

La Investigación en Psicología Clínica y de la Salud: Algunos Lineamientos Lógicos de Decisión y Metodología*

J. J. Sánchez Sosa
Facultad de Psicología, UNAM.

La investigación en las ciencias del comportamiento en general y en psicología clínica y de la salud en particular tiene, entre otros, tres propósitos fundamentales. El primero consiste en valorar la relevancia y situación de un problema o queja de salud psicológica o somática como problema social, es decir, como problema de salud pública. Este primer propósito suele conducir al diagnóstico, a gran escala, de la existencia y gravedad de problemas de salud a fin de informar a quienes toman decisiones sanitarias y a la sociedad sobre las implicaciones de su incidencia y la necesidad de planear e institucionalizar intervenciones de control.

Un segundo propósito se refiere a la búsqueda sistemática de factores que parecen contribuir al desarrollo de los problemas de salud (psicológica o física) es decir que se asocian reiteradamente con su gestación o precipitación, tipificándose por tanto como Factores de Riesgo. Este segundo propósito resulta útil para diseñar intervenciones preventivas o educativas que buscan evitar (o posponer indefinidamente) el desarrollo del problema bajo condiciones identificadas y mantener así el bienestar y la calidad de vida de las personas. Debe recordarse que la diferenciación entre salud física y psicológica es relativamente artificial y suele tener el propósito de ilustrar o explicar procesos o fenómenos difícilmente comprensibles en ausencia de un ejercicio analítico.

El tercero consiste en evaluar los efectos, terapéuticos o preventivos de alguna intervención administrada a individuos que expresan quejas de salud o muestran disfunción psicológica y adaptativa. Si la intervención se orienta a individuos que pertenecen a grupos expuestos a condiciones adversas lo que se busca es minimizar o revertir el efecto de los factores de riesgo que entrañan dichas condiciones. Estas últimas dos metas constituyen el grueso de la actividad profesional del psicólogo clínico o experto en salud y muy probablemente lo serán cada vez más en el futuro.

Desde el punto de vista psicológico un concepto clave en el trabajo clínico es el de disfunción. Como se ha visto en muy diversas fuentes la disfunción psicológica tiene tres componentes fundamentales que integran el comportamiento humano:

- a) Reacciones emocionales que hacen sufrir al individuo y deterioran sus relaciones interpersonales o que interfieren con el funcionamiento habitual que despliega para lidiar con las demandas que le presenta la vida o para crecer y auto-realizarse.
- b) Convicciones o creencias del individuo incompatibles (que lo ponen en conflicto) con demandas sociales o ambientales o con su propia adaptabilidad psicológica. Aquéllas pueden derivarse de información escasa o distorsionada o de sesgos cognitivos (prejuicios) generados o realimentados por quienes le rodean.

* El presente trabajo fue posible, en parte, gracias al subsidio IN-303907 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica de la UNAM y a fondos adicionales de la International Union of Psychological Science. El autor agradece a Héctor Velázquez, Angélica Riveros, Carlos Castro y Brenda Fuentes sus comentarios a versiones preliminares del presente fascículo.

c) Comportamientos que funcionan como instrumento para modificar el ambiente social, físico o incluso interno (biológico) y que pueden estar ausentes del repertorio conductual del individuo o bien carecer de la forma, intensidad o frecuencia adecuadas para servirle en su interacción con el mundo.

Diagnóstico de estatus y relevancia social en sentido actuarial

Es probable que la lógica de la respuesta a preguntas en éste ámbito se remonte históricamente a la búsqueda de información que conducía a adoptar decisiones útiles en sentido mercantil y militar quizá desde fines del medioevo y principios del renacimiento. En los albores históricos de la función de apoyo monetario a campañas militares y políticas por parte de incipientes instituciones bancarias, éstas requerían de información sistemática y confiable sobre condiciones y recursos que pudieran poner en riesgo la recuperación de los recursos. Así, esta recolección de datos de tipo actuarial (principalmente de conteo) tiene similitud con la investigación epidemiológica contemporánea en el sentido de que ambas se realizan a gran escala, en comunidades o poblaciones completas y se usan para adoptar decisiones que afectarán a los grupos que las componen, y que pueden tener objetos de estudio distintos.

En el ámbito epidemiológico, dos medidas centrales son la Incidencia, que suele definirse como el número de casos (pacientes) nuevos en una población y periodo específicos; y la Prevalencia, que es el número total (acumulado) de casos en un momento determinado o periodo específico, es decir los casos anteriores más los nuevos (los que prevalecen). En psicología estos datos pueden referirse a un conteo en población abierta, o al realizado registrando casos que acuden a servicios de salud, o al que se hace recolectando datos en sitios o escenarios específicos.

Identificación de Predictores o Factores de Riesgo

En el ámbito de la psicología de la salud (o clínica) este objetivo de la investigación busca examinar la contribución de diversas condiciones al desarrollo de la disfunción psicológica. La mayoría de las veces esas condiciones surgen de interacciones defectuosas del individuo con su ambiente prácticamente desde que nace, impuestos principalmente por sus padres y familiares y otros miembros de su comunidad inmediata tales como maestros, compañeros de escuela, etc.

En el caso más específico de problemas de salud designados como somáticos (físicos) lo que suele buscar un proyecto de investigación es identificar y valorar la contribución relativa de grupos de factores de riesgo cuyo origen casi siempre incluye fuentes adicionales a las de la interacción humana. Dichas fuentes comprenden principalmente cinco grupos de condiciones o causas: 1. La genética, que incluye las características heredadas (tanto estructurales como funcionales) del organismo y, por tanto, las propensiones a padecer padecimientos más o menos específicos en diversas etapas de su vida. 2. La nutrición, que comprende la calidad, cantidad y balanceo de la alimentación del ser humano desde que se encuentra en el vientre materno y hasta el presente. 3. El acceso y calidad de los servicios de salud a los que recurre el ser humano cuando experimenta problemas de salud. 4. La calidad del ambiente que entraña, entre otros elementos, al tipo, concentración y toxicidad de los contaminantes a los que se expone el individuo a lo largo de su vida. 5. El comportamiento humano del propio individuo y de los miembros de su comunidad inmediata. La acción combinada de estos grupos de factores explican en buena medida el desarrollo de padecimientos tanto crónicos como agudos (Sánchez-Sosa, 2002).

Existen, entre otros, dos principales enfoques metodológicos cuando se busca la detección sistemática de factores que contribuyen al desarrollo de problemas psicológicos. El que quizá resultaría ideal por generar resultados con menos vacíos explicativos es el que más se parece en su estructura metodológica al de la investigación experimental.

Si el psicólogo tuviera la posibilidad de identificar niños pequeños naturalmente expuestos a condiciones interactivas (de crianza) adversas y otros prácticamente no expuestos a ellas, y tuviera la posibilidad de hacer seguimientos con medidas finas a lo largo de diez o veinte años, se cumplirían los principales requisitos de este tipo de estudios. Se les denomina estudios prospectivos de cohortes porque se observa "hacia el futuro" haciendo un seguimiento longitudinal del desarrollo de los participantes cuya pertenencia a una cohorte o grupo se define por las condiciones que comparte con otros en situación similar, sin intervención alguna por parte del investigador.

Este tipo de estudios requieren naturalmente de una enorme capacidad organizativa y grandes cantidades de recursos. En psicología clínica suponen, además, la disponibilidad de instrumentos psicométricos válidos, confiables y estandarizados para la población, basados en definiciones operacionales o confiabilizadas. La lógica de estos estudios se basa en poder constatar, al pasar de los años, que los participantes expuestos reiteradamente a patrones de crianza e interacción familiar adecuados presentarán, en efecto, muchas menos quejas y síntomas disfuncionales que los expuestos a interacciones patogénicas.

El segundo enfoque consiste en identificar, en muestras relativamente grandes, con una distribución razonablemente cercana a la curva normal, la presencia o ausencia de quejas o síntomas (estén o no clasificadas en una taxonomía) formando dos muestras contrastadas en cuanto a mostrar o no dichos signos de disfunción. Estos estudios generalmente conforman las muestras contrastadas a partir de los puntajes más altos y más bajos, obtenidos por los participantes en instrumentos escalares diseñados para detectar grupos de síntomas o de problemas psicológicos. A los que muestran los valores más altos de disfunción se les denomina "casos" y a los de los más bajos "controles".

Una vez identificados los sujetos que están en estos extremos se recolectan datos que reflejen de la manera más sistemática y fina posible las condiciones de crianza y de atmósfera familiar que tuvieron los unos y los otros de manera retrospectiva, es decir, haciendo que cada participante describa o identifique en una serie de escalas cómo solían ser la mayoría de sus interacciones cotidianas. Estas escalas se diseñan al respecto de series de variables previamente cotejadas con la literatura de investigación y con la experiencia clínica como potenciales factores de riesgo o protectores (véase por ejemplo: Repetti, et al., 2002). En el caso de padecimientos predominantemente somáticos concebidos generalmente como problemas "médicos" las variables a analizarse incluyen, naturalmente, aquellas documentadas como contribuyentes al desarrollo del padecimiento.

Si se tienen los cuidados metodológicos necesarios los hallazgos de este tipo de estudios suelen tener un alto grado de credibilidad porque su variable dependiente (el problema de salud en cuestión) entraña un alto nivel intrínseco de validez clínica o social (Messick, 1995). Por esta razón pueden resultar especialmente útiles para los siguientes dos objetivos:

Primero, ayudar a detectar, en el trabajo clínico de consultorio o gabinete, cuáles parecen ser las características más consistentes del pasado interactivo del paciente que parecen explicar el estado actual de sus quejas o problemas. Cuando este conocimiento se usa en el contexto de vincular los antecedentes del paciente con sus problemas actuales mediante el efecto de principios o mecanismos

psicológicos bien conocidos (fundados en investigación metodológicamente adecuada), el psicólogo clínico está en la posibilidad, siempre preferible, de diseñar intervenciones terapéuticas "a la medida" del paciente. Esta posibilidad suele tener como efecto una reducción significativa y relativamente rápida del sufrimiento de la persona y la expectativa real de una permanencia de la mejoría en periodos más prolongados que los que se dan en los sistemas terapéuticos tradicionales, menos basados en la investigación. Si se consideran los hallazgos de la investigación científica en psicoterapia de los últimos veinte o treinta años, la conclusión que parece más sólida es la de una superioridad de los sistemas genéricamente denominados cognitivo-conductuales.

Segundo, el análisis sistemático del carácter predictivo de los estilos de crianza (o de vida) en cuanto a su asociación con el desarrollo de problemas clínicos puede usarse como base para diseñar procedimientos, materiales educativos e intervenciones a aplicarse a parejas cuya vida como padres está por iniciarse. Estas intervenciones pueden tener el formato de cursos o campañas públicas a través de los medios de difusión masiva, con objeto de reducir la incidencia futura de problemas de salud y psicológicos. Estas metas se identifican con el objetivo profesional de la prevención primaria, es decir, la prevención que se hace desde antes de que surjan los primeros indicios de disfunción, también conocida como promoción de la salud.

Los estudios retrospectivos de casos y controles entrañan algunas debilidades metodológicas derivadas de la naturaleza del tipo de dato a recolectarse. Estas debilidades pueden referirse a dos componentes de la investigación aplicada: a) la forma en que definimos el ámbito de las variables relevantes que representan riesgo, o b) problemas prácticos en la construcción de escalas o en los procedimientos de recolección de datos.

La primera suele ocurrir cuando se definen como riesgo a variables o constructos que conllevan uno de dos problemas:

1. Se trata de variables distales en sentido de que el individuo o su comunidad inmediata tienen poco o ningún acceso a su modificación. Tal es el caso de variables de carácter más cercano a lo socio-demográfico tales como el sexo, la edad, el ingreso económico, el nivel de escolaridad o el lugar de residencia, entre otros. Aún cuando el peso de estas variables resulte importante en el sentido de representar mayor riesgo para las personas que comparten ciertos valores de ellas, rara vez constituyen el objeto viable de intervención del profesional de la psicología. Adicionalmente, la proporción de sujetos que, aún "perteneciendo" a dichas categorías o valores no desarrolla problemas psicológicos suele ser mayor que la de aquellos que sí. Una posible explicación para esta discrepancia es que incluso en condiciones sociodemográficas muy adversas hay probablemente otros factores más inmediatos o proximales que actúan como protectores eficaces contra el desarrollo de la disfunción psicológica.

2. Se seleccionan o definen constructos que, aunque pueden resultar conceptualmente interesantes en sentido público, guardan poca o ninguna relación funcional cotejable con el desarrollo de problemas psicológicos o de salud, al menos del tipo que suelen motivar la búsqueda de ayuda del clínico (Dawis, 1987). Estos constructos pueden incluir conceptos culturales o folclóricamente en boga tales como la "piedad" en la relación padres-hijos o lo "romántico" de un noviazgo.

La segunda clase de debilidades metodológicas se deriva de características inherentes al análisis del informe verbal sobre situaciones que ocurrieron en el pasado, en ocasiones remoto. Algunas de estas limitaciones incluyen:

- a) Distancia temporal al evento original. Mientras más antiguo es el suceso a informar es más probable que haya variables que interfieran con la precisión del informe.
- b) Relatividad de estimaciones o juicios sobre: la frecuencia con que solían ocurrir los sucesos, su intensidad o forma, las reacciones que provocaron y su valor emocional o cognitivo para el individuo.
- c) La existencia de condiciones que comprometan la veracidad misma del informe tales como la deseabilidad social del sujeto para quien recolecta el dato. Esto puede ocurrir si no hay en el sujeto una sensación de seguridad y confianza como ocurre en caso de ausencia de confidencialidad o anonimato.
- d) Instrumentos psicométricos defectuosos. Se refiere a los problemas comunes derivados del uso de instrumentos extranjeros mal traducidos y adaptados, especialmente en ausencia de estudios que establezcan sus propiedades psicométricas y su sensibilidad lingüística en la sub-cultura específica en que se van a usar (Okazaki & Sue, 1995).

Algunas estrategias metodológicas útiles para mejorar la recolección de datos retrospectivos sobre predictores o factores de riesgo en salud incluyen los siguientes:

1. Construir reactivos basados en definiciones conductuales. En la medida en que el sujeto reduzca su incertidumbre respecto a lo que se le está pidiendo que informe se incrementará la precisión de su juicio respecto a la ocurrencia de sucesos relevantes en su pasado interpersonal. Por ejemplo, conviene más preguntar cuántas veces a la semana o el mes el padre del participante lo regañaba a gritos frente a otros, que preguntar si el padre era mucho o poco agresivo con él.
2. Diseñar escalas con referentes proporcionales específicos. Cuando no resulte viable o conveniente hacer reactivos sobre la frecuencia de ocurrencia de episodios o sucesos se pueden construir reactivos que recuerden al participante una proporción. Por ejemplo "Siempre o casi siempre: (más del 80% de las veces o el tiempo)".
3. Instrumentar procedimientos protectores del anonimato o la confidencialidad. En ausencia de la confianza que genera una relación profesional establecida con empatía y buena comunicación se pueden hacer aplicaciones de instrumentos en grupo insistiendo en no escribir ni hacer marcas que puedan identificar a la persona. Esto supone el uso de intervalos en escalas que requieran respuestas no escritas tales como la opción múltiple.
4. Redactar los reactivos en términos adecuados a la cultura y usos habituales del lenguaje. En la medida en que los participantes identifiquen con claridad el significado de un reactivo como expresión cotidiana (a la que estén habituados dentro de su cultura) se reducirán interpretaciones erróneas de su contenido.
5. Asignar valores escalares con equivalentes lingüísticos comparables. Si por ejemplo la opción extrema de la escala en un reactivo es "siempre", el otro extremo tendría que ser "nunca"; si en un extremo se encuentra "muy agradable" en el otro extremo se tendría que usar "muy desagradable" y así sucesivamente.

6. Cotejar los hallazgos de investigaciones metodológicamente sólidas de gabinete, de laboratorio o de ensayos clínicos controlados, relevantes a las variables en cuestión. El uso de la investigación científica como fuente para seleccionar variables (de medición o intervención) reduce el riesgo derivado de usar opiniones o propuestas teóricas sin referentes empíricos confirmados y por tanto representa una probabilidad mayor de resultar en procedimientos terapéuticos efectivos.

Credibilidad y solidez metodológica de resultados correlacionales

Cuando el clínico utiliza hallazgos de investigación para seleccionar o diseñar intervenciones terapéuticas es conveniente que adopte algunos criterios para ponderar la confiabilidad de dichos resultados. Los siguientes se han tomado prestados de la investigación epidemiológica en medicina.

- a) Su consistencia. ¿Hay hallazgos similares surgidos de estudios independientes?
- b) Su fuerza. ¿Es clara la proporción de casos clínicos reales (o fallecimientos) en muestras con y sin el factor de riesgo?
- c) Su especificidad. ¿Es especialmente notoria la asociación del factor sospechoso con UN padecimiento? (por ejemplo el fumar con el cáncer).
- d) Su relación temporal. El factor asociado ¿precede, en efecto, al padecimiento?
- e) Su coherencia. ¿Existe un alto grado de acuerdo sobre el factor de riesgo y datos conocidos sobre el padecimiento? ¿Tiene sentido psicológico o biológico?
- f) Ensayos clínicos preventivos. ¿Se sabe de efectos de intervenciones que hayan reducido la exposición al factor de riesgo, sobre el desarrollo de la queja o el padecimiento?

Algunos defectos metodológicos de los ensayos clínicos

Como se ha visto, los procedimientos terapéuticos más eficaces suelen ser aquellos derivados de investigación cuya metodología permita un alto nivel de credibilidad. Este nivel depende, a su vez, de la forma en que se seleccionan las variables a evaluar y la estructura lógica de los diseños experimentales o esquemas de comparaciones que usa el investigador para contestar una pregunta.

Dentro de los estudios clínicos que reúnen el mayor número de estas condiciones probablemente destacan los denominados ensayos clínicos controlados. Se trata de estudios que someten a prueba relaciones funcionales entre cambios en quejas o síntomas y la aplicación de intervenciones terapéuticas utilizando la lógica de los diseños experimentales. Esta forma de investigar en clínica tiene la ventaja adicional de que los resultados se ven poco amenazados por la posibilidad de explicaciones alternas de los hallazgos. Esta amenaza ocurre cuando no se dispone de elementos metodológicos para mostrar que lo más probable es que los cambios clínicos se hayan debido, en efecto, al tratamiento en cuestión .

Como en el caso de estudios experimentales clásicos, el ensayo clínico controlado es susceptible de sufrir baja validez interna o externa (atribuible a diseños defectuosos o a errores de procedimiento respectivamente) y por tanto credibilidad reducida de resultados, si no se cuidan aspectos como los siguientes.

1. Procedimientos terapéuticos o intervenciones inválidas en términos de un marco teórico o propuesta explicativa. Ocurre cuando los procedimientos terapéuticos instrumentados no reflejan en realidad los que prescribiría una postura teórica a pesar de haberse manifestado que así se seleccionaron e instrumentaron.
2. Cambios adaptativos, emocionales, cognitivos, instrumentales, etc., inválidos. Se da cuando se seleccionan para observación o medición conductas (emociones, cogniciones y conducta instrumental) irrelevantes para reflejar los efectos del tratamiento o para mejorar el bienestar de los pacientes o participantes.
3. Discrepancias entre las comparaciones prescritas por un diseño, y los procedimientos clínicos aplicados. Ocurre cuando la lógica de comparaciones de un diseño especifica qué tipo de datos se van a comparar (y cómo) para contestar la pregunta de investigación, pero al cotejar la forma en que se hicieron las comparaciones, aquéllas no se cumplen.
4. Carencia de confiabilidad de observación. Se refiere a defectos que pueden abarcar desde la adopción o elaboración de definiciones defectuosas (o no operacionales), hasta la carencia de procedimientos que aseguren la precisión o consistencia de las observaciones de los posibles cambios clínicos.
5. Sesgos del investigador (u observadores), o de los mismos pacientes o sujetos. Entrañan el efecto que falsifica las observaciones mediante una preferencia explicativa (o teórica) o una expectativa que funciona como prejuicio (efecto Rosenthal). Es muy importante señalar que dichos prejuicios o propensiones pueden ocurrir sin que el individuo se dé cuenta de ellos.
6. Efectos de maduración o del paso del tiempo. Ocurre cuando suponemos que un cambio es atribuible a una intervención terapéutica pero en realidad hay buenas razones para suponer que el cambio podía ocurrir por el efecto aleatorio de otras variables a lo largo del simple paso del tiempo.
7. Efectos de acarreo de pruebas u observaciones. Se trata de cambios inducidos por la observación o la medición inicial de la conducta (quejas, síntomas, etc.) sobre observaciones posteriores del comportamiento de los pacientes o participantes, independientemente del efecto de la intervención terapéutica.
8. Uso de grupos no equivalentes de pacientes o sujetos en comparaciones entre grupos. Suele darse en los estudios clínicos que usan diseños de grupo con comparaciones inter-sujetos, en los que las diferencias entre los resultados finales pueden haberse debido más a diferencias originales entre los participantes que a los efectos terapéuticos de un tratamiento.
9. Cambios en la sensibilidad de instrumentos o de observadores. Ocurre cuando un instrumento se ha ido haciendo obsoleto al cambiar las condiciones sociales o culturales en que se establecieron originalmente sus propiedades psicométricas. También ocurre cuando por alguna razón tal como fatiga, falta de motivación, etc., los observadores humanos cometen errores de registro.
10. Efectos regresivos a los valores medios. Cuando se trabaja con participantes que muestran valores extremos de alguna variable y se tienen comparaciones longitudinales, es probable que en las observaciones posteriores muestren cambios (hacia valores estadísticamente más normales) que se

atribuyan por error al tratamiento. Los valores extremos de algunas variables de comportamiento tienden naturalmente a durar relativamente poco y regresar gradualmente a valores medios.

11. Deserción selectiva de pacientes o sujetos. Ocurre cuando al final de un estudio clínico sólo permanecen los participantes que muestran haberse beneficiado del tratamiento y este número es muy diferente al total inicial de pacientes que formaban el grupo. Un error típico consiste en suponer que los que abandonaron el tratamiento también se hubieran beneficiado si hubieran permanecido en el estudio.

12. Efectos de artefactos. Se trata de cambios inducidos artificialmente por procedimientos ajenos a los del tratamiento mismo. Por ejemplo, atribuir a una condición del estudio algunas respuestas emocionales de sujetos debidas en realidad al efecto de sustancias tales como la cafeína, la nicotina, el alcohol u otros eventos.

14. Interferencia de tratamientos múltiples. Ocurre cuando un componente de un tratamiento estorba o interfiere el efecto de otra porción del tratamiento. Un ejemplo clásico consiste en permitir que un paciente fóbico (o angustiado) use la relajación profunda o la imaginación guiada para escapar de los efectos aversivos (ansiógenos) de un objeto, situación o pensamiento. Este efecto de escape neutraliza el efecto de habituación requerido para que el objeto fóbico pierda sus propiedades ansiogénicas.

Referencias

Dawis, R. V. (1987). Scale construction. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 481-489.

Messick, S. (1995). Validity of psychological assessment: Validation of inferences from persons' responses and performances as scientific inquiry into score meaning. *American Psychologist*, 50, 741-749.

Okazaki, S. & Sue, S. (1995). Methodological issues in assessment research with ethnic minorities. *Psychological Assessment*, 7, 367-375.

Repetti, R. L. Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.

Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>