

EVALUACIÓN DE PRÁCTICAS EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA DOMINICANA

EVALUATION OF DOMINICAN CLINICAL PSYCHOLOGY PRACTICE

doi: 10.5872/psiencia/7.1.131
© 2014 · www.psiencia.org

Gandalf Nicolas¹, Giancarlo Martínez²

¹College of William and Mary, ²PSI/Dominican Republic
gnicolas@wm.edu

Recibido/Received:
1/1/2015

Aceptado/Accepted:
23/1/2015

Cómo citar este artículo:

Nicolas, G., & Martínez, G. (2015). Evaluación de prácticas en la psicología clínica dominicana. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 41-53. doi: 10.5872/psiencia/7.1.131

Resumen: La psicología clínica, como aplicación de la ciencia psicológica, debe estar en constante revisión y desarrollo de sus fundaciones empíricas. En la presente investigación exploramos el estatus científico de la psicología clínica en la República Dominicana, con un enfoque en tres elementos: el uso de prácticas basadas en evidencia, la preferencia por el juicio clínico sobre juicios estadísticos, y el conocimiento de metodología de la investigación y estadística. Además, estudiamos las prácticas de actualización científica, y otros elementos importantes para una aplicación científica responsable. Nuestros resultados resaltan múltiples debilidades en la práctica clínica, incluyendo un uso abundante de técnicas no validadas, fuerte confianza en el juicio clínico, apatía general ante un rol activo en investigación científica, y falta de conocimiento de conceptos metodológicos y estadísticos básicos. Finalmente, discutimos factores potencialmente relacionados a estas debilidades, y proponemos posibles pasos a tomar para fortalecer la psicología clínica dominicana y latinoamericana.

Palabras clave: *Prácticas basadas en evidencia – Psicología clínica – Juicio clínico*

Abstract: Clinical psychology, as an application of psychological science, must undergo a constant process of revision and development of its empirical foundations. The current study explores the scientific status of clinical psychology in the Dominican Republic, with a focus on three main elements: use of evidence-based practices, preference for clinical judgment over actuarial judgments, and knowledge of research methods and statistics. Additionally, we explore professional development practices, and other important elements for the responsible application of science. Our results indicate multiple weaknesses in clinical practice, including an excessive use of techniques with poor validity, strong endorsement of clinical judgments, general apathy towards active involvement in research, and lack of knowledge of basic methodological and statistical concepts. We discuss factors potentially related to these weaknesses, and propose possible steps to take in order to strengthen clinical psychology in the Dominican Republic.

Keywords: *Evidence-based practices – Clinical psychology – Clinical judgment*

INTRODUCCIÓN

Recientemente, una serie de sucesos ha agitado el mundo de la psicología científica internacional, incluyendo casos de fraude investigativo (e.g., Diederik Stapel en Holanda; Bhattacharjee, 2013), reportes de investigaciones implausibles publicadas en revistas científicas de alto nivel (e.g., fenómenos psi; Bem, 2011), y fallos en replicaciones de resultados previos (e.g., imprimación social; Klein et al., 2014). Estos hechos han llevado a una autocritica y revisión por parte de los profesionales del área en los Estados Unidos y Europa. Esta respuesta ante las críticas y debilidades del sistema demuestra una de las principales virtudes de la ciencia: su capacidad para la autocorrección (Kuhn, 1970).

Sin embargo, no siempre es el caso que la ciencia funciona como debería, especialmente cuando se entra al campo de sus aplicaciones. La psicología clínica es un ejemplo de ciencia aplicada que ha sido afectada por numerosas limitantes y resistencia al cambio a lo largo de su desarrollo (Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2004). Por esta razón, a través de la presente investigación buscamos examinar las prácticas actuales de los psicólogos clínicos en la República Dominicana, con el objetivo no sólo de llamar la atención a problemas existentes en esta nación en particular, sino para resaltar que prácticas no científicas pueden abundar sin el conocimiento de los profesionales y sus clientes. Con este estudio esperamos motivar a otros profesionales de la psicología clínica a re-examinar sus prácticas, y a avanzar la aplicación de nuestra ciencia.

El juicio clínico. Una de los principales desafíos que enfrentan los psicólogos clínicos es el lograr distanciarse del uso de intuiciones y opiniones personales sobre cómo debe ser la psicoterapia, y comenzar a hacer uso de datos estadísticos sobre qué procedimientos realmente funcionan. Incluso en países que ponen un gran énfasis en la investigación como base de la psicología aplicada, un gran número de profesionales han sido víctimas de considerar sus propios juicios como más acertados que los derivados de datos científicos (Garb, 1998). Algunas de las razones para que el juicio clínico frecuentemente domine el procedimiento del diagnóstico de los psicólogos clínicos son la falta de familiarización que tienen los mismos con investigaciones en el área, escepticismo ante la evidencia, o un deseo de no deshumanizar a sus pacientes con el uso de datos estadísticos

(Lilienfeld, Lynn & Lohr, 2004).

El juicio humano está sujeto a un vasto número de procesos cognitivos que pueden sesgar el curso de la psicoterapia. Un ejemplo importante de las tendencias que pueden afectar el juicio clínico es el sesgo de confirmación. Nickerson (1998) define el sesgo de confirmación como la tendencia a buscar y dar más peso a evidencias y observaciones que apoyen o confirmen hipótesis o creencias mantenidas por la persona. Otro sesgo importante es la correlación ilusoria, en la cual el individuo cree que existen asociaciones entre cosas que realmente no están relacionadas. El ejemplo más famoso en la práctica clínica de esta tendencia es el diagnóstico de paranoia cuando un individuo dibuja una persona con ojos grandes en el test de la figura humana. El terapeuta tiene la idea incorrecta y preconcebida de que ojos muy abiertos indican sospecha (Arkes, 1981). Otros sesgos relevantes son la tendencia a ignorar las tasas base de ocurrencia de un diagnóstico, un enfoque excesivo en un dato en particular, o la común creencia de que se está en lo correcto con más frecuencia de lo que realmente se está. De hecho, la mayoría de los individuos no son conscientes de todos los sesgos cognitivos en los que incurren regularmente (Tversky & Kahneman, 1974).

Existe evidencia de que las entrevistas semi-estructuradas en la práctica clínica reportan muchos más beneficios que entrevistas sin estructura y guiadas por la intuición clínica. Una de las razones es que los terapeutas que no usan entrevistas semi-estructuradas no siempre preguntan sobre los síntomas importantes (llegando algunos a ignorar hasta el 50% de los criterios diagnósticos). Adicionalmente, los diagnósticos son más consistentes entre distintos terapeutas cuando se hace uso de entrevistas semi-estructuradas (Ægisdóttir et al., 2006).

Estos datos no implican que el juicio clínico esté siempre equivocado. De hecho, una integración organizada de observaciones e intuiciones clínicas puede diagnosticar efectivamente en un 47% de las ocasiones (aunque la probabilidad de un diagnóstico correcto a través del juicio en base a datos estadísticos es un 13% mayor; Ægisdóttir et al., 2006).

Pruebas psicométricas. Una de las herramientas diagnósticas más importantes en la práctica clínica son las pruebas psicométricas. Igualmente, estas pruebas están sujetas a numerosas

variables que pueden limitar su uso, haciéndolas completamente irrelevantes, e incluso potencialmente dañinas en el proceso terapéutico.

Algunas de las pruebas más utilizadas en la psicología clínica son también las pruebas que menos confiabilidad (i.e., consistencia interna y entre repeticiones de la prueba) y validez poseen: las técnicas proyectivas. Lilienfeld, Wood y Garb (2000) estudiaron exhaustivamente la literatura existente sobre las propiedades psicométricas de estas técnicas y concluyeron que en su uso los psicólogos incurren en muchas prácticas diagnósticas no fundamentadas en evidencia. En el año 1995, Watkins y colegas determinaron que en los Estados Unidos el 82% de los psicólogos clínicos reportan usar el Rorschach al menos en algunas ocasiones, mientras que el 43% reporta usarlo frecuentemente o siempre en la práctica. Igualmente, Durand, Blanchard y Mindell (1988) reportaron que en el ámbito educacional, el énfasis en técnicas proyectivas es considerado por una gran parte de los directores de departamentos universitarios como importante. A continuación un examen breve de sus conclusiones sobre las tres técnicas proyectivas más utilizadas por los psicólogos (estadounidenses): el Rorschach, el test de apercepción temática, y el dibujo de la figura humana (Watkins et al., 1995).

La prueba de Rorschach consiste en 10 manchas abstractas de tinta impresas de forma separada en tarjetas. El individuo examinado debe de interpretar e indicar qué ve en cada una de las tarjetas. La validez del Rorschach fue inicialmente criticada en la década de los 50, debido a la inexistencia de normas y estandarización de la prueba (Dawes, 1994). A raíz de estos problemas, se desarrolló el sistema comprensivo de Exner (1974), el cual servía de manual y guía interpretativa estandarizada de los resultados del Rorschach. Sin embargo, la revisión de la literatura llevada a cabo por Lilienfeld, Wood y Garb (2000) indica que ni el sistema comprensivo de Exner, ni sus revisiones, resuelven todos los problemas de validez y normatividad del Rorschach. De hecho, los autores sólo encontraron evidencia de validez para 4 de los índices del Rorschach.

El test de apercepción temática (TAT; Morgan & Murray, 1935) consiste en una serie de imágenes ambiguas sobre las que el individuo examinado debe narrar una historia. La mayoría de los terapeutas interpretan las respuestas del evaluado en base a sus juicios clínicos personales. De forma similar al Rorschach, el TAT carece de normas y

validez para la mayor parte de sus usos, especialmente aquellos utilizados en terapia (Lilienfeld, Wood y Garb, 2000).

Existe una amplia variedad de técnicas del dibujo de la figura humana, teniendo principalmente en común una evaluación en base al dibujo de una o más personas en un papel por parte del evaluado. Las dos principales vías interpretativas son las propuestas por Machover (1949) y Koppitz (1968), que se diferencian principalmente en estar enfocados, respectivamente, en rasgos particulares del dibujo, o en una evaluación global del mismo. En su revisión de la literatura, Lilienfeld, Wood y Garb (2000) no encontraron evidencias convincentes de la validez de este tipo de técnicas. Concluyeron que sólo algunos índices globales podrían en algunos casos resultar efectivos para sugerir la existencia de alguna psicopatología no específica.

Lilienfeld, Wood & Garb (2000) proponen que se disminuya el uso de estas pruebas, y en su lugar se haga un mayor uso de pruebas objetivas con un buen nivel de validez y de entrevistas clínicas estructuradas. Sin embargo, en la República Dominicana existe un aparente déficit de pruebas objetivas estandarizadas, cuya confiabilidad y validez hayan sido propiamente establecidas. Caamaño, Vallejo y Caamaño (2007) investigaron una instancia de la realidad psicométrica dominicana: el Cuestionario de Dieciséis Factores de Personalidad de Cattell (16FP). Los resultados de este estudio indicaron que la versión de la prueba 16FP frecuentemente utilizada en el país no posee los niveles adecuados de confiabilidad ni validez, haciendo de la misma un instrumento inútil y potencialmente dañino. Este tipo de resultados debe llamar la atención a la necesidad de reevaluar la confiabilidad y validez de pruebas exportadas de otros países, antes de ser usadas en una población nueva. Igualmente, señala a los profesionales del área como responsables de conocer las propiedades psicométricas de las pruebas que utilizan.

Prácticas basadas en evidencia. Las prácticas basadas en evidencia (PBE) buscan optimizar los resultados de las prácticas clínicas en psicología mientras se disminuyen los riesgos para el cliente o paciente (La Roche & Christopher, 2009). Las PBE logran establecerse fuertemente en la comunidad científica psicológica cuando en el 2006 la Asociación de Psicólogos Americanos (APA) publica una declaración definiendo las mismas como una integración de la mejor información científica disponible con la experiencia clínica del

profesional dentro del contexto de las características y preferencias únicas y culturales del paciente (APA, 2006). El propósito de esta declaración fue promover los mejores posibles servicios a clientes de psicólogos, incorporando componentes científicos con las características únicas de cada paciente, logrando de esta forma aumentar las probabilidades de un desenlace positivo en cualquier intervención psicológica (APA, 2006).

Para que una técnica psicológica pueda denominarse como PBE tiene que poseer tres características globales definidas por la APA (2006). La primera de éstas es tener evidencia científica disponible, en base a evaluaciones y ensayos clínicos que apoyen la validez de la práctica. Para que la evidencia tenga valor científico, debe haber sido revisada sistemáticamente por otros científicos (revisión por pares), poseer niveles adecuados de significancia estadística y ser reproducible. La segunda condición es la experiencia clínica, y se refiere a las competencias clínicas que promueven resultados positivos en la terapia. Las competencias relevantes en las PBE son la realización de evaluaciones acompañado de un buen juicio diagnóstico (incluyendo la integración balanceada de juicios clínicos y estadísticos), planes de tratamientos objetivos y sistemáticos, entre otros. La última condición es que las prácticas tomen en cuenta el contexto social del paciente, adaptando las intervenciones a características culturales e individuales (para más información, ver Basler & Medrano, 2011).

Entre las PBEs más utilizadas se encuentran la terapia cognitiva-conductual para el desorden generalizado de ansiedad, la terapia conductual para la depresión, y la terapia racional emotivo-conductual (ver <http://www.psychologicaltreatments.org/>). En contraste, algunas prácticas comunes que no tienen soporte científico son la programación neurolingüística o la terapia para liberar recuerdos reprimidos (Lilienfeld, Lynn & Lohr 2004).

Educación científica. Un elemento importante relacionado al estatus científico de la psicología clínica es el conocimiento metodológico y estadístico de sus profesionales. Como responsables de brindar un servicio ético y respaldado científicamente, los psicólogos clínicos deben ser consumidores activos de la literatura científica en su área. Para lograr esto, sin embargo, se requiere no solo de una constante búsqueda de información científica (i.e., aquella publicada en revistas con artículos revisados por pares), sino también de la capacidad de entender e interpretar la litera-

tura. Más aun, recae sobre los profesionales del área el llevar a cabo investigaciones para validar los procedimientos de la profesión.

Implicaciones éticas. Existen serias implicaciones éticas y profesionales en los temas planteados en este estudio. El psicólogo clínico, como profesional basado en la ciencia, debe cumplir con los estándares de la misma y proveer en todo momento un servicio respaldado por la evidencia del mayor estándar posible. La definición del ejercicio de la psicología en la República Dominicana de acuerdo al artículo 2 de la ley 22-01 (2001) es el siguiente:

“La utilización del conocimiento adquirido mediante el estudio científico de los procesos cognitivos y del comportamiento humano y animal, tanto en la realización de trabajos de investigación y de docencia, como en la prestación de servicios profesionales a personas físicas y/o morales, en cualesquiera de sus áreas especializadas.”

La Asociación de Psicólogos Americanos (APA, 2013) igualmente resalta la importancia del desarrollo científico de la psicología, e indica que los psicólogos deben estar comprometidos con el mismo. Esta fundación científica es la que distingue a la psicología de otros oficios no médicos relacionados a la salud mental, y le permite brindar un servicio efectivo. Cualquier incremento al momento de diagnosticar violencia, suicidios u otros casos de alto valor para el individuo no debe ser ignorado.

Contextualización. A pesar de que la presente investigación tiene implicaciones para la práctica clínica en múltiples países, al sentar un posible precedente para la expansión de los indicadores aquí utilizados, es importante entender este estudio dentro del contexto dominicano. Las secciones anteriores proveen una importante contextualización teórica que debe ser entendida dentro del contexto social de nuestra muestra. Esperamos que un mayor entendimiento de la situación científico-profesional en la República Dominicana permita a otros investigadores y practicantes extrapolar nuestros hallazgos a sus propias comunidades e instituciones.

Se puede considerar que la psicología dominicana inició en el año 1953, con la celebración del primer Congreso Interamericano de Psicología. Desde ese momento, la psicología como carrera y profesión se ha expandido considerablemente (Brea, Rodríguez & Alonso, 1998). En el año 2005, el último del cual existe un reporte oficial

del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología (MESCYT) con este tipo de datos, habían 15,293 estudiantes matriculados en psicología.

Similarmente, la MEESCYT (2005) estudió la tradición científica del país (estos datos son para todas las carreras, ya que no encontramos información específica para psicología). Los datos reportan alrededor de apenas 132 publicaciones científicas publicadas en el 2004. Además, no se especifica la calidad de estas publicaciones (por ejemplo, si las mismas pasaron por un proceso de revisión por pares). Sólo 152 profesores en todo el país reportaron tener un título de doctorado (el cuál tiende a tener un énfasis investigativo). Más aún, la MEESCYT reporta que ninguna universidad de las que proveyeron datos aplica más del 2% de sus recursos a la investigación.

El presente estudio. Para explorar el estatus actual de la psicología clínica dominicana estudiamos principalmente tres aspectos relacionados a una aplicación científica responsable: las actitudes hacia el juicio clínico (vs. datos estadísticos), el uso de prácticas basadas en evidencias y técnicas de evaluación validadas, y el conocimiento de metodología de la investigación y estadística. Otras informaciones que complementan estas áreas también fueron recolectadas. El estudio tiene un diseño descriptivo transversal, complementado con resultados inferenciales exploratorios.

MÉTODO

Participantes. Al momento de la presente investigación no fue posible obtener un record formal de la población total y actualizada de psicólogos clínicos activos en el país. Los participantes fueron 66 practicantes del área de psicología clínica en la República Dominicana. El reclutamiento se realizó a través de instituciones en el país, así

como con técnicas de “bola de nieve”, obteniendo una muestra no representativa, pero de un tamaño considerable para evaluar tendencias en el área. De los participantes, 48 (72.7%) fueron mujeres, con una edad media de 34.7 años ($DE = 9.6$).

Preguntas demográficas adicionales indican que los participantes tenían en promedio 7.9 años de experiencia en el área ($DE = 7.1$) y obtuvieron un índice académico acumulado de 3.51 ($DE = 0.35$) en su último grado. Adicionalmente, 4 (6%) encuestados tenían como mayor título obtenido un doctorado, 29 (43.9%) una maestría, 29 (43.9%) una licenciatura, y 4 (6%) otro título. De los que respondieron, 50 (79%) obtuvieron su último título en una institución dominicana.

Materiales. Se incluyó un cuestionario para medir preferencias por distintas escuelas psicológicas en la práctica clínica: Cognitivo-conductual, Familiar/sistémica, Humanista, Neuropsicológica, y Psicoanalista (ver Tabla 1). Los ítems de este cuestionario fueron evaluados en un formato Likert con valores entre 1 (*no preferencia*) y 5 (*fuerte preferencia*), y los participantes reportaron datos para cada escuela por separado.

Se desarrolló una escala de 8 ítems para evaluar las actitudes hacia la toma de decisiones en base al juicio clínico (vs. datos estadísticos). El mismo fue elaborado ad hoc por los autores y demostró tener un nivel de confiabilidad apropiado (α de Cronbach = .85). Algunos de los 8 ítems evaluados en una escala Likert (siendo 1 *totalmente en desacuerdo* y 5 *totalmente de acuerdo con el ítem*) incluyen: “Confío más en mi intuición que en resultados de pruebas aplicadas”, “He notado que mis colegas exitosos hacen mayor uso del juicio clínico que de pruebas estandarizadas”, y “En el pasado, mis intuiciones clínicas han tendido a ser correctas” (ver Tabla 2).

Tabla 1. Cuestionario sobre escuela psicológica de preferencia.

Seleccione una puntuación del 1 al 5, siendo 5 una escuela que prefiere en consulta, y 1 una escuela que no prefiere en consulta.					
1. Aproximación Psicoanalítica	1	2	3	4	5
2. Aproximación Cognitivo-Conductual	1	2	3	4	5
3. Aproximación Familiar/sistémica	1	2	3	4	5
4. Aproximación Neuropsicológica	1	2	3	4	5
5. Aproximación Humanista	1	2	3	4	5

Tabla 2. Escala para medir actitudes hacia el juicio clínico.

¿Está usted de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones? (Siendo 1 Totalmente en Desacuerdo y 5 Totalmente de Acuerdo)

1. El juicio clínico es lo más importante al momento de diagnosticar o intervenir a un paciente.
2. Confío más en mi intuición que en resultados de pruebas aplicadas.
3. Hago uso de mis experiencias personales al momento de diagnosticar o intervenir a un paciente.
4. Si los resultados de pruebas aplicadas contradicen mi intuición clínica, ignoro los resultados de las pruebas.
5. He notado que mis colegas exitosos hacen mayor uso del juicio clínico que de pruebas estandarizadas.
6. En el pasado, mis intuiciones clínicas han tendido a ser correctas.
7. Mi experiencia clínica pesa más que el entrenamiento formal que he recibido.
8. El juicio clínico es superior a los datos estadísticos y manuales (por ejemplo, el DSM IV).

Tabla 3. Cuestionario para medir conocimiento de estadísticas y metodología.

Por favor responda a las siguientes preguntas.

1. Usualmente, se considera que un hallazgo es estadísticamente significativo cuando su nivel de significancia (p) es:
 - a) Mayor que 0.5
 - b) Menor que 1.0
 - c) Igual a 0.10
 - d) Menor que 0.05
 - e) Mayor que 0.09
 - f) No sabe la respuesta
2. Un estudio indica que existe una correlación positiva entre el nivel de polución de una ciudad y la frecuencia de pesadillas de sus habitantes. En base a esta afirmación, podemos concluir que:
 - a) La polución causa trastornos del sueño
 - b) Las personas con trastornos del sueño tienden a contaminar más
 - c) Tanto las pesadillas como la conducta contaminante son causadas por la presión de vivir en ciudades más pobladas
 - d) Un aumento de polución en el ambiente causa un aumento de actividad en las áreas del cerebro relacionadas al sueño
 - e) En base a los datos dados no podemos concluir ninguna de las anteriores.
 - f) No sabe la respuesta
3. A la consulta de un psicólogo clínico llegan frecuentemente mujeres de pocos ingresos económicos que luego del embarazo presentan síntomas depresivos. Sin embargo, este psicólogo ha observado que las mujeres de altos ingresos no presentan estos síntomas luego del embarazo. El psicólogo puede concluir que:
 - a) Todas las mujeres de bajo recursos tienden a presentar síntomas de depresión luego del embarazo.
 - b) Todas las mujeres de altos recursos tienden a NO presentar síntomas de depresión luego del embarazo.
 - c) Todas las anteriores son correctas.
 - d) Ninguna de las anteriores es correcta.
 - e) No sabe la respuesta
4. Una empresa farmacéutica ha desarrollado un nuevo medicamento para tratar la depresión. Para determinar su efectividad, le ofrecieron este medicamento a un grupo de pacientes. Luego de 6 meses, estos pacientes mostraron menos signos de depresión, y la empresa concluyó, incorrectamente, que el medicamento era efectivo. ¿Qué debió hacer la empresa farmacéutica para que su conclusión fuera válida?
 - a) Incluir un grupo control con participantes que no tuvieran síntomas de depresión.
 - b) Incluir un grupo control que no recibiera el medicamento.
 - c) Asignar de forma aleatoria (al azar) los pacientes a dos grupos.
 - d) Tanto la A como la B
 - e) Tanto la A como la C
 - f) Tanto la B como la C
 - g) No sabe la respuesta
5. José quiere determinar la relación entre la edad y la estatura. Para esto, José le pregunta a 100 personas por su edad en años, y su estatura en pies ¿Cuál prueba estadística es ideal para responder a su inquietud?
 - a) Prueba T Independiente (Independent T test)
 - b) Prueba Chi Cuadrada (Chi Square)
 - c) Coeficiente de Pearson (Pearson's Coefficient)
 - d) ANOVA de un factor
 - e) ANOVA de múltiples factores
 - f) No sabe la respuesta

Tabla 4. *Cuestionario sobre técnicas y prácticas clínicas.*

Por favor seleccione TODOS los instrumentos o técnicas que usted utiliza o planea utilizar regularmente en la práctica clínica.

Educación familiar para la Esquizofrenia
 16 Factores de Personalidad de Cattell (16FP-C)
 Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI 1)
 Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota (MMPI 2)
 Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota para adolescentes (MMPI 1)
 Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión
 Test de la Figura Humana (interpretación libre)
 Test de la Figura Humana (Machover)
 Test de la Figura Humana (Koppitz)
 Terapia Interpersonal para la Bulimia
 Test del Dibujo de la Familia (TDF)
 Terapia Conductual para la depresión
 Test del dibujo del Árbol
 Prueba de Rorschach (interpretación libre)
 Prueba de Rorschach (Exner)
 Relajación Aplicada para Desordenes de Pánico
 Test de Apercepción Temática (TAT)
 Prueba de Domino (D48)
 Terapia Cognitivo Conductual para la Bulimia
 Terapia Emotiva para Parejas Angustiadas
 Test de Matrices Progresivas (RAVEN)
 Hipnosis
 Programación Neurolingüística
 Terapia Cognitiva para Ataques de Pánico
 Interpretación de sueños
 Tratamiento de Exposición para la Agorafobia
 Grafología
 Regresiones a vidas pasadas
 Terapia Cognitiva-Conductual para Desorden Generalizado de Ansiedad
 Terapia para liberar recuerdos reprimidos
 Test de Bender
 Terapia Interpersonal para la Depresión
 Escala Wechler de Inteligencia para Niños (WISC)
 KUDER
 Escala Wechler de Inteligencia para Adultos (WAIS)
 Terapia Conductual Marital
 Reversión de Hábitos y técnicas de control
 Modificación Conductual para Enuresis

Igualmente, se desarrolló un breve cuestionario ad hoc para la medición del conocimiento sobre metodología de la investigación y estadística. El mismo consistió en 5 preguntas de selección múltiple que cubrían algunos conceptos básicos de estadística y metodología, incluyendo cuáles son las condiciones para inferir causalidad, cuál es el nivel de significancia establecido para prevenir errores tipo I (i.e., $p < 0.05$, indicando que existe un 5% de probabilidad de que los resultados sean por azar, asumiendo que la hipótesis nula es correcta), así como el uso correcto de una correlación de Pearson y de generalizaciones a la población (ver Tabla 3).

Además de estos cuestionarios, se incluyó una lista no exhaustiva de prácticas y técnicas (incluyendo tanto PBEs como aquellas que carecen de respaldo científico; ver Tabla 4). La lista fue elaborada a partir de un número de publicaciones que contienen técnicas y prácticas basadas en evidencia utilizadas por psicólogos clínicos norteamericanos, y prácticas comunes utilizadas por los psicólogos dominicanos (e.g., APA, 2013; Chambles & Ollendick, 2001). Los participantes indicaron si utilizaban cada una de las técnicas en su consulta clínica.

Finalmente, los participantes respondieron preguntas sobre sus afiliaciones a instituciones profesionales, número de artículos científicos leídos al mes, número de estudios publicados, y la importancia que consideraban que tiene la investigación para la psicología (en una escala de 5 puntos, con mayores puntuaciones indicando mayor importancia).

Procedimiento. Los participantes completaron el presente estudio vía internet. Las preguntas fueron presentadas en el mismo orden, y no se mantuvieron records que pudieran identificar respuestas individuales.

RESULTADOS

La escuela psicológica de preferencia de nuestros participantes (medida a través de una escala Likert de 5 puntos) fue la familiar-sistémica ($M = 4.23$, $DE = 0.88$), seguida por la cognitiva-conductual ($M = 4.21$, $DE = 0.91$), humanista ($M = 3.82$, $DE = 1.13$), neuropsicológica ($M = 3.41$, $DE = 1.14$), y la psicoanalista ($M = 3.22$, $DE = 1.4$).

Utilizando una prueba T de una muestra, y tomando como referencia el punto medio de nuestra escala (i.e., 2.5), los resultados indican que los

participantes mostraron una mayor confianza en su juicio clínico que en datos estadísticos y pruebas estandarizadas ($M = 2.84$, $DE = 0.9$), $t(65) = 3.07$, $p = .003$.

En cuanto al conocimiento de estadística y metodología de la investigación, en promedio los participantes respondieron correctamente 1.6 ($DE = 1.14$) de las 6 preguntas. Sólo 9 (13.6%) participantes pudieron responder que un resultado se considera estadísticamente significativo con un nivel de significancia menor que 0.05, 43 (65.2%) indicaron no entender que una correlación no implica causalidad, 24 (36.4%) mostraron una inclinación a sobregeneralizar a otros individuos los patrones vistos en consulta, sólo 24 (36.4%) conocían los requerimientos necesarios para un experimento, y por último, sólo 7 (10.6%) supieron determinar cuando era apropiado utilizar un test de correlación de Pearson.

Los resultados de nuestro cuestionario sobre prácticas y técnicas son presentados en la tabla 5. Una breve inspección revela que muchas de las PBEs son utilizadas con frecuencia. Sin embargo, debido a la especificidad de algunas de estas prácticas, una comparación entre las mismas no es posible. No obstante, puede ser informativo fijarse en el uso de aquellas técnicas que no son PBEs. Por ejemplo, es evidente que un gran número de profesionales utiliza técnicas sin base científica, como el test de la figura humana no generalizado ($N = 47$, 71%), el test de apercepción temática ($N = 18$, 27%), la terapia para liberar recuerdos reprimidos ($N = 12$, 18%) y la programación neurolingüística ($N = 12$, 18%), entre otros. Además, 44 (67%) participantes reportan utilizar la prueba de los 16 factores de Personalidad de Catell, previamente identificada como falta de confiabilidad y validez en la mayoría de sus versiones. En base a nuestra exploración no exhaustiva de versiones actuales, encontramos que no se ha hecho un esfuerzo adecuado de mejorar la calidad de esta prueba por algunos de los distribuidores dominicanos más importantes, y sin embargo, nuestros resultados indican que su uso continúa en altos niveles.

Analizando nuestras preguntas sobre prácticas científicas, encontramos que 33 (50%) de los encuestados no han realizado investigaciones científicas (además de tesis necesarias para obtener títulos), y sólo 10 (15%) reportan haber realizado 3 o más investigaciones. Además, el número promedio de artículos psicológicos leídos al mes es de sólo 3.4 ($DE = 4.27$), y la mayoría de los mis-

mos no son publicados en revistas científicas con revisión por pares, sino en línea o en revistas de variedad. Similarmente, el número de asociaciones científicas y profesionales a las que los participantes pertenecen fue bajo ($M = 1.2$, $DE = 1.95$), y la mayoría indicaba que sólo pertenecía al Colegio Dominicano de Psicólogos, cuya membresía es obligatoria para practicantes. Un dato más positivo es que el número promedio de conferencias científicas asistidas fue de 14.24 ($DE = 31.26$), aunque no podemos confirmar el tipo de conferencia a los que los encuestados se referían. Adicionalmente, la importancia percibida de la investigación obtuvo altas puntuaciones ($M = 4.76$, $DE = .681$).

Además de estos datos descriptivos, exploramos algunos resultados exploratorios-inferenciales. Nuestros resultados revelaron una correlación positiva significativa entre la preferencia por la escuela cognitivo-conductual y la percepción de la importancia de la investigación, $r(66) = 0.4$; $p < .001$. Por otro lado, la preferencia por la escuela psicoanalista se correlacionó negativamente con la percibida importancia de la investigación y positivamente con una mayor confianza en el juicio clínico, respectivamente: $r(66) = -0.3$, $r(66) = 0.3$; $ps < .05$. Es decir, la escuela cognitivo-conductual está asociada a un mayor respaldo de la investigación psicológica, y la escuela psicoanalista está asociada a un mayor respaldo del juicio clínico y menor de la investigación. Adicionalmente, realizamos correlaciones para determinar la relación entre años de experiencia en el área, preferencia por el juicio clínico, y percepción de la importancia de la investigación. El número de años de experiencia se correlacionó negativa y moderadamente con la importancia percibida de la investigación en psicología, $r(66) = -0.31$, y positiva y fuertemente con la confianza en el juicio clínico, $r(66) = 0.5$; $ps < .05$. En otras palabras, a mayor experiencia en el área, menos importante es considerada la investigación, y más confianza se tiene en el juicio clínico sobre métodos estadísticos. Finalmente, encontramos una fuerte correlación negativa entre preferencias por el juicio clínico y la importancia percibida de la investigación, $r(66) = -0.59$, $p < .001$, reflejando un alejamiento del juicio clínico como superior a los datos basados en estadísticas mientras más se percibe que la investigación es importante para la psicología.

Por último, exploramos resultados en base al país en que se obtuvo el último grado académico (República Dominicana vs. el extranjero). Encontramos que aquellos que obtuvieron su último

grado académico en el extranjero consideraron la investigación científica como más importante ($M = 5$ vs. $M = 4.7$) y respondieron correctamente a un mayor número de preguntas metodológicas ($M = 2.4$ vs. $M = 1.4$) que aquellos graduados en la República Dominicana, $ts(63) = -2.9$, $ps = .005$.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio evidencian que a pesar del apoyo ideológico a corrientes científicas (e.g., la escuela cognitivo-conductual) y del uso frecuente de PBEs, en la psicología clínica dominicana abundan igualmente prácticas pseudocientíficas, una amplia confianza en el juicio clínico por sobre técnicas de evaluación estandarizadas, y una apatía general ante la educación científica y la realización de investigaciones. Un gran número de los psicólogos encuestados reportó usar técnicas diagnósticas sin validez, como el test de la figura humana, así como terapias sin validez científica, como procedimientos para liberar recuerdos reprimidos.

A pesar de que diagnósticos basados principalmente en juicios clínicos han sido expuestos como menos efectivos que aquellos basados en pruebas estandarizadas, existe una tendencia a preferir el juicio clínico, especialmente en aquellos con mayor experiencia clínica. Nuestros resultados indican además que existe una deficiencia general en los conocimientos metodológicos necesarios para comprender artículos científicos, y por ende, para una actualización responsable en el área. Es posible que esta falta de conocimiento ayude a explicar parcialmente el distanciamiento de los profesionales de los artículos empíricos que les permitirían manejar técnicas con mayor soporte científico.

No obstante a estos preocupantes resultados, nuestra investigación revela algunos puntos positivos. Muchas de las PBEs incluidas en nuestra encuesta fueron reportadas como utilizadas en la práctica, y un gran número de los encuestados reportó preferir la escuela cognitivo-conductual, desde la cual surgen muchos de estos procedimientos. Además, a pesar de que muy pocos profesionales realizan investigaciones, existe conciencia de que las mismas son importantes para el desarrollo del área. Estos resultados son motivo de optimismo, pero deben ser explorados a mayor profundidad, tanto para lograr un estudio representativo de las prácticas de la población de psicólogos clínicos,

Tabla 5. Lista de prácticas clínicas y practicantes que las utilizan.

Práctica o técnica diagnóstica	Tipo	Evidencia	Ejemplo de referencia	Uso
Test del Dibujo de la Familia (TDF)	Test/técnica	Limitada	Lilienfeld, Wood & Garb (2000); Gennar & Tamanza (2014)	88%
Test de la Figura Humana (Machover)	Test/técnica	No	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	71%
Test de la Figura Humana (Koppitz)	Test/técnica	No	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	70%
Terapia Cognitivo Conductual para la Depresión	Práctica	Sí	APA (2013)	68%
16 Factores de Personalidad de Cattell (16FP-C)	Test/técnica	Limitada	Caamaño, Vallejo & Caamaño (2007)	67%
Terapia Cognitiva-Conductual para Desorden de Ansiedad	Práctica	Sí	APA (2013)	55%
Escala Wechler de Inteligencia para Niños (WISC)	Test/técnica	Sí	Williams, Weiss & Rolpfhus (2003)	53%
KUDER	Test/técnica	Sí	Zytowsju (1976), Rottinghaus, Coon, Gaffey & Zytowski (2007)	53%
Test de la Figura Humana (interpretación libre)	Test/técnica	No	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	52%
Test de Bender	Test/técnica	Limitada	Goldberg (1959)	50%
Test de Matrices Progresivas (RAVEN)	Test/técnica	Sí	Raven (2000)	45%
Prueba de Domino (D48)	Test/técnica	Sí	Harrison & Domino (1963)	41%
Terapia Cognitiva para Ataques de Pánico	Práctica	Sí	APA (2013)	39%
Terapia Conductual para la depresión	Práctica	Sí	APA (2013)	35%
Modificación Conductual para Enuresis	Práctica/técnica	Sí	Houts (1996) 32%	32%
Relajación Aplicada para Desordenes de Pánico	Práctica/técnica	Sí	APA (2013)	32%
Escala Wechler de Inteligencia para Adultos (WAIS)	Test/técnica	Sí	Climie & Rostad (2008)	29%
Reversión de Hábitos y técnicas de control	Técnica	Sí	Bate & Malouff (2011)	29%
Terapia Conductual Marital	Práctica/técnica	Sí	Hahlweg & Markman (1988)	29%
Test de Apercepción Temática (TAT)	Práctica/técnica	Limitada	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	27%
Tratamiento de Exposición para la Agorafobia	Práctica/técnica	Sí	Gloster et al. (2011)	23%
Terapia Emotiva Racional para Parejas	Práctica	Sí	Vernon (2013)	20%
Educación familiar para la Esquizofrenia	Práctica	Sí	APA (2013)	18%
Programación Neurolingüística	Técnica	No	Sturt et al.	18%
Prueba de Rorschach (interpretación libre)	Test/técnica	No	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	18%
Terapia Cognitivo Conductual para la Bulimia	Práctica	Sí	APA (2013)	18%
Terapia Interpersonal para la Depresión	Práctica	Sí	APA (2013)	18%
Terapia para liberar recuerdos reprimidos	Práctica	No	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	18%
Interpretación de sueños	Técnica	Limitada	Hill & Knox (2010)	15%
Hipnosis	Técnica	Sí	APA (2015)	12%
Prueba de Rorschach (Exner)	Test/técnica	Limitada	Lilienfeld, Wood & Garb (2000)	12%
Grafología	Test/técnica	No	Furnham, Chamorro-Premuzic & Callahan (2003)	11%
Terapia Interpersonal para la Bulimia	Práctica	Sí	APA (2013)	8%
Regresiones a vidas pasadas	Técnica	No	Stevenson (1994)	5%

Nota: Algunas decisiones sobre el estatus de evidencia no son definitivas y pueden estar afectadas por sesgos en la búsqueda, publicación, y contexto cultural.

como para explorar que el auto-reporte aquí presentado se refleja de forma adecuada en la práctica. Más aun, muchos de estos puntos deben ser estudiados en otras áreas de aplicación de la psicología (e.g., organizacional, educativa, forense), ya que muchas de estas debilidades pueden estar presentes en las mismas (e.g., un uso generalizado del 16-FP para reclutamiento).

ARTICULACIÓN

Nuestros hallazgos reflejan la potencial utilidad del uso conjunto de indicadores de preferencia por el juicio clínico, conocimiento metodológico, prácticas de actualización, y prevalencia de prácticas basadas en evidencia para la evaluación del apego científico en la psicología clínica. Nuestra muestra dominicana expone ciertas tendencias que pueden ser comparadas con las prácticas en otros países, y futuras investigaciones pueden explorar como estas variables afectan la satisfacción ética y terapéutica de prácticas clínicas.

En base a nuestros resultados, sugerimos que se tomen medidas tanto al nivel individual por cada profesional del área, como por las instituciones educativas y regulatorias necesarias. Es importante que los profesionales se mantengan actualizados, y obtengan sus datos de fuentes primarias, como estudios en publicaciones con revisión por pares. Esto permite una evaluación consciente de las fortalezas y debilidades de las prácticas usadas en consulta. Una posible limitación de esta estrategia es el amplio número de estudios que son publicados en inglés, por lo que no todos los profesionales pueden tener acceso a los mismos. Sin embargo, esto debe igualmente motivar a la conducción de investigaciones en español, diseñadas para mejorar la aplicación psicológica en el contexto latinoamericano. Como prerrequisito, es necesario mejorar la educación metodológica y estadística, e inculcar una apreciación de la investigación científica activa. Igualmente se deben fortalecer las instituciones responsables de supervisar la práctica, y velar por el cumplimiento de las responsabilidades éticas.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados deben considerarse como una exploración generalizada de prácticas, con una muestra limitada, y posibles limitaciones en sus mediciones de prácticas clínicas. Nuestro ob-

jetivo principal no es, por lo tanto, un diagnóstico profundo sobre el estatus actual de la psicología clínica dominicana. Más bien, esperamos que nuestros hallazgos sirvan como fundación para futuros estudios, y provean una base metodológica para investigaciones latinoamericanas sobre la relación entre teoría y práctica. Además, dada la base científica de la psicología clínica, y la responsabilidad ética de sus profesionales de regirse por los principios de la ciencia, nuestros resultados deben llamar a una reflexión generalizada en el área. Investigaciones previas en la sociedad dominicana (e.g. Caamaño, Vallejo y Caamaño, 2007) no han logrado tener el impacto que merecían al momento de llamar la atención de los profesionales del país y motivar un cambio de paradigma. El presente estudio se une a esfuerzos anteriores para fortalecer el estatus de la ciencia psicológica y su aplicación clínica. Confiamos en que las nuevas generaciones latinoamericanas continuarán trabajando en el desarrollo de una práctica empíricamente sostenible y responsable.

REFERENCIAS

- Ægisdóttir et al. (2006). The Meta-Analysis of Clinical Judgment Project: Fifty-Six Years of Accumulated Research on Clinical Versus Statistical Prediction. *The Counseling Psychologist*, 34, 341–382. doi:10.1177/0011000005285875
- American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285. doi:10.1037/0003-066X.61.4.271
- American Psychological Association. (2013). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. En: G. P. Koocher, J. C. Norcross, & B. A. Greene (Eds.), *Psychologists' desk reference* (3rd ed.) (pp. 529-550). New York: Oxford University Press.
- American Psychological Association (2015). *Hypnosis Today, Looking beyond the media portrayal*. Recuperado en línea: <http://www.apa.org/topics/hypnosis/media.aspx>
- Arkes, H. R. (1981). Impediments to accurate clinical judgment and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 323-330.
- Basler, H., & Medrano, L. (2011). Criterios para la evaluación de estudios de evidencia. En: L. A. Medrano (Ed.), *Prácticas en Salud Basadas en*

- la Evidencia* (pp. 45-62). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Bate, K., Malouff, J., Thorsteinsson, E., & Bhullar, N. (2011). The efficacy of habit reversal therapy for tics, habit disorders, and stuttering: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 31*, 865-871. Doi 10.1016/j.cpr.2011.03.013
- Bem, D. J. (2011). Feeling the future: Experimental evidence for anomalous retroactive influences on cognition and affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*, 407-425. doi:10.1037/a0021524
- Bhattacharjee, Y. (2013, 26 de Abril). *The Mind of a Con Man*. New York Times. Recuperado en línea: http://www.nytimes.com/2013/04/28/magazine/diederik-stapels-audacious-academic-fraud.html?pagewanted=all&_r=0
- Brea, M., Rodríguez, E., & Alonso, M. (Eds.). (1998). *30 Años de Psicología Dominicana: Pasado, Presente y Futuro*. República Dominicana: Editora Universitaria UASD.
- Caamaño, C. A., Vallejo, V., Caamaño, & R. E. (2007). *¿Quién se comió mi prueba? Falsos positivos y el caso del 16FP de Cattell*. Estudio Presentado en el 6to Congreso Dominicopuertorriqueño de Psicología, Santo Domingo, República Dominicana. Recuperado en línea: <https://sites.google.com/a/psykhe.org/psykhe/documentos>
- Climie, E., & Rostad, K. (2008). Test Review: Wechsler Adult Intelligence Scale 4th ed. *Journal of Psychoeducational Assessment, 29*, 581-586.
- Dawes, R.M. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press.
- Durand, V. M., Blanchard, E. B., & Mindell, J. A. (1988). Training in projective testing: A survey of clinical training directors and internship directors. *Professional Psychology: Research and Practice, 19*, 236-238.
- Exner, J.E. (1974). *The Rorschach: A Comprehensive System*. Volume 1. Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Furnham, A., Chamorro-Premuzic, T., & Callahan, T. (2003). Does graphology predict personality and intelligence? *Individual Differences Research, 1*, 78-94.
- Garb, H. N. (1998). *Studying the clinician: Judgment research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gennar, M., & Tamanza, G. (2014). *Conjoint Family Drawing: A Technique for Family Clinical Assessment*. CPSYC 2013 International Congress on Clinical and Counselling Psychology, 113, 91-110.
- Gloster, A., Wittchen, H., Einsle, F., Lang, T., Heibig-Lang, S., Fydrich, T., & Arolt, V. (2011). Psychological Treatment For Panic Disorder With Agoraphobia: A Randomized Controlled Trial To Examine The Role Of Therapist-guided Exposure In Situ In CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 406-420. doi: 10.1037/a0023584.
- Goldberg, L. (1959). The effectiveness of clinicians' judgments: The diagnosis of organic brain damage from the Bender-Gestalt Test. *Journal of Consulting Psychology, 23*, 25-33. doi: 10.1037/h0048736
- Gough, H., & Domino, G. (1963). The D 48 test as a measure of general ability among grade school children. *Journal of Consulting Psychology, 27*, 344-349. doi: 10.1037/h0047780
- Greenwald, R. A., Ryan, M. K., & Mulvihill, J. E. (Eds.) (1982). *Human subjects research: A handbook for institutional review boards*. Nueva York, Estados Unidos: Plenum Press.
- Hahlweg, K., & Markman, H. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 440-447*. Doi 10.1037/0022-
- Hill, C., & Know, S. (2010). *The use of dreams in modern psychotherapy*. Education Faculty of Research and Publications. Milwaukee, Estados Unidos: Marquette University.
- Houts, A.C. (1996). Behavioral treatment of enuresis. *The Clinical Psychologist, 49*, 5-6.
- Klein, R. A., Ratliff, K. A., Vianello, M., Adams, R. B., Bahník, Š., Bernstein, M. J., ... Nosek, B. A. (2015, April 8). Investigating Variation in Replicability: A "Many Labs" Replication Project. Disponible en: osf.io/wx7ck
- Koppitz, E.M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawing*. Nueva York, Estados Unidos: Grune & Stratton.
- Kuhn, T. S. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- La Roche, M. J., & Christopher, M. S. (2009). Changing paradigms from empirically sup-

- ported treatment to evidence-based practice: A cultural perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 396–402. doi:10.1037/a0015240
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., & Lohr, J. M. (Eds.). (2003). *Science and pseudoscience in clinical psychology*. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press..
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., & Garb, H. N. (2000). The Scientific Status of Projective Techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1, 27–66. doi:10.1111/1529-1006.002
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, Illinois, Estados Unidos: Charles C. Thomas.
- Ministerio de Educación Superior Ciencia y Tecnología. (2005). *Informe general sobre estadísticas de educación superior 1989-2005*. Recuperado en línea: <http://www.seescyt.gov.do/baseconocimiento/Informes%20estadsticos/INFORME%20GENERAL%20SOBRE%20ESTAD%20C3%8DSTICAS%20DE%20EDUCACI%20N%20SUPERIOR%201989-2005.pdf>
- Morgan, C.D., & Murray, H.A. (1935). A method for investigating fantasies. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 34, 289–304.
- Nickerson, R. S. (1998). Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2, 175–220. doi: 10.1037/1089-2680.2.2.175
- Raven, J. (2000). The Raven's Progressive Matrices: Change and Stability Over Culture And Time. *Cognitive Psychology*, 41, 1-48. Doi 10.1006/cogp.1999.0735
- Rottinghaus, P., Coon, K., Gaffey, A., & Zytowski, D. (2007). Thirty-Year Stability and Predictive Validity of Vocational Interests. *Journal of Career Assessment*, 15, 5-22. doi: 10.1177/1069072706294517
- Stevenson, I. (1994). A Case of the Psychotherapist's Fallacy: Hypnotic Regression to "Previous Lives". *American Journal of Clinical Hypnosis*, 188-193. doi: 10.1080/00029157.1994.10403068
- Sturt, J., Ali, S., Robertson, W., Metcalfe, D., Grove, A., Bourne, C., & Bridle, C. (2012). Neuro-linguistic programming: A systematic review of the effects on health outcomes. *British Journal of General Practice*, 62, 757-764. doi: 10.3399/bjgp12X658287
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131. doi: 10.1126/science.185.4157.1124
- Vernon, A. (2013). I Will Always Love You: Dispelling Marital Myths Through Applications of Rational-Emotive Behavior Therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 31, 57-66. doi: 10.1007/s10942-012-0156-6
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 54–60.
- Williams, P., Lawrence, G., & Rolfhus E. (2003). WISC-IV Clinical Validity. Technical Report 3. Recuperado en línea: <http://images.pearsonclinical.com/images/pdf/wisciv/WISCIVTechReport3.pdf>
- Zytowski, D. (1976). Predictive validity of the Kuder Occupational Interest Survey: A 12- to 19-year follow-up. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 221-233. Doi 10.1037/0022-0167.23.3.221

