Echeburúa, 1997, 2005), aproximadamente el 48% de los agresores presentaron problemas de abuso o dependencia alcohólica y cerca de un 20% consumo de otras drogas. Esta misma relación se observa, también, cuando se analiza el problema desde la perspectiva inversa. Investigaciones más recientes mostraron que aproximadamente entre un 30% y un 60% de los pacientes drogodependientes presentaron episodios violentos contra la pareja antes del inicio del tratamiento para su adicción (Arteaga, Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2012; Easton, Swan & Sinha, 2000; Fals-Stewart, Golden & Schumacher, 2003; Klostermann, Kelley, Mignone, Pusateri & Fals-Stewart, 2010; Langenderfer, 2013; O'Farrell & Murphy, 1995). Ello ha llevado a que en los últimos años haya aumentado la preocupación por la relación existente entre el maltrato a la pareja y el consumo de drogas (Fernández-Montalvo et al., 2011; Moore et al., 2008).

En consecuencia, varios autores se han centrado en analizar la evolución de las conductas violentas entre los pacientes drogodependientes. Los resultados de estos estudios, que se analizarán con más detalle posteriormente, muestran que el tratamiento de la drogadicción provocó una disminución importante de las conductas violentas de los pacientes adictos (Maiden, 1997; Murphy & Ting, 2010; O'Farrell, Murphy, Stephan, Fals-Stewart & Murphy, 2004; O'Farrell, Van Hutton & Murphy, 1999; Schumm, O'Farrell, Murphy & Fals-Stewart, 2009; Stuart et al., 2003), aunque no supone necesariamente la eliminación de dichas conductas. Además, debido a la importancia del tema, se han comenzado a desarrollar distintos programas de intervención que intentan tratar, bien de forma simultánea, bien de forma secuencial, tanto los problemas de dependencia de sustancias como los problemas relacionados con la violencia de pareja (Easton & Sinha, 2002; Goldkamp, Weiland, Collins & White, 1996). Considerar los programas de tratamiento de drogodependencias, como un posible contexto para identificar agresores contra la pareja e intervenir simultáneamente en ambas problemáticas, es novedoso y los estudios son todavía escasos. Por ello, en este texto se ofrece un análisis de las características de los estudios empíricos desarrollados sobre el tratamiento de la violencia de pareja en el ámbito de las adicciones. Se trata de identificar, de forma precisa, la efectividad de los programas de intervención para la violencia contra la pareja en pacientes adictos que solicitan tratamiento por su adicción.

Tratamiento de la violencia contra la pareja en el ámbito de las drogodependencias

Se investigaron dos tipos de estudios sobre el tratamiento de pacientes adictos que presentan conductas violentas hacia la pareja: (a) Estudios que valoran el efecto que tiene el tratamiento para la adicción sobre la violencia de pareja y (b) estudios que evalúan la eficacia del tratamiento específico de la violencia de pareja en pacientes adictos. A continuación, se presentan los principales datos empíricos a la fecha.

Efecto del tratamiento para la adicción sobre la violencia de pareja

En la actualidad, existen varios estudios que analizan el efecto que el tratamiento de la drogadicción tiene sobre las conductas violentas contra la pareja en los pacientes adictos (Murphy & Ting, 2010). En estos casos, no se aplica una intervención específica para la violencia, sino que evalúa la frecuencia e intensidad de la violencia antes y después de recibir un tratamiento para la drogadicción. Un resumen de las principales características de los estudios desarrollados hasta la fecha y sus resultados, se presenta en la tabla 1.

Los resultados ponen de manifiesto que los programas habituales de intervención para las adicciones, en pacientes drogodependientes con problemas asociados de violencia contra la pareja, provocan una disminución importante en las conductas violentas, a pesar de no intervenir específicamente en este ámbito. En el estudio de Maiden (1997), por ejemplo, la violencia contra la pareja disminuyó en un 51% sin haber recibido una intervención específica para ello. Lo mismo ocurre en el resto de los estudios, con disminuciones muy importantes en las tasas de violencia: un 24% en el estudio de O'Farrell et al. (1999), un 33% en el de Stuart et al. (2003), un 36,5% en el de O'Farrell et al. (2004) y un 37,2% en el de Schumm et al. (2009). Este tipo de intervenciones consiguen una reducción en la probabilidad de cometer un nuevo acto violento (calculada mediante la división entre la tasa de violencia antes y después de la intervención) entre 1,5 y 3,5 veces al año de seguimiento y entre 2,5 y 3,2 veces a los dos años.

Un aspecto importante por destacar consiste en que en algunos estudios se ha observado que la participación de los adictos con problemas de violencia en los programas de tratamiento para la drogadicción. No solamente reduce la tasa de violencia en ellos mismos, sino que también provoca una disminución de la violencia ejercida por sus propias parejas hacia ellos (tabla 2). En este sentido, se observaron reducciones de las tasa de violencia de un 27,8% en el estudio de Schumm et al. (2009), de un 35,3% en el de O'Farrell et al. (2004) y de un 50% en el de Stuart et al. (2003).

Sin embargo, la reducción o eliminación del consumo de alcohol o de otras drogas es necesaria, pero insuficiente para la eliminación de las conductas violentas. En cualquier caso, este tipo de investigaciones abren una vía nueva de estudio: la aplicación de programas específicos de intervención para los problemas de violencia de pareja, de forma conjunta al tratamiento de las drogodependencias.

Tabla 1
Efecto del tratamiento para la adicción en la violencia ejercida hacia la pareja en pacientes alcohólicos

Autores	n	Sexo	Fuente	Tipo tratamiento	Sesiones	Duración (semanas)	Tipo violencia	Violencia Pre	Violencia tras 1 años	Violencia tras 2 años
O'Farrell y Murphy (1995)	88	♂	C	TCP/A	--	--	Física Física grave	63,6% 29,5%	28,4% 9,1%	--
Maiden (1997)	80	♂	S	H/A	--	--	Física Física grave	71% 56%	20% 1,6%	--
O'Farrell et al. (1999)	75	♂	S P	TCP/A	--	--	Física Física grave Física grave	38,7% 6,7% 48,0%	14,7% 1,3% 16,0%	13,3% 0% 16,0%
Fals-Stewart et al. (2002)	40 40	♂ ♂	C C	TCP/A TI/A	-- --	-- --	Física Física	43% 48%	18% 43%	-- --
Stuart, et al. (2002)	10	♀	C	TG/HP	5-6	1	Física	30%	20%	10%
Stuart et al. (2003)	24	♂	C	TG/HP	(5-6) + 8 TCC o ER	6	Física	54%	21% (6 meses)	21% (1 año)
O'Farrell, et al. (2003)	301	♂	C	TI y T/A	26	12	Física Física grave	55,8% 25,6%	24,9% 6,3%	--
O'Farrell et al. (2004)	303	♂	C	TCP/A	20-22	20-24	Física Física grave	60,4% 21,8%	23,9% 9%	18,4% 6,3%
Easton et al. (2007)	38	♂	C	TCC, TG	12	12	Física	22,2%	6,9%	--
Rotunda et al. (2008)	38	♂	C	TCP/A	--	20-24	Física	--	Mejoría	--
Schumm et al. (2009)	103	♀	C	TCP/A	20-22	20-24	Física Física grave	68,0% 50,5%	30,8% 18,7%	24,4% 14,0%

Nota: C = combinado (sujeto y pareja), P = pareja del sujeto, S = sujeto; Tipo de tratamiento: A = ambulatorio, ER = entrenamiento en relajación, H = hospitalización, HP = hospitalización parcial/ tratamiento de día, TCC = tratamiento cognitivo-conductual, TCP = terapia conductual de pareja, TG = tratamiento grupal, TI = tratamiento individual.

Tabla 2

Efecto del tratamiento para la adicción en la violencia recibida de la pareja en pacientes alcohólicos

Autores	n	Sexo	Fuente	Tipo violencia	Violencia Pre	Violencia tras 1 año	Violencia tras 2 años
O'Farrell y Murphy (1995)	88	♂	C	Física Física grave	64,8% 36,4%	25,0% 10,2%	-- --
Stuart et al. (2002)	10	♀	C	Física	50%	20%	20%
Stuart et al. (2003)	24	♂	C	Física	67%	29% (6 meses)	17% (1 año)
O'Farrell et al. (2003)	301	♂	C	Física Física grave	43,2% 19,9%	32% 5,2%	-- --
O'Farrell et al. (2004)	303	♂	C	Física Física grave	64,4% 41,6%	29,1% 16,4%	-- --
Schumm et al. (2009)	103	♀	C	Física Física grave	64,1% 22,3%	36,3% 15,4%	16,3% 8,1%

Nota: C = combinado (sujeto y su pareja).

Tratamientos basados en la intervención directa con agresores adictos

Un segundo tipo de estudios se centró en la evaluación de la eficacia de los programas desarrollados de forma específica para el tratamiento de las conductas violentas hacia la pareja que presentan algunos pacientes adictos. En estos casos, en los que se lleva a cabo una doble intervención (violencia y adicción), existen tres posibles escenarios de actuación (Bennett, 2008): (a) intervenciones en serie, en las que la intervención para el tratamiento del abuso de sustancias precede al tratamiento de la violencia; (b) intervenciones en paralelo, en las que la persona recibe ambas intervenciones simultáneamente pero en diferentes servicios y (c) tratamientos integrados, en los que ambas intervenciones se realizan de modo simultáneo en el mismo recurso o servicio de tratamiento.

Hasta la fecha han sido escasos los programas desarrollados para el tratamiento de agresores en un contexto de tratamiento para la drogodependencia. Un resumen de sus características y de los principales resultados muestra la tabla 3.

Uno de los programas pioneros es el *Dade County's Integrated Domestic Violence Model* (Goldkamp et al., 1996). Los resultados mostraron cómo los pacientes que reciben una intervención integrada focalizada a ambos problemas (adicción y violencia de pareja) obtuvieron mejores resultados y presentaron una tasa más baja de reincidencia en las conductas violentas que aquellos en los que el tratamiento se dio en paralelo, mediante asistencia a programas para la violencia doméstica en servicios externos al propio centro de tratamiento de la drogodependencia.

Tabla 3

Resultados de los programas para el tratamiento conjunto de la adicción y la violencia hacia la pareja

Autores	n	Sexo	Fuente	Sustancia	Tipo de tratamiento	Violencia Pre	Violencia Pos
Goldkamp et al. (1996)	--	♂	--	Alcohol y otras drogas	Integrado (6 meses)	--	Mejoría
Easton et al. (2007)	40	♂	C	Alcohol	Integrado. TCC, TG (12 sesiones)	6,6 ^a 42,1% ^b	0,95 ^a 10% ^b
Oberleitner et al. (2013)	73	♂	S	Alcohol	Integrado. TCC, TG (12 sesiones)	2,72 ^a 100% ^b	0,86 ^a 10,5% ^b
Kraanen et al. (2013)	11 8	♂	C	Alcohol y otras drogas	Integrado. TCC, TI (16 sesiones) TI (15 sesiones adicción + 1 sesión VCP)	6.91 ^c 18.75 ^c	0.82 ^c 0.38 ^c
Arteaga (2014)	34	♂♀	C	Alcohol y otras drogas	Integrado. TCC, TG (16 sesiones)	85,3% ^b	3,8% ^b

Nota: C = combinado (sujeto y pareja), S = sujeto, VCP = violencia contra la pareja; Tipo de terapia: TCC = tratamiento cognitivo conductual, TG = tratamiento grupal, TI = tratamiento individual.

^a N.º de episodios en los últimos 30 días; ^b % de sujetos con algún episodio; ^c N.º de episodios en las últimas 8 semanas.

El *Yale's Substance Abuse Treatment Unit's Substance Abuse-Domestic Violence Program (SATU-SADV)* (Easton & Sinha, 2002) consiste en una intervención cognitivo-conductual con técnicas dirigidas al tratamiento de la adicción y al desarrollo de respuestas no agresivas hacia la pareja. Constituye un tratamiento integrado para ambos problemas. Los resultados iniciales mostraron una reducción importante tanto en el consumo de drogas como en los niveles de ira y de violencia hacia la pareja. En un estudio más reciente del mismo grupo (Easton et al., 2007), llevado a cabo con 85 pacientes alcohólicos con problemas de violencia de pareja asociados, se comparó la eficacia de este programa de tratamiento cognitivo-conductual (SATU-SADV) con una intervención específica para el alcoholismo. Los pacientes que recibieron la intervención combinada ($n = 40$) mostraron un consumo de alcohol significativamente menor, así como una mayor reducción en la frecuencia de episodios violentos, en comparación con los que solo habían recibido la intervención para la adicción.

Un tratamiento cognitivo-conductual integrado de estas mismas características, dirigido tanto al consumo de sustancias como a la violencia hacia la pareja, fue llevado a cabo en la Universidad de Yale entre 2000 y 2003 con 73 varones con dependencia al alcohol detenidos por violencia doméstica en el último año (Oberleitner, Mandel & Easton, 2013). El tratamiento constó de 12 sesiones, de 90 minutos, con una frecuencia semanal. Al comparar los resultados entre los sujetos que presentaron antes del inicio del tratamiento una alta expresión de la ira y aquellos con bajos niveles de expresión de la ira, medidos mediante el *State Trait Anger Expression Inventory* (STAXI, Spielberger, 1999). Los sujetos con niveles altos de expresión de la ira presentaron, a lo largo del tratamiento y a la finalización, una mayor frecuencia de consumo de alcohol y de otras drogas, así como una mayor violencia verbal hacia sus parejas. El estudio sugiere la necesidad de tener en cuenta dicho perfil al aplicar, en el caso de las personas con altos niveles de expresión de la ira, tratamientos más largos o más intensivos, de cara a prevenir la recaída tanto en el consumo de sustancias como en la violencia de pareja.

Recientemente, Kraanen, Vedel, Scholing & Emmelkamp (2013) publicaron un trabajo en Holanda, en el que se compararon dos modalidades en un dispositivo de tratamiento para el abuso de sustancias con 52 pacientes, los cuales presentaron actos violentos contra su pareja en el último año. En un grupo aplicaron un tratamiento integrado para el abuso de sustancias y para la violencia de pareja y en el otro llevaron a cabo un tratamiento cognitivo-conductual contra el abuso de sustancias, que incluyó una sola sesión para trabajar la violencia contra la pareja. En ambas condiciones de 16 sesiones cada una, se evidenció una mejoría significativa tanto en el consumo de drogas como en la violencia contra la pareja, sin diferencias entre ambas intervenciones. Pese a que dicho estudio concluyó que, desde el punto de vista de la eficiencia en cuanto a costes y tiempo empleados, el tratamiento de elección indicado para dichos pacientes sería una única sesión específica complementaria contra la violencia de pareja y de que sus resultados deberían ser interpretados con cautela, dada la brevedad de la intervención y la ausencia de seguimientos.

Por último, nuestro grupo ha llevado a cabo recientemente un estudio dirigido a evaluar la eficacia de un programa de intervención para la violencia contra la pareja en pacientes en tratamiento por su adicción (Arteaga, 2014). La muestra total estaba compuesta por 66 pacientes adictos, que fueron divididos en dos grupos: grupo experimental ($n = 32$) y grupo control ($n = 34$). Todos ellos estaban en tratamiento por su adicción y habían presentado violencia de pareja. El grupo experimental recibió una intervención de carácter cognitivo-conductual para tratar la violencia hacia la pareja. El tratamiento constó de 16 sesiones de 90 minutos cada una, que se aplicaron de modo integrado al tratamiento habitual para la adicción. Se trata de una adaptación del programa de intervención con hombres agresores elaborado por Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998). Los resultados mostraron que los pacientes, que recibieron la intervención para la violencia, disminuyeron las conductas violentas hacia la pareja en mayor medida que el grupo de control. Además, presentaron una mayor mejoría en otras variables relacionadas con la violencia hacia la pareja: pensamientos distorsionados sobre la violencia, ira y variables relacionadas con la inadaptación a la vida cotidiana.

En suma, el análisis de los distintos estudios presentados en este texto pone de manifiesto que este tipo de intervenciones específicas para la violencia contra la pareja, integradas dentro de los programas de tratamiento de la adicción, consiguen reducir la probabilidad de cometer un nuevo acto violento entre 3,1 y 49,3 veces al cabo de un año, tras terminar la intervención recibida.

Conclusiones

El artículo analizó los principales resultados en los estudios que abordan el tratamiento de la violencia de pareja en pacientes drogodependientes. Un resultado confirmado por las investigaciones desarrolladas consiste en que la intervención habitual con pacientes adictos produce una disminución importante en la tasa de violencia asociada a la adicción (Murphy & Ting, 2010). Sin embargo, tal y como se ha puesto de manifiesto, la reducción o eliminación del consumo de alcohol o de otras drogas es necesaria, pero insuficiente para la erradicación de las conductas violentas. No existe evidencia sobre una relación causal entre ambos fenómenos, por lo que el tratamiento centrado únicamente en el abuso de sustancias es insuficiente para intervenir eficazmente sobre la violencia contra la pareja (Klostermann et al., 2010). Por ello, cobra una especial importancia el desarrollo de intervenciones específicas dirigidas al tratamiento conjunto de la violencia y de la adicción.

Se desarrollaron tres tipos de intervenciones con pacientes adictos que presentaron conductas violentas hacia la pareja: en serie (la intervención para el tratamiento del abuso de sustancias precede al tratamiento de la violencia), en paralelo (la persona recibe ambas intervenciones simultáneamente pero en diferentes servicios) o de forma integrada (ambas intervenciones se realizaron de modo simultáneo en el mismo recurso o servicio de tratamiento). Cada uno de estos escenarios presenta ventajas e inconvenientes. Los dos primeros tienen la dificultad de que pocos pacientes en tratamiento, por su adicción, aceptan participar en programas contra la violencia de pareja fuera de su lugar de tratamiento y aquellos que acuden tienen altas tasas de abandono temprano (Klostermann et al., 2010). Por ello, parece más indicado desarrollar modelos que integren tratamientos suplementarios al inicio, de modo que los tratamientos para el abuso de sustancias incorporen programas para el abordaje de la violencia de pareja y los programas para maltratadores desarrollen, a su vez, tratamiento suplementario para el consumo de alcohol u otras drogas (Bennett, 2008). En este sentido, es más fácil iniciar el tratamiento contra la violencia y permanecer dentro de él cuando la intervención se lleva a cabo en el mismo centro en el que se trata el abuso de drogas, en comparación con el tratamiento de la violencia en un recurso externo. En el estudio de Goldkamp et al. (1996), por ejemplo, solo el 6% de los pacientes tratados en el mismo centro de forma integrada fue detenido nuevamente por violencia contra la pareja, frente al 14% de quienes habían recibido los dos tratamientos en paralelo en distintos centros.

En general, los resultados de los estudios desarrollados hasta la fecha son esperanzadores. En el análisis de este artículo, los datos indican que aquellos programas que contemplan el tratamiento integrado de ambos fenómenos muestran un mayor grado de eficacia (Arteaga, 2014; Easton et al., 2007; Goldkamp et al., 1996; Kraanen et al., 2013; Oberleitner et al., 2013). En concreto, todos los estudios evidencian reducciones significativas en las tasas de violencia hacia la pareja en los pacientes que participan en este tipo de programas integrados. Estas reducciones son mayores que las observadas cuando se aborda solamente la drogodependencia, pero no la violencia contra la pareja. En cualquier caso, todos estos resultados, a pesar de ser claramente esperanzadores, deben interpretarse con cautela. Los estudios llevados a cabo hasta la fecha son pocos y es necesario, por tanto, continuar con esta línea de trabajo.

En suma, los programas de tratamiento de la drogadicción parecen ser un contexto adecuado con el fin de identificar la presencia de comportamientos violentos contra la pareja, así como para desarrollar intervenciones integradas que aborden ambas problemáticas (adicción y violencia) de forma conjunta. Debe recordarse que la existencia de violencia contra la pareja influye, entre otros factores, en la evolución del tratamiento (Lipsky et al., 2010). En las mujeres, aumenta la probabilidad de abandonar el tratamiento y en los hombres incrementa la probabilidad de sufrir una recaída en el consumo. Por lo tanto, la identificación de la violencia en la pareja entre los usuarios de programas contra la adicción a las drogas puede ayudar a tratar ambos problemas, al mismo tiempo, y a mejorar los resultados de los tratamientos existentes para el abuso de drogas.

Referencias

- Amor, P. J., Corral, P., Bohorquez, I. A., Oria, J. C., Rodriguez, M., Lopez, F. & Calderón, D. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. Sevilla, España: Junta de Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialopencms/system/bodies/Drogodependencia/Publicacion/VIOLENCIA_GENERO_CD/violencia_de_genero_y_drogas.pdf
- Arteaga, A. (2014). *Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la violencia contra la pareja en pacientes adictos en tratamiento* (Tesis doctoral inédita). Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.
- Arteaga, A., Fernández-Montalvo, J. & López-Goñi, J. J. (jun, 2012). Diferencias en variables de personalidad en sujetos adictos a drogas con y sin conductas violentas contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 19-32. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2012-numero1-5030&dsID=Documento.pdf>
- Bennett, L. W. (2008). Substance abuse by men in partner abuse intervention programs: Current issues and promising trends. *Violence and Victims*, 23(2), 236-248.
- Boles, S. M. & Miotto, K. (2003, Mar-Apr). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155-174.
- Clements, K. & Schumacher, J. A. (2010, Sept-Oct). Perceptual biases in social cognition as potential moderators of the relationship between alcohol and intimate partner violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(5), 357-368. doi:10.1016/j.avb.2010.06.004
- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J. & Carroll, K. M. (2007, Jan-Febr). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: An integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16(1), 24-31.
- Easton, C. J. & Sinha, R. (2002). Treating the addicted male batterer: Promising directions for dual-focused programming. In C. Wekerle & A. Wall (Eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 275-292). New York, EE.UU.: Brunner-Routledge.
- Easton, C. J., Swan, S. & Sinha, R. (2000). Prevalence of family violence entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 23-28. Recuperado de <http://people.cas.sc.edu/swansc/Easton00Prevalenceoffamilyviolenceclientsenteringsubstanceabusetreatment.pdf>
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid, España: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. & Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(X), 1-15. DOI: 10.1177/0886260503253300 Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/profileconvicted.pdf>
- Fals-Stewart, W., Golden, J. & Schumacher, J. A. (2003, Dec). Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1555-1574.
- Fals-Stewart, W., Kashdan, T. B., O'Farrell, T. J. & Birchler, G. R. (2002). Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(2), 87-96.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. & Amor, P. (2005). Aggressors against women in prison and in the community: An exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 158-167. DOI: 10.1177/0306624X04269005 Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/aggressors.pdf>

- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (Febr, 1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 151-180. Recuperado de http://www.researchgate.net/publication/234755890_Variables_psicopatologicas_y_distorsiones_cognitivas_de_los_maltratadores_en_el_hogar_un_analisis_descriptivo
- Fernández-Montalvo, J. & Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(138), 451-475. Recuperado de http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/27-hombres_condenados_viol_grave.pdf
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro. *Adicciones*, 23(1), 5-9. Recuperado de <http://www.adicciones.es/files/5-10%20editorial%20fdez-montalvo%2023-1.pdf>
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Arteaga, A. (2012, Jan). Violent behaviours in drug addiction: Differential profiles of drug-addicted patients with and without violence problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 142-157. Doi: 10.1177/0886260511416475
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A. & Cacho, R. (2013). Criminological profile of patients in addiction treatment. *Adicciones*, 25(2), 146-155.
- Goldkamp, J. S., Weiland, D., Collins, M. & White, M. (1996). *The role of drugs and alcohol abuse in domestic violence and its treatment: Dade County's Domestic Violence Court Experiment. Appendices to the Final Report*. Philadelphia, US: Crime and Justice Research Institute/ National Institute of Justice. Recuperado de <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/163408NCJRS.pdf>
- Goldstein, P. (1985, Fall). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493-506.
- Goldstein, P. (1989). Drugs and violent crime. In N. A. Weiner & M. E. Wolfgang (Eds.), *Pathways to Criminal Violence* (pp. 16-48). Beverly Hills, US: SAGE.
- Klostermann, K., Kelley, M. L., Mignone, T., Pusateri, L. & Fals-Stewart, W. (2010, May-Jun). Partner violence and substance abuse: Treatment interventions. *Aggression and Violent Behaviour*, 15, 162-166. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.002
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. & Emmelkamp, P. M. G. (2013). The comparative effectiveness of integrated treatment for substance abuse and partner violence (I-StoP) and substance abuse treatment alone: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13(189), 1-14. doi:10.1186/1471-244X-13-189 Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-13-189.pdf>
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J. & Lorea, I. (2006). Comorbilidad psicopatológica en el alcoholismo: Un estudio descriptivo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 253-269. Recuperado de [researchgate.net](http://www.researchgate.net)
- Langenderfer, L. (2013, Jan-Febr). Alcohol use among partner violent adults: Reviewing recent literature to inform intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 152-158. doi:10.1016/j.avb.2012.11.013
- Lipsky, S., Krupski, A., Roy-Byrne, P., Lucenko, B., Mancuso, D. & Huber, A. (2010, Apr). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 231-244. doi: 10.1016/j.jsat.2009.12.005
- Maiden, R. (1997). Alcohol dependence and domestic violence: Incidence and treatment implications. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 15(2), 31-50. DOI: 10.1300/J020v15n02_03
- Marshall, B. D. L., Fairbairn, N., Li, K., Wood, E. & Kerr, T. (2008, Oct). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: A gender-focused approach. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(3), 237-246. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.03.028

- Martin, S. E. & Bryant, K. (2001, Dec). Gender differences in the association of alcohol intoxication and illicit drug abuse among persons arrested for violent and property offenses. *Journal of Substance Abuse, 13*(4), 563-581. doi: 10.1016/S0899-3289(01)00100-6
- Moore, T. M., Stuart, G. L., Meehan, J. C., Rhatigan, D. L., Hellmuth, J. C. & Keen, S. M. (2008, Febr). Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 28*(2), 247-274. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.003
- Murphy, C. M. & Ting, L. (2010, Sept-Oct). The effects of treatment for substance use problems on intimate partner violence: A review of empirical data. *Aggression and Violent Behavior, 15*(5), 325-333. doi: 10.1016/j.avb.2010.01.006
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. & Murphy, C. M. (2003, Febr). Partner violence before and after individually based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(1), 92-102. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.1.92>
- O'Farrell, T. J. & Murphy, C. M. (1995, Apr). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 256-262. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.256>
- O'Farrell, T. J., Murphy, C. M., Stephan, S. H., Fals-Stewart, W. & Murphy, M. (2004, Apr). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for male alcoholic patients: The role of treatment involvement and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 202-217. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.202>
- O'Farrell, T. J., Van Hutton, V. & Murphy, C. M. (1999, May). Domestic violence after alcoholism treatment: A two-year longitudinal study. *Journal of Studies on Alcohol, 60*(3), 317-321.
- Oberleitner, L. M. S., Mandel, D. L. & Easton, C. J. (2013, Sept). Treatment of co-occurring alcohol dependence and perpetration of intimate partner violence: The role of anger expression. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(3), 313-318. doi:10.1016/j.jsat.2013.03.001
- Rotunda, R. J., O'Farrell, T. J., Murphy, M. & Babey, S. H. (2008, Jan). Behavioral couples therapy for comorbid substance use disorders and combat-related posttraumatic stress disorder among male veterans: An initial evaluation. *Addictive Behaviors, 33*(1), 180-187. doi:10.1016/j.addbeh.2007.06.001
- Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, C. M. & Fals-Stewart, W. (2009, Dec). Partner violence before and after couples-based alcoholism treatment for female alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(6), 1136-1146. <http://dx.doi.org/10.1037/a0017389>
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2*. Port Huron, MI, US: Sigma Assessment Systems.
- Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. & Brown, R. A. (2002, Aug). Marital violence victimization and perpetration among women substance abusers: A descriptive study. *Violence Against Women, 8*(8), 934-952. doi: 10.1177/107780102400447078
- Stuart, G. L., Ramsey, S. E., Moore, T. M., Kahler, C. W., Farrell, L. E., Recupero, P. R. & Brown, R. A. (2003, Oct). Reductions in marital violence following treatment for alcohol dependence. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(10), 1113-1131. doi: 10.1177/0886260503255550

Recibido 14 de septiembre de 2014
 Revisión recibida 10 de diciembre de 2014
 Aceptado 20 de diciembre de 2014

Reseña de los autores

Javier Fernández-Montalvo es profesor titular de Psicopatología en la Universidad Pública de Navarra. Es licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Barcelona (1992) y doctor, con premio extraordinario, por la Universidad del País Vasco (1998). Autor de varios libros y de más de 100 trabajos en libros y revistas científicas. Sus líneas actuales de investigación se centran en las conductas adictivas, la violencia de pareja y la evaluación de programas de intervención. Dirige

el Grupo de Investigación en Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra. Asimismo, ha sido galardonado con cuatro premios de investigación científica. Desde el año 2008, es Director del Departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra.

Alfonso Arteaga-Olleta labora como profesor ayudante en la Universidad Pública de Navarra, licenciado en Ciencias Biológicas por la Universidad de Navarra y en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Es doctor en Psicología por la Universidad Pública de Navarra. Cuenta con una experiencia profesional de 21 años en el campo de las drogodependencias y de la prevención de conductas de riesgo, gran parte de ellos dedicado a la formación en prevención de profesionales, en la Fundación Proyecto Hombre Navarra (España). Desde 2008, es profesor en la Universidad Pública de Navarra, donde imparte asignaturas relacionadas con la Comunicación profesional en el grado de Enfermería y con las Técnicas de negociación laboral en el grado de Relaciones Laborales. Imparte diversos cursos para trabajadores de diferentes servicios del Gobierno de Navarra, dirigidos a la mejora en la atención y a la resolución de conflictos con las personas usuarias. Perteneció al Grupo de Investigación Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra, en el que participa de forma activa en varios proyectos.

José Javier López-Goñi se desempeña como profesor titular del área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos en la Universidad Pública de Navarra (España). Es licenciado en Psicología por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (1997) y doctor, con premio extraordinario, por la Universidad Pública de Navarra (2005). En el año 2009, obtuvo el título de psicólogo especialista en Psicología clínica. Ha trabajado durante 20 años en el campo de las adicciones y más recientemente en el campo de la violencia dentro de la pareja y la prevención y evaluación de riesgos psicosociales en el ámbito laboral. Es miembro del Grupo de Investigación Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra. Ha publicado más de 40 artículos de investigación y ha realizado más de 100 presentaciones en congresos nacionales e internacionales. Ha sido premiado en tres ocasiones por sus investigaciones en la evaluación de programas.

Primera publicación en línea (*e-print*): 24 de diciembre de 2014

CUERPO REVISOR, AÑO 2014

NACIONAL

Marjorie Barquero-Ramírez

Universidad Católica de Costa Rica

Julio Bejarano-Orozco

Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, Costa Rica

Francisco Gólcher-Valverde

Ministerio de Salud de Costa Rica

Giovanny León-Sanabria

Universidad de Costa Rica

Roberto López-Core

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Tatiana Navarro-Mata

Ministerio de Educación Pública, Costa Rica

Orietta Norza-Hernández

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

Rebeca Quirós-Bonilla

Universidad de Costa Rica

Sergio Rechnitzer-Mora

Ministerio de Seguridad, Costa Rica

Guaner Rojas-Rojas

Universidad de Costa Rica

Odir Rodríguez-Villagra

Universidad de Costa Rica

Gloriana Rodríguez-Arauz

Universidad de Costa Rica

Odir Rodríguez-Villagra

Universidad de Costa Rica

Mariano Rosabal-Coto

Universidad de Costa Rica

Adriana Sánchez-Lovell

Universidad de Costa Rica

Carlos Sandoval-Chacón

Hospital Nacional Psiquiátrico de Costa Rica

David Torres-Fernández

Universidad de Iberoamérica, Costa Rica

Luis Diego Vega-Araya

Universidad Latina, Costa Rica

Adriana Vindas-González

Universidad de Costa Rica

Rosibel Víquez-Abarca

Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica

CUERPO REVISOR, AÑO 2014 INTERNACIONAL

Milton E. Bermúdez-Jaimes

Pontificia Universidad Javerina, Colombia

Jasmín Bonilla-Santos

Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia

Lluís Botella-García del Cid

Universitat Ramon Llull, España

Jean Campbell

Missouri Institute of Mental Health, Estados Unidos

Claudia L. E. Charry-Poveda

Universidad de Santo Tomás, Colombia

Luis Flórez-Alarcón

Universidad Nacional de Colombia

Johanna A. Folleco-Eraso

Universidad Los Libertadores, Colombia

Oscar J. Galindo-Caballero

Universidad de los Andes, Colombia

Carlos A. Gantiva-Díaz

Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

Andrea M. García-Becerra

Universidad de la Sabana, Colombia

Tatiana García-Vélez

Universidad Autónoma de Madrid, España

Pedro R. Gil-Monte

Universidad de Valencia, España

Antonio Gómez-Sanabria

Universidad de Cádiz, España

David González-Trijueque

Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España

Ana Gloria Gutiérrez-García

Universidad Veracruzana, México

Laura A. León-Anhuamán

Universidade de São Paulo, Brasil

Gladys S. Martínez

Centro de Investigaciones en Biomodelos, Colombia

Libertad Martín-Alfonso

Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

Iván F. Medina-Arboleda

Universidad Católica de Colombia

Ximena Palacios-Espinosa

Universidad del Rosario, Colombia

Tatiana Plata-Caviedes

Universidad de los Andes, Colombia

Sergio A. Pérez-Barrero

Sociedad Cubana de Psiquiatría, Cuba

Francisco J. Rengifo-Herrera

Universidade de Brasilia, Brasil

Benjamín Reyes-Fernández

Universidad Libre de Berlin, Alemania

María Clara Rodríguez de Bernal

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Natalia Salas-Guzmán

Universidad Diego Portales, Chile

Célia Sales

Universidade de Évora, Portugal

Rozzana Sánchez-Aragón

Universidad Nacional Autónoma, México

Roberto Tejero-Acevedo

Tribunal Superior de Justicia de Madrid, España

NORMAS EDITORIALES

Presentación de manuscritos

La Revista Costarricense de Psicología acepta para ser publicados trabajos originales, inéditos y que no han sido sometidos a consideración para su publicación en otros medios de publicación.

El manuscrito se entrega en formato Microsoft Word por correo electrónico a la editorial de la revista (editorial@rcps-cr.org), con copia al director (director@rcps-cr.org) para pre-aprobación.

Al ser aprobado para ingresar al proceso de revisión por pares externos, se entrega a la revista un currículo de no más de dos páginas, una carta de motivos firmada y dirigida al director de la revista y la Declaración (<http://www.rcps-cr.org/normas-de-publicacion.php>) para dar fe pública de que el trabajo es original e inédito, que cumple con las normas internacionales de ética y que sigue el formato de recomendaciones del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <<http://www.apa.org>>). En la carta, el autor/ la autora principal transfiere los derechos de autor a la revista, eso en el caso de la aceptación del manuscrito.

La editorial otorga un número de identificación del manuscrito (ID) en cuanto su entrega esté completa de acuerdo con los requisitos de la editorial.

Evaluación de manuscritos

El Consejo Editorial somete el manuscrito a revisión por dos árbitros externos (*peer review*) que ayudan a determinar la idoneidad del artículo para los fines de la revista. En el caso de dictámenes contradictorios, el consejo puede solicitar el criterio de un tercer árbitro externo.

Todos los evaluadores y autores se mantienen anónimos (doble ciego).

En el caso de que los dictámenes de los pares externos indiquen una aceptación parcial con reestructuración del manuscrito, se le pide a la autoría entregar las reestructuraciones dentro de un plazo de 30 días. La editorial revisa el manuscrito reestructurado y transcurrido un plazo no superior a los tres meses, el Consejo Editorial comunica su aceptación o rechazo. La autoría tiene derecho a la apelación. Si el Consejo Editorial lo considera necesario, lo envía a revisión con otros árbitros.

Independientemente de su aceptación o rechazo, la documentación entregada no se devuelve.

Formato de manuscritos

Todo trabajo debe seguir estrictamente el formato del *Manual de publicaciones* de la *American Psychological Association* (APA, 2010, 3ª ed. en español, <<http://www.apa.org>>).

El orden de la presentación de la información es el siguiente: Portadilla (cornisa, título, pie de autor, fecha y nota de autor), resumen, corpus de trabajo, referencias, apéndices, tablas, figuras, en páginas separadas y en este orden (con solo una tabla o figura por página), y enumeradas secuencialmente.

Se aceptan trabajos con un máximo de 30 páginas a doble espacio incluyendo referencias, tablas, imágenes, anexos, etc., digitados en hojas tamaño carta con márgenes de por lo menos 2,54 cm, alienado a la izquierda, letra *Times New Roman*, 12-pts.

El título y el resumen del artículo deben de presentarse en español y en inglés. El título se incluye con un máximo de 12 palabras y el resumen entre 150 y 250 palabras redactado en un solo párrafo, seguido de cinco a ocho palabras clave.

El manuscrito debe estar preparado con cuidado y limpieza y aferrarse a los lineamientos de la APA para encabezados, párrafos, enumeraciones, tablas, abreviaturas, ortografía, matemáticas y estadísticas o unidades de medición, etc.

Se hace especial énfasis en que los manuscritos sigan estrictamente el formato APA de citación textual, citas de referencias en el texto y lista de referencias.

En el caso de investigaciones empíricas (cuantitativas o cualitativas), la revista sigue el formato genérico de la APA: título, resumen (abstract) y palabras clave (keywords), introducción, método, resultados, discusión, reconocimientos, referencias, apéndices.

En el caso de artículos teóricos, la revista se rige por el formato recomendado por la Sociedad Alemana de Psicología (*Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.*, DGPs, <<http://www.dgps.de/en/dgps/>>): título, resumen (*abstract*) y palabras clave (*keywords*), introducción, prefacio, corpus del trabajo, tópico 1, tópico 2, tópico n..., discusión (opcional), referencias, apéndices.

Las reglas y las construcciones gramaticales propias del idioma español deben respetarse me-

NORMAS ÉTICAS

dianete un formato de español universal. Puede consultarse el libro de la Real Academia Española & Asociación de Academias de la Lengua Española (2010). *Nueva gramática de la lengua española*. Recuperado de <<http://www.asale.org/ASALE/pdf/folletonvagramatica.pdf>>.

POLÍTICA DE ÉTICA

La *Revista Costarricense de Psicología* es desde el año 1982 el órgano oficial de publicación científica de acceso abierto del Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica. Los objetivos de la revista son difundir conocimientos teóricos, técnicos y prácticos, relevantes para la Psicología y ciencias afines. La revista auspicia únicamente tópicos de discusión científico-académicos acordes a los estándares internacionales de investigación y ciencia.

La publicación de un artículo en la revista (bajo revisión por pares externos académicos de doble ciego) busca la validación y preservación de los “momentos” históricos de la investigación científica, que deben ser exactos, correctos y verificables. En el proceso de publicación, la revista se aferra a las recomendaciones y los estándares éticos, nacionales e internacionales, en todas sus fases y etapas.

Para lograr estos objetivos, los actores del proceso de publicación en cada una de las fases (la editorial, sus comités y consejos, la autoría, el cuerpo revisor, la institución editora, etc.) deben seguir procedimientos y asumir responsabilidades importantes respecto a su conducta ética.

EXPECTATIVAS ÉTICAS

Responsabilidades editoriales

En cuanto al proceder de quejas o reclamaciones, la editorial se compromete en todo momento con un razonable manejo de conflictos acorde con su política de ética y una oportunidad razonable para cada una de las partes involucradas de responder a cualquier reclamo. En el proceso de publicación, la editorial se compromete a actuar en todo momento con objetividad, justicia y respeto en un diálogo transparente y equitativo en la búsqueda de la verdad y la resolución del conflicto.

La editorial se compromete a responder y, en el caso necesario, investigar toda queja presentada por escrito y de archivar esta documentación de acorde con la ley vigente.

Todo material presentado a la revista es considerado solamente en base de su mérito académico-científico, lo que excluye toda influencia comercial, financiera, política, etc.

Responsabilidades del Consejo Editorial

La revista espera de las y los miembros del Consejo Editorial adquirir el conocimiento necesario sobre sus políticas, normas y requisitos de publicación y, de esta manera, fungir como asesores y árbitros de alto nivel bajo una posición de neutralidad, objetividad y alto nivel científico-ético.

Al formular estrategias de desarrollo, el Consejo debe velar que la revista sea un foro abierto, de alta calidad científica y técnica que favorece en todo momento un proceder ético y respetuoso.

El Consejo debe estimular, promover y reconocer la difusión, el intercambio y la visibilidad de la revista y sus colaboradores en base de méritos científico-éticos, lo que supone una participación activa y una asistencia puntual a reuniones y comunicaciones e incluye velar por procesamientos y nombramientos transparentes basados en méritos científico-éticos.

De acuerdo a la normativa internacional, las y los miembros del Consejo Editorial no pueden fungir como autores de la revista.

Responsabilidades del Comité Científico

Son responsabilidades éticas del Comité Científico aconsejar en las tareas científico-éticos emergentes y asesorar en la definición de los parámetros de calidad científica, apoyar activamente la formulación de políticas y participar como árbitros de alta calidad científica-ética. Eso incluye invitar miembros, nacionales e internacionales, reconocidos por la comunidad académica de alto nivel científico-ético y de promover la difusión de la revista en los medios científico-académicos, nacionales e internacionales de alta procedencia ética.

Responsabilidades del cuerpo revisor

El cuerpo revisor, por contribuir al proceso de toma de decisiones e influir de esta manera sustancialmente en la calidad científica de la publicación, se compromete con una revisión bajo máximos criterios científico-éticos, objetividad de revisión y puntual entrega y comunicación. Ello incluye asegurar la confidencialidad de toda información brindada, de respetar los derechos de autor (de no copiar o retener información) y de alertar sobre cualquier contenido publicado o sometido a publicación similar al material en revisión.

Debe evaluar el manuscrito según su mérito científico y desde su pertinencia a la estrategia y política editorial, lo que incluye conocer la política editorial y las normas y requisitos de la revista. Debe señalar todo conflicto de interés en la relación revisor-autor (financiero, institucional, personal, etc.) y, si es necesario, retirar sus servicios para el manuscrito.

Debe revisar integralmente los manuscritos de su campo (contenido, forma, redacción, estructura del resumen, palabras clave, adecuación del lenguaje utilizado, referencias, tablas, gráficos, estadísticas, etc.) y al reconocer sus limitaciones en un proceder o método científico específico, recomendar una persona revisora especialista, p.ej., en estadística, para un manuscrito que lo requiera.

Debe proponer mediante un dictamen escrito las medidas y modificaciones necesarias de acuerdo a las políticas y normas editoriales y considerar el cumplimiento de las normas éticas de los trabajos. Debe cumplir los plazos para la revisión de manuscritos y avisar con antelación sobre posibles retrasos.

Responsabilidades de la autoría

La autoría tiene la responsabilidad de mantener un registro con sus datos de entrega y el procesamiento de su manuscrito. Ello incluye leer detenidamente las normas y políticas de la editorial, p.ej., en la Declaración Jurada, y de adherirse a los compromisos firmados en ella, de que el manuscrito es inédito, original, que toda fuente reproducida fue citada debidamente y de que no se encuentra bajo consideración en ningún otro medio de publicación. Toda autoría debe ser especificada con sus aportes reales al manuscrito.

Debe asegurar que cualquier estudio con sujetos humanos o animales se realizó conforme a los leyes y requerimientos institucionales, locales, nacionales o internacionales (como p.ej., Declaración de Nuremberg, 1947, Declaración de Ginebra, 1948, y Declaración de Helsinki, 1964) y confirmar, donde sea apropiado, que esta aprobación fue buscada y obtenida.

La autoría debe obtener el permiso expreso de sujetos humanos y respetar su privacidad por medio de un consentimiento informado escrito y detallado sobre su participación en la investigación y sobre la intención de publicar los datos.

Debe abstenerse de todo conflicto de interés (p.ej., en competir, real o aparentemente, que puede ser considerado o visto como atribuible a una influencia impropia en cuanto a su función en cualquier etapa del proceso de publicación), como p.ej., presionar a la Junta Directiva o miembros de los comités o consejos a publicar su manuscrito.

La autoría debe notificar a la editorial al identificar un error significativo en su manuscrito o publicación y cooperar con la editorial para publicar una nota de erratum, addendum, corrigendum o de retirar el artículo si lo juzgue necesario.

Responsabilidades de la institución editora (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica)

El Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica debe asegurar que suscribe a los principios resaltados arriba o a principios sustancialmente similares, de adoptarlos formalmente o de producir sus propios en atención a la revista.

NORMAS ÉTICAS

CONDUCTAS NO ÉTICAS

Identificar conductas no éticas

Mala conducta y conductas no éticas pueden identificarse y señalarse ante la editorial o la institución editora en cualquier momento y por cualquier persona. Estas conductas pueden incluir, pero no necesariamente limitarse a los ejemplos señalados arriba.

Quien informe sobre estos tipos de conductas debe proveer suficiente información y evidencia para que se inicie una investigación. La editorial toma toda alegación en serio y la trata de igual manera hasta que se alcance una decisión, resolución y conclusión para todas las partes involucradas.

Investigar conductas no éticas

La editorial toma la decisión inicial sobre la necesidad de una investigación formal y, si es apropiado, consulta con la institución editora (Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica). En el proceso de recoger la evidencia sobre el conflicto, todas las partes involucradas se comprometen con evitar de divulgar alegaciones más allá de las personas que han de saber de ellas.

Faltas menores

Mala conducta de menor grado puede tratarse sin la necesidad de consultar más ampliamente, mientras todas las partes tengan la oportunidad de responder a cualquier alegación en este proceso.

Faltas graves

Mala conducta de mayor grado o severidad puede requerir que autoridades, personas superiores o la institución empleadora de la persona acusada se notifiquen. Al examinar la evidencia disponible, la editorial, en consultación con la institución editora, si es apropiado, toma la decisión de involucrar cualquier autoridad adicional o consultar más allá con un número limitado de personas expertas.

Consecuencias a faltas

En consecuencia a faltas presentadas, la editorial puede decidir sobre la severidad de su accionar de acuerdo con la gravedad de la falta, y puede considerar las siguientes posibilidades, entre otras:

En el caso de un mal entendimiento o un estándar mal aplicado, la editorial puede buscar información y educar a las partes involucradas sobre las faltas presentadas o puede enviar una correspondencia en un tono más firme en aviso para comportamientos futuros.

En casos más graves, puede enviar una carta formal a una persona de mayor autoridad del departamento de trabajo o ente financiera de la persona acusada.

En casos más severos, la editorial puede recurrir a una nota formal o publicar una editorial que trate sobre la conducta no ética, puede revocar formalmente una publicación en la revista o imponer un embargo sobre contribuciones de un individuo para un periodo definido.

La editorial puede reportar un caso y el resultado de la investigación sobre la conducta no ética a una organización profesional o autoridad superior para investigaciones o acciones futuras.

EDITORIAL STANDARDS

Paper Presentation

The *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) accepts for publication original and unedited papers, which are not being considered for submission in other publication media. The submission format for papers is in Microsoft Word sent to the Journal's Editor via e-mail (editorial@rcps-cr.org), with a copy to the Director (director@rcps-cr.org).

In order to be accepted for the review process (with all submission criteria completed), all authors are asked to submit an academic resume of no more than two pages each. Additionally, the first author submits a signed cover letter addressed to the Journal's Director and the completed Affidavit (<http://www.rcps-cr.org/normas-de-publicacion.php>), declaring that the paper is original and unedited, that it fulfills international investigation and ethical standards and is written according to the *Publication Manual* of the American Psychological Association (APA, 2010, 6th Ed., <http://www.apa.org>). In the cover letter, the first author transfers the copyright to the Journal, this in the event of the paper's acceptance.

Upon completion of all submission criteria, the author will be given a manuscript ID, when the paper is ready to enter into the review process.

Review Process

The Editorial Board submits the paper to two peer reviewers (double-blind) who help to determine the suitability of the paper in accord with the Journal's objectives. In case of two contradictory dictamina, the Board may ask a third peer for his/her criterion.

In the review process, all authors and all reviewers remain anonymously (double-blind).

In the case that the dictamen indicates a partial acceptance with a recommendation to restructure the paper, the authors will be given 30 days to return the restructured paper. The Journal will review the restructured paper and within the following three months, the Editorial Board will communicate its acceptance or rejection. The authors have the right to appeal. As considered necessary, the Editorial Board may have the paper reviewed by one or two additional peers.

Independent of its acceptance or rejection, the submitted documentation will not be returned.

Paper Format

The paper must be prepared with strict adherence to the recommendations of the *Publication Manual* of the American Psychological Association (APA, 2010, <http://www.apa.org>).

The order of presentation of the information is as follows: Title page (running head, title, author's byline, date and author note), abstract, corpus of the text, references, appendices, tables, figures, on separate pages and in this order (with just one table or figure per page), and numbered sequentially.

The Journal accepts papers with a maximum extent of 30 pages (double-spaced) including references, tables, images, annexes, and so forth, typed on letter-sized paper with margins of at least one inch (2.5 cm), flush-left style alignment, in 12 point Times New Roman font.

The title of the paper must contain a maximum of 12 words (no abbreviations) and the abstract between 150 and 250 words typed in a single paragraph, and followed by five to eight keywords.

The paper must be prepared carefully and cleanly and in alignment with the APA's guidelines for headers, paragraphs, numbering, tables, abbreviations, orthography, mathematics, statistics and units of measurement, etc.

The Journal emphasizes the importance that submitted papers strictly follow the APA's recommendations on text citations, references in the text, and the reference list.

For empirical research (quantitative or qualitative), the Journal follows the generic format of the APA: title, abstract and keywords, introduction, method, results, discussion, acknowledgements, references, appendices.

In the case of theoretical articles, the journal adheres to the format recommended by the German Society of Psychology (*Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V.*, DGPs, <http://www.dgps.de/en/dgps/>): title, abstract and keywords, introduction, preface, corpus of the text, topic 1, topic 2, topic n..., discussion (optional), references, and appendices.

ETHICAL STANDARDS

Grammar and sentence constructions intrinsic to the English language must be observed within a proper format.

Since 1982, the *Revista Costarricense de Psicología* (Costa Rican Journal of Psychology) has been the official open-access scientific publication of the Costa Rican Psychologists' Association (*Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica*). The objectives of the Journal are to disseminate theoretical, technical and practical knowledge relevant to Psychology and related sciences. The Journal publishes topics pertinent to current scientific-academic discussions, and in accord with international research and scientific standards.

The Journal (under double blind peer review) seeks to validate and preserve the historic "moments" of scientific research, which mandatorily must be precise, correct and verifiable. As such, in the entire publication process, the Journal embraces and attends to national and international ethical standards and recommendations.

In order for the Journal to accomplish these objectives, all participants, at all stages of the publication process (the editorial, committees and boards, authors, reviewers, the publishing institution, etc.) are asked to commit to and to follow defined procedures, and to assume important responsibilities in terms of their ethical conduct.

ETHICAL EXPECTATIONS

Editorial Responsibilities

At any point in the procedure, were a complaint to appear, the Editorial is committed to respond to any conflict according to its ethics policy, giving a reasonable opportunity to all parties involved to respond to any allegation. In the publication process, the Editorial is committed to act at any point with objectivity, justice and respect in a transparent and fair dialogue in search of the truth and satisfactory conflict resolution.

The Editorial is committed to respond and, if necessary, to investigate any allegation presented in written form and to keep a record of all associated documentation according to current legislation.

All material presented to the Journal is considered only based on its academic-scientific merit, excluding any commercial, financial, political, or other type of influence.

Editorial Board Responsibilities

The Journal expects the members of the Editorial Board to acquire the necessary knowledge about its publication policies, norms and requirements, and to participate as higher level advisors and referees having assumed a position of neutrality, objectivity, and elevated scientific-ethical expectations.

As part of the formulation of developmental strategies, the Board commits to supervise the Journal to be an open forum of high scientific and technical quality, which favors ethical and respectful proceedings at all times.

It is the Board's duty to stimulate, promote and recognize the diffusion, interchange and visibility of the Journal and its collaborators based on scientific-ethical merits, which supposes active participation and punctual attendance at sessions and response to communications, and includes oversight for transparent proceedings and nominations based on scientific-ethical merits.

In accord with international standards, Editorial Board members, due to the functions inherent to their charge, are excluded from applying as authors of the Journal.

Scientific Committee Responsibilities

The ethical responsibilities of the Scientific Committee are to advise on emergent scientific-ethical tasks, to give counsel regarding the definition of parameters of scientific quality, to assist actively in policy formulation and to participate as referees of the highest scientific-ethical quality. This includes inviting national and international members, recognized by the academic community as high-level scientists of superior ethical standards, and promoting the diffusion of the Journal in national and international scientific-academic media of renowned ethical proceedings.

Reviewer Responsibilities

The reviewers, as contributors to the process of decision-making and for having a substantial influence on the publication's quality, commit to timely reviews and communications, the highest scientific-ethical criteria and the objectivity of their review. This includes assuring the confidentiality of all information entrusted, to respect authors' copyrights (to not copy, use or retain information) and to alert about any content published previously or any material similar to the material submitted for review.

The reviewer commits to evaluate each paper according to its scientific merit and its appropriateness to the Editorial's strategies and policies, which includes familiarization with the Journal's editorial policies, norms and publication requirements. The reviewer also commits to being aware of and declaring any conflict of interest in the author-reviewer relationship (financial, institutional, personal, etc.) and, if necessary, withdraw his/her services for the paper in question.

The reviewer commits to revise the paper from his/her field in an integral manner (content, form, composition, structure of the abstract, keywords, suitability of the language used, references, tables, graphics, statistics, etc.), and on recognizing his/her own limitations in a specific scientific proceeding or method, to recommend another reviewer specialized in, e.g., statistics, for the paper that so requires.

Furthermore, the reviewer will propose through a written and structured dictamen the measures and modifications necessary, and in accord with the Editorial's norms and policies, to further the attainment of ethical standards by the papers and to comply with the editorial process, respect the review deadline and notify with anticipation in the event of possible delays.

Author's Responsibilities

Authorship involves the responsibility of keeping a record with submission data and the papers in process. This includes reading carefully and adhering to the Editorial's standards and policies. E.g., to the commitments signed in the Affidavit, that the paper is unedited and original, that all sources reproduced are referenced properly, and confirming that the paper is not considered for review in any other publication, whatsoever the media; additionally this will state and specify all contributions on authorship involved in the paper.

The author will assure that any study with human beings or animals was carried out according to international, national, local and institutional laws and requirements (e.g., Nuremberg Declaration, 1947, Geneva Declaration, 1948, and Helsinki Declaration, 1964 and their amendments), and to confirm, as appropriate, that the necessary approvals were sought and obtained.

To protect a human subject's privacy, the author must obtain written permission through a detailed informed consent, which states and specifies the subject's consent to participate in the research and publication of the anonymous data.

Authors, furthermore, commit to abstain from any conflict of interest, e.g., to avoid any real or apparent activity, which could be construed, attributed or seen as an improper influence in relation to their function in the publication process, for example, pressuring members of the Board of Directors of the Psychologists' Association or members of the Journal's boards or committees to publish a paper.

Furthermore, authors commit to inform the editorial when a significant error in their paper or publication is identified and to cooperate with the Editorial to publish an erratum, addendum, and corrigendum or to withdraw their article if necessary.

The Editorial Institution's Responsibilities (Costa Rican Psychologists' Association)

The Costa Rican Psychologists' Association subscribes to the above or similar principles, adopts these formally or may produce its own in attention to the Journal.

ETHICAL STANDARDS

UNETHICAL BEHAVIOR

Pointing out unethical behavior

Any person at any time may point out any unethical behavior to the Journal or to the Psychologists' Association.

In order for the Journal to initiate an investigation, the informing person will be asked to provide sufficient information and evidence regarding the unethical behavior or misconduct. The Journal will take seriously and treat equally any allegations until a satisfactory decision, resolution and conclusion has been reached for all involved.

Follow-up on unethical behavior

The Journal will make an initial decision about the need to formally investigate misconduct and will consult, if appropriate, with the publishing institution (Costa Rican Psychologists' Association). In the process of gathering evidence related to the conflict, all parts involved commit to preventing the diffusion of any allegation beyond the involved parties.

Minor misconduct

The journal may treat minor misconduct without the need to consult more widely, as long as all parts involved are given the opportunity to respond to any allegations in the particular process.

Major misconduct

In the event of a major degree or severity of misconduct, the Journal may opt to involve authorities, superiors or institutions related to the parts involved. The Journal, by examining the available evidence, and if appropriate, in consultation with the Psychologists' Association, may make the decision to involve any other authority or to comment or consult the conduct with a limited number of experts available.

Consequences of unethical behavior

As a consequence of a misconduct presented, and according to the gravity of the behavior, the Journal shall decide on the severity of its actions and may choose one or several of the following:

In the case of a misunderstanding or a poorly applied standard, the Journal may seek information and educate the involved parts about what was expected from them or send correspondence in a firmer tone to advise about future behavior.

In more severe cases, the journal may send a formal letter to an authority, a working department or a financial entity regarding the accused party specifying the misconduct.

In cases of major severity, the Journal may publish a formal note or an editorial dealing with the misconduct or unethical behavior, revoke formally a publication in the journal or impose an embargo on contributions from the parts involved for a specified time. The Journal may report the case or the result of its investigation of the misconduct to a professional organization or superior authority for future actions or investigations.

