



# International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



## ARTÍCULO TEÓRICO

### Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies<sup>1</sup>

Spencer C. Evans<sup>a</sup>, Michael C. Roberts<sup>a,\*</sup>, Jared W. Keeley<sup>b</sup>, Jennifer B. Blossom<sup>a</sup>, Christina M. Amaro<sup>a</sup>, Andrea M. Garcia<sup>a</sup>, Cathleen Odar Stough<sup>a</sup>, Kimberly S. Canter<sup>a</sup>, Rebeca Robles<sup>c</sup>, Geoffrey M. Reed<sup>d</sup>

*a* University of Kansas, USA

*b* Mississippi State University, USA

*c* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Ministerio de Salud, México

*d* World Health Organization, Suiza

Recibido 5 de Septiembre de 2014; aceptado 15 de Diciembre de 2014

#### PALABRAS CLAVE

Metodología de viñetas;  
diseño experimental;  
toma de decisiones  
clínicas;  
Clasificación  
Internacional de  
Enfermedades (CIE-11);  
estudio teórico.

**Metodología basada en viñetas para el estudio de toma de decisiones clínicas: validez, utilidad y aplicación en los estudios de campo de la CIE-11**

#### Resumen

Las metodologías basadas en viñetas se utilizan frecuentemente para examinar los procesos de toma de decisiones, incluyendo los de profesionales sanitarios. No obstante, existen dudas respecto a si las viñetas reflejan adecuadamente los fenómenos del “mundo real” permitiendo así resultados y conclusiones válidas. Ofrecemos una visión de las características, variaciones de diseño, fortalezas y debilidades de estos estudios para examinar cómo los profesionales forman juicios clínicos (como el diagnóstico y tratamiento). Siendo “híbridos” de las encuestas tradicionales y los métodos experimentales, estos estudios pueden ofrecer tanto la alta validez interna de los experimentos como la alta validez externa de las encuestas, al aislar múltiples factores predictivos del comportamiento de los clínicos. Un diseño adecuado para poner a prueba preguntas específicas acerca de los juicios y la toma de decisiones permite resultados altamente generalizables a la “vida real”, sin las limitaciones éticas, prácticas y científicas de los métodos alternativos (como la observación, el auto-informe, la evaluación de pacientes estandarizados, o el análisis de archivos clínicos). Concluimos con recomendaciones metodológicas

1. Cinco de los autores (SCE, MCR, JWK, RR, y GMR) colaboran con el Grupo de Coordinación de Estudios de Campo sobre Trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11 y/o con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS). De cualquier manera, las opiniones expresadas en este artículo son de los autores y, a menos que sea señalado expresamente, no reflejan políticas u opiniones oficiales de la OMS.

\*Correspondencia: Clinical Child Psychology Program, Dole Human Development Center, 1000 Sunnyside Avenue, University of Kansas, Lawrence, KS, 66045, USA.

Correo electrónico: mroberts@ku.edu (M. C. Roberts)

que se ilustran tras una descripción del uso de las metodologías de viñetas para investigar las decisiones diagnósticas de los clínicos en los estudios de campo controlados de la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11.

© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### KEYWORDS

Vignette methodology  
Experimental design;  
Clinical decision-making;  
International  
Classification of Diseases (ICD-11);  
Theoretical study.

#### Abstract

Vignette-based methodologies are frequently used to examine judgments and decision-making processes, including clinical judgments made by health professionals. Concerns are sometimes raised that vignettes do not accurately reflect “real world” phenomena, and that this affects the validity of results and conclusions of these studies. This article provides an overview of the defining features, design variations, strengths, and weaknesses of vignette studies as a way examining how health professionals form clinical judgments (e.g., assigning diagnoses, selecting treatments). As a “hybrid” of traditional survey and experimental methods, vignette studies can offer aspects of both the high internal validity of experiments and the high external validity of survey research in order to disentangle multiple predictors of clinician behavior. When vignette studies are well designed to test specific questions about judgments and decision-making, they can be highly generalizable to “real life” behavior, while overcoming the ethical, practical, and scientific limitations associated with alternative methods (e.g., observation, self-report, standardized patients, archival analysis). We conclude with methodological recommendations and a description of how vignette methodologies are being used to investigate clinicians’ diagnostic decisions in case-controlled field studies for the ICD-11 classification of mental and behavioural disorders, and how these studies illustrate the preceding concepts and recommendations.

© 2014 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Las viñetas tienen una larga historia de uso para investigar diversos fenómenos en ciencias sociales, conductuales y de salud (ver por ejemplo, Alexander y Becker, 1978; Bachmann et al., 2008; Wallander, 2009). Al permitir que el investigador manipule aspectos específicos de un estímulo escrito mientras se controlan los demás, los diseños experimentales basados en viñetas ofrecen la posibilidad de entender como los pensamientos, sentimientos, comportamientos y decisiones de los individuos se ven afectados por determinados factores, lo que no es fácilmente asequible en la vida real debido a las fuentes de confusión de variabilidad que no pueden ser controladas. Este tipo de cuestiones son de gran relevancia para la investigación en servicios de salud, pues los juicios y acciones de los profesionales de la salud— y los aspectos relacionados con la provisión de servicios, tales como la calidad de la atención y el cumplimiento de los estándares de cuidado— tienen grandes implicaciones para los pacientes, los sistemas de salud, los gobiernos y otros contribuyentes. Sin embargo, frecuentemente no resulta ético o es imposible evaluar experimentalmente el proceso de decisión clínica en clínicos y pacientes reales en escenarios particulares de atención a la salud.

Como solución a este dilema, los diseños basados en viñetas pueden ser un método ideal para investigar la forma en que los clínicos toman decisiones que afectan a sus pacientes. No obstante, los estudios basados en viñetas también

han sido objeto de algunas críticas en relación a posibles limitaciones de validez de constructo y externa. De hecho, una consideración clave inherente a todos los estudios basados en viñetas es el grado en que un estímulo escrito, y las respuestas de los participantes al mismo, pueden representar con precisión ciertos aspectos que ocurren en el «mundo real». Es crucial prestar cuidadosa atención al respecto durante el diseño y la evaluación de este tipo de estudios.

El objetivo del presente trabajo es revisar y clarificar los aspectos metodológicos relacionados con los diseños basados en viñetas para estudiar el proceso de toma de decisiones y comportamiento de los clínicos. Nos referimos a la toma de decisiones clínicas como un proceso cognitivo y conductual complejo que involucra el uso del conocimiento y las habilidades adquiridas a lo largo de la formación profesional y de la experiencia en su aplicación en escenarios particulares en las que se requiere que el clínico tome decisiones que afectan a un paciente (por ejemplo, la asignación de diagnósticos, la selección de tratamientos). Primero, proveemos un panorama general de las características esenciales de las metodologías basadas en viñetas, seguido de una selección de ejemplos de investigación en diferentes disciplinas. Entonces examinamos una variedad de diseños basados en viñetas. Se discuten las fortalezas y limitaciones de estas aproximaciones, prestando particular atención a

las cuestiones de validez y a la posibilidad de los estudios basados en viñetas de simular adecuadamente el “mundo real” y ser generalizables. Aunque se consideran estudios emanados de una serie de disciplinas, nuestra revisión se enfoca particularmente en la aplicación de la metodología de viñetas en estudios acerca de los profesionales de la salud. Se proporcionan diversas recomendaciones metodológicas para asegurar la calidad y generalización de la investigación basada en viñetas en esta área. Se concluye con una descripción acerca de cómo es que las viñetas se han utilizado para examinar los procesos de toma de decisiones diagnósticas de clínicos, en el marco de los estudios de campo de casos y controles para el desarrollo del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y condiciones relacionadas con la Salud (CIE-11; World Health Organization, WHO, 2014); y se discute el diseño de estos estudios en relación con los conceptos metodológicos y recomendaciones previamente señaladas.

### Características esenciales de los estudios basados en viñetas

Una viñeta<sup>2</sup> es una descripción escrita breve y cuidadosa de una persona o situación, diseñada para simular características clave de una situación del mundo real (véase por ejemplo, Alexander y Becker, 1978; Atzmüller y Steiner, 2010; Gould, 1996; Schoenberg y Ravdal, 2000). En función del diseño del estudio, el contenido y características de una viñeta puede describirse como un conjunto de hasta tres aspectos diferentes: (a) los aspectos *experimentales*, que son manipulados de manera sistemática a través de viñetas para evaluar su efecto sobre las variables dependientes; (b) los aspectos *controlados*, que se mantienen coherentes a través de las viñetas (es decir, de manera idéntica o similar) con el fin de eliminar la varianza extraña; y (c) en algunos casos, los aspectos *contextuales*, para presentar cierta variación entre viñetas con el fin de proporcionar verosimilitud (por ejemplo, con detalles no esenciales que mejoran la caracterización del personaje de la viñeta, pero que no se cree que ejerzan una influencia causal sobre las variables dependientes).

Al analizar sintácticamente la variación del contenido de las viñetas en estas tres partes, los investigadores pueden dirigirse a lograr la *equivalencia de viñetas*—en donde la estructura y variación de texto se distribuyen de forma similar en todas las viñetas del estudio. Además, con base en la atención cuidadosa de las diferentes partes de las viñetas, los investigadores pueden asegurarse de que éstas sean equivalentes en todos los aspectos importantes, excepto por la *manipulación* cuidadosa y deliberada de las *variables experimentales*. En otras palabras, la equivalencia de las viñetas es el telón de fondo constante y controlado con base en el cual los investigadores pueden hacer variar sistemáticamente las variables independientes clave para abor-

dar cuestiones de interés, al tiempo que se examinan las diferencias entre los participantes (por ejemplo, por país de residencia, lenguaje, trayectoria profesional). Por ejemplo, Ross, Moffat, McConnachie, y Wilson (1999) utilizaron viñetas para estudiar el proceso mediante el cual los médicos generales identifican y controlan síntomas depresivos de un paciente que acude por una cuestión no psicológica. Los aspectos *experimentales* de las viñetas incluyen el género del paciente (M, F) y la gravedad de los síntomas depresivos (leves, moderados, graves). Los aspectos *controlados* incluyen la edad del paciente (22 años), la naturaleza del problema que le aqueja (acné leve), y el estudio de las viñetas (breve, ambiguo, y secuencial en cuanto al incremento de la gravedad). En este estudio no hubo una variación *contextual* porque la manipulación experimental fue llevada a cabo con base en la modificación de una misma viñeta, y no mediante la generación de diferentes viñetas.

Otra característica esencial de los estudios basados en viñetas es que emplean estrategias de recolección de datos reportados por el participante (por ejemplo, respuestas de autoinforme a preguntas acerca de la viñeta), que caracterizan a las metodologías tradicionales de encuesta. Estas estrategias pueden incluir aproximaciones cualitativas y/o cuantitativas que proporcionan preguntas estandarizadas a ser contestadas por todos los participantes. Así como la equivalencia de las viñetas garantiza la consistencia del estímulo experimental, la *consistencia de respuesta*—ante reactivos y opciones de respuesta que están estandarizados para todos los participantes—asegura que los datos generados sean interpretables de manera consistente, y se llegue entonces a conclusiones significativas (por ejemplo, Gould, 1996; Ludwick et al., 2004).

### Antecedentes históricos

Durante el último medio siglo, las viñetas se han utilizado para abordar innumerables preguntas en una amplia gama de campos y disciplinas científicas profesionales, incluyendo el área de comercio, mercado y economía (por ejemplo, Watson, Polonsky, y Hyman, 2002); la psicología social y experimental (por ejemplo, Jones y Aronson, 1973); la sociología (Wallander, 2009); la psicología del desarrollo (por ejemplo, Howie, Nash, Kurukulasuriya, y Bowman, 2012); y la psicología educativa y escolar (Baudson y Preckel, 2013). Los primeros estudios basados en viñetas utilizaban frecuentemente escenarios hipotéticos para propósitos no experimentales, por ejemplo, en estudios de campo antropológicos (Herskovitz, 1950), y para el entrenamiento clínico y la evaluación en medicina (Williamson, 1965). Las viñetas continúan utilizándose con propósitos de entrenamiento en diversas áreas, incluyendo la evaluación diagnóstica en la atención en salud mental (Barnhill, 2014) y de la ética profesional en psicología y medicina (Macpherson y Veatch, 2010; McCarron y Stewart, 2011). Los psicólogos sociales y experimentales fueron los primeros en utilizar viñetas para la investigación experimental, principalmente para estudiar los factores que afectan la percepción de la culpa y la responsabilidad de las personas en casos hipotéticos de violación, asesinato y accidentes de tráfico (por ejemplo, Jones y Aronson, 1973; McGlynn, Meigs, y Bensen, 1976; Walster, 1966).

2. En este artículo nos referimos a “viñeta” como la presentación únicamente de texto con narrativa; no se discuten otros medios ni formatos (por ejemplo, fotografías, ilustraciones, video, audio, juegos), que también podrían considerarse tipos de viñetas.

Las viñetas han sido particularmente útiles para la investigación en profesionales de la salud y la salud mental. En enfermería y medicina, los estudios han evaluado las actitudes, percepciones y creencias de los profesionales (por ejemplo, Hughes y Huby, 2001), la calidad de la atención en consulta externa (por ejemplo, Peabody, Luck, Glassman, Dresslhaus y Lee, 2000), los juicios psiquiátricos forenses relativos a inimputabilidad por crímenes debido a enfermedad mental (por ejemplo, Grøndal, Grønnerød y Sexton, 2009), y la toma de decisiones en médicos generales (por ejemplo, Wainwright, Gallagher, Tompssett y Atkins 2010). En el área de trabajo social, los investigadores han utilizado encuestas factoriales para examinar la manera en que los trabajadores sociales toman decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento (Taylor, 2006; Wallander, 2012), así como para entender cómo es que los individuos toman decisiones sobre temas tales como la protección de la infancia, la raza y la pobreza (por ejemplo, Stokes y Schmidt, 2011). De manera similar, en psicología clínica y de la salud, las viñetas se han utilizado para evaluar percepciones y actitudes, como las percepciones de los niños acerca de los compañeros con enfermedades crónicas o trastornos de conducta (por ejemplo, Levy Cole, Roberts y McNeal, 1996; Maieron, Roberts, y Prentice-Dunn, 1996; Roberts, Johnson y Beidleman, 1984).

### Variaciones en los diseños de investigación

La mayoría de los estudios basados en viñetas se caracterizan por la misma lógica y variaciones de otros diseños experimentales (Finger y Rand, 2005) en los que los diferentes niveles de la variable independiente son operacionalizados como distintas condiciones (por ejemplo, viñetas) a presentar a los participantes. Las principales variaciones de esta metodología incluyen: los diseños *inter-sujetos*, en donde los participantes son asignados aleatoriamente a diferentes grupos de viñetas, de tal manera que a los participantes de un determinado grupo se les presenta una misma viñeta y a los participantes de otros grupos se les presentan distintas viñetas; los diseños *intra-sujetos*, en donde a todos los participantes se les presentan un conjunto de múltiples viñetas; o *diseños mixtos*, donde los participantes son asignados aleatoriamente a diferentes grupos, a los que se presentan un conjunto diferente de viñetas (Atzmüller y Steiner, 2010). Cada una de estas variaciones de diseño conlleva las mismas fortalezas y limitaciones cuando se utilizan en estudios basados en viñetas, que cuando se emplean en otro tipo de estudios (Atzmüller y Steiner, 2010; Finger y Rand, 2005). Estos métodos experimentales tradicionales continúan siendo empleados con frecuencia y resultan adecuados para las preguntas de investigación en las que las variables independientes son categóricas y relativamente pocas.

Un diseño algo más reciente es la encuesta factorial (Rossi y Nock, 1982; Rossi, Sampson, Bose, Jasso, y Passel, 1974). Mientras que los diseños experimentales tradicionales requieren viñetas separadas para cada condición, las encuestas factoriales permiten que las variables experimentales (continuas y categóricas) varíen aleatoriamente dentro de la misma viñeta y para cada participante (Ludwick et al., 2004; Taylor, 2006; Wallander, 2009, 2012). Vol-

viendo a nuestro ejemplo anterior del estudio basado en viñetas en médicos generales (Ross et al. 1999), supongamos que los investigadores también se interesaron en entender cómo otras características demográficas del paciente (por ejemplo, edad, origen étnico, nivel de ingresos, estado civil, número de hijos) afectarían a la evaluación y tratamiento de síntomas depresivos. En un diseño experimental tradicional, esta cuestión implicaría una estructura factorial en donde las variables continuas (edad, nivel de ingreso) se convierten en factores categóricos, y el número de grupos de participantes requerido incrementaría exponencialmente con cada factor adicional, lo que haría necesario un gran tamaño de muestra. Empero, en una encuesta factorial, los diferentes valores de las variables (por ejemplo, edad [20, 25, 30 ... 75], estado civil [soltero(a), casado(a)]) pueden variar de forma aleatoria directamente en el texto de la viñeta para cada participante. Cada una de las variaciones a la viñeta es única y se genera automáticamente a partir de un gran número de variables posibles—en este ejemplo, 6,912 posibles viñetas—que pueden ser vistas por un solo participante, o por ninguno.

Así, el diseño y el análisis en una encuesta factorial dependen de los patrones de variación asociados con las características de las viñetas muestreadas (con base en métodos de encuesta y de regresión/correlación) en lugar de en la comparación de diferencias asociadas con las condiciones de la viñeta (basada en métodos experimentales y ANOVA) (Ludwick et al., 2004; Taylor, 2006; Wallander, 2009, 2012). Entonces, el diseño factorial puede ser más eficiente para preguntas de investigación que implican variables continuas y un gran número de factores (por ejemplo, Taylor, 2006). Sin embargo, en tanto que este método puede aumentar rápidamente la complejidad de un diseño, su aplicación no sería lo más apropiado para preguntas de investigación susceptibles de abordarse de manera más parsimoniosa con un diseño experimental tradicional (Atzmüller y Steiner, 2010; Sniderman y Grob, 1996).

### El mundo de las viñetas y el mundo real

A lo largo de la literatura, numerosos defensores (por ejemplo, Alexander y Becker, 1978; Ludwick et al., 2004; Wallander, 2009, 2012) y críticos (por ejemplo, Cullen, 2010; Faia, 1980; Stolte, 1994) de la investigación basada en viñetas han exteriorizado inquietudes acerca de la artificialidad de las viñetas. Esto es debido a que los textos descriptivos y el comportamiento hipotético podrían no ser suficientemente representativos de fenómenos del mundo real, lo que plantea preocupaciones acerca de la validez de los resultados y conclusiones (véase también Gould, 1996; Hughes, 1998; Hughes y Huby, 2001; Kim, 2012; Spalding y Philips, 2007).

Para comprender y abordar estas preocupaciones con precisión es necesario considerar, en primer lugar, las diferentes funciones que deben cubrir las viñetas (por ejemplo, Taylor, 2006; Wallander, 2012) y su relación con la validez interna, externa y de constructo (Finger y Rand, 2005). Primeramente, una viñeta debe *simular* ciertos aspectos del mundo real, a menudo con cierto parecido con aquellos a las que se enfrenta el participante. Esta función de simulación es una faceta de la *validez de constructo*, o el grado en

que una variable se aproxima o mide el constructo teórico previsto. En segundo lugar, las viñetas, y las diferencias entre viñetas, tienen la intención de *provocar* algún tipo de efecto que se hipotetiza que existe independientemente en el mundo real. Esta función de elicitación se refiere a la *validez interna* del estudio, o el grado en que los cambios en la variable dependiente se pueden atribuir con precisión a los cambios en la variable independiente. En tercer lugar, los estudios basados en viñetas deben producir resultados que son *generalizables* a las situaciones del mundo real de los participantes y otros como ellos, lo que refleja la definición de *validez externa*. Estos tres componentes de la validez son conceptualmente distintos pero se interrelacionan funcionalmente (Finger y Rand, 2005). Por ejemplo, las viñetas mal escritas y poco realistas (pobre validez de constructo) probablemente fallarán en cuanto a provocar respuestas de los participantes que puedan ser claramente diferenciadas, disminuyendo así la integridad de las inferencias causales (pobre validez interna) y la generalización de los resultados (pobre validez externa).

Aunque estas son consideraciones importantes para cualquier metodología, los estudios basados en viñetas son únicos en el sentido de que mucho del peso de la validez del estudio está concentrado en un solo elemento: las viñetas. Debido a la naturaleza multifuncional de las viñetas utilizadas en investigación experimental, esta metodología tiene ventajas considerables, así como desafíos y desventajas muy particulares. A modo de comparación, los diseños tradicionales de encuesta son reconocidos por tener la posibilidad de una alta validez externa, pero también por sus numerosas amenazas a la validez interna. En contraste, los experimentos tradicionales están diseñados para asegurar una alta validez interna, aunque esto es a menudo a expensas de validez externa (Finger y Rand, 2005). Cuando se usan de manera apropiada, los estudios basados en viñetas han sido reconocidos como una metodología "híbrida" que hereda las fortalezas de la investigación por encuestas en relación con la validez externa, y las fortalezas de los métodos experimentales en cuanto a la validez interna (Atzmüller y Steiner, 2010; Lauder, 2002; Ludwick y Zeller, 2001; Ludwick et al., 2004; Sniderman y Grob, 1996; Taylor, 2006).

Con respecto a la validez de constructo y la función de simulación de las viñetas, debe reconocerse que las viñetas *no* están diseñadas para re-crear las situaciones del mundo real. Más bien están diseñadas para aproximarse, aislar, manipular y medir aspectos clave del proceso de toma de decisiones que emplean los individuos en situaciones del mundo real (Alexander y Becker, 1978; Hughes, 1998; Veloski, Tai, Evans y Nash, 2005; Wallander, 2012). De manera similar, en relación con la validez externa y la posibilidad de generalización de los resultados, no se tiene la intención de interpretar el comportamiento de los participantes en un estudio basado en viñetas como uno representativo de su comportamiento en el mundo real, sino más bien como un fuerte predictor o una aproximación al mismo, dadas circunstancias similares a las que se describen en la viñeta (Hughes, 1998; Wallander, 2009, 2012). Por lo tanto, la pregunta más útil no es si el "mundo de la viñeta" es equivalente al "mundo real", sino si los procesos mentales y conductuales utilizados en el estudio se activan de manera similar en la vida real.

Cabe destacar que muchas de las críticas acerca de la artificialidad de las viñetas provienen de argumentos que no se pueden refutar definitivamente. De hecho, el comportamiento hipotético en un experimento puede diferir del comportamiento en la vida real (Barter y Renold, 2000; Hughes, 1998; Jenkins, Bloor, Fischer, Berney y Neale, 2010; Kim, 2012; Lauder, 2002; Ludwick y Zeller, 2001; Ludwick et al., 2004; Schoenberg y Ravdal, 2000). Además, la mayoría de los estudios basados en viñetas no intentan (o no pueden por razones éticas o logísticas) medir la correspondencia entre el comportamiento hipotético y el de la vida real. Sin embargo, la evidencia disponible al respecto sugiere que los participantes responden de una manera similar en los escenarios hipotéticos y en los de la vida real. Por ejemplo, en un estudio de seguimiento con enfermeras que habían participado previamente en un estudio basado en viñetas en donde se describían agresiones de pacientes al personal, Lunza (1990) encontró que las respuestas de las enfermeras a los escenarios de la viñeta predecían sus respuestas a posteriores incidentes reales de agresión por parte de pacientes en su lugar habitual de trabajo. Del mismo modo, los médicos de familia hicieron referencias a consulta de manera similar en respuesta a casos expuestos en viñetas y en sus pacientes reales (Langley, Tritchler, Llewellyn-Thomas y Till, 1991), y los reumatólogos mostraron una correlación casi perfecta ( $r = 0,90$ ) entre sus evaluaciones de pacientes reales y aquellos descritos en papel (Kirwan, De Santonge, Joyce y Curry, 1983).

Varios estudios comparativos y revisiones de la literatura han llegado a conclusiones similares. En un meta-análisis de 111 estudios (Murphy, Herr, Lockhart y Maguire, 1986), la metodología de viñetas demostró poca diferencia con respecto a la observación de conducta real; aunque a veces las viñetas condujeron a mayores tamaños del efecto, lo que puede reflejar un incremento en la validez interna con alguna reducción de la validez externa. En estudios con profesionales de la salud, las viñetas clínicas arrojan resultados muy similares a aquellos que emplean pacientes estandarizados (que en ocasiones son referidos por los investigadores como "estándar de oro") para evaluar el cuidado médico (Peabody et al., 2000, 2004; Shah, Edgar, y Evans, 2007; Veloski et al., 2005). En general, las percepciones de los clínicos acerca de y las respuestas a las viñetas parecen asemejarse a sus respuestas en situaciones de la vida real.

## Utilidad práctica y científica de las viñetas

Además de las consideraciones a la validez que se discutieron anteriormente, la metodología de viñetas ofrece varias ventajas en términos de su *utilidad* para el desarrollo e implementación de un estudio de investigación. Es decir, en comparación con otras metodologías, las viñetas pueden ser una herramienta útil para investigar un amplio rango de temas y tipos de preguntas de investigación (flexibilidad), con relativamente pocos requerimientos en términos de tiempo, personal, financiamiento y otros recursos (eficiencia). Utilizando viñetas, los investigadores pueden representar escenarios particulares de manera precisa, concreta, y con el nivel del detalle que les de realismo y credibilidad (Alexander y Becker, 1978; Atzmüller y Steiner, 2010; Wallander, 2009). El

**Tabla 1** RRecomendaciones para el contenido de viñetas.

Las viñetas deben

1. Estar derivadas de la literatura y/o de la experiencia clínica
2. Ser claras y estar bien escritas y cuidadosamente editadas
3. No ser más largas de lo necesario (típicamente entre 50 y 500 palabras)
4. Seguir una narrativa o progresión como si fuera una historia o un relato
5. Seguir una estructura y estilo similar en todas las viñetas del estudio
6. Utilizar el tiempo presente (el tiempo pasado solo para la información histórica y los antecedentes)
7. Evitar poner al participante “en la viñeta” (por ejemplo, como personaje en primera o tercera persona)
8. Balancear género y edad a través de las viñetas\*
9. Ser lo más neutro que sea posible con respecto a los factores culturales y socio-económicos\*
10. Asemjarse a personas reales, no a una personificación de una lista de síntomas o comportamientos
11. Ser aplicable a, y relevante y plausible para los participantes
12. Evitar “pistas falsas o cortinas de humo”, detalles engañosos y contenido bizarro
13. Resaltar las variables clave de interés facilitando los efectos experimentales
14. Facilitar la involucración y la reflexión de los participantes mediante la inclusión de elementos vagos o ambiguos
15. Cubrir todas las variables pertinentes (u omitir variables seleccionadas con propósitos específicos)

Referencias clave: Ganong y Coleman (2006), Gould (1996), Hughes (1998), Hughes y Huby (2002), Jenkins et al. (2010), Kim (2012), Veloski et al. (2005) y Wallander (2009).

\*Se aplican excepciones si estos factores están incluidos entre las variables experimentales.

contenido de la viñeta se puede adaptar cuidadosamente para proporcionar una síntesis concisa de información relevante (que consta de contenido experimental, controlado y contextual) omitiendo el material no necesario o irrelevante. Los diseños basados en viñetas ofrecen una alternativa viable a una serie de metodologías (por ejemplo, revisión de registros, entrevista, grupo focal, diario, encuesta) y son muy adecuados para casi cualquier pregunta de investigación acerca de los juicios y procesos de toma de decisiones de individuos en general, y de profesionales en lo particular (Ganong y Coleman, 2006; Ludwick et al., 2004; Shah et al., 2007; Taylor, 2006; Wallander, 2009, 2012).

De hecho, la investigación sugiere que la metodología de viñetas es un método válido, confiable, económico y práctico para evaluar la práctica clínica (Bachmann et al., 2008; Veloski et al., 2005). Por ejemplo, los estudios basados en viñetas que evalúan la calidad de la atención de médicos de consulta externa encontraron que las viñetas resultaron con mayor validez de criterio, consistencia y variabilidad en comparación con otras metodologías de investigación, incluyendo métodos mucho más costosos con pacientes estandarizados (Peabody et al., 2000, 2004). Se han encontrado resultados similares en estudios multinacionales, que proporcionan además alguna evidencia de la aplicabilidad transcultural de las viñetas clínicas (Peabody y Liu, 2007; Spreng et al., 2014). Adicionalmente, utilizando viñetas, estos estudios evitan una serie de problemas éticos que pueden surgir en estudios con pacientes reales o con datos de salud confidenciales (Shah et al., 2007; Taylor, 2006), por no mencionar las limitaciones de costo y factibilidad (Peabody et al., 2000; Veloski et al., 2005).

Las viñetas pueden superar varias de las bien conocidas debilidades de validez interna de los estudios tradicionales de encuesta. Una viñeta con una situación concreta, detallada e hipotética es un mejor vehículo de investigación que hacer preguntas acerca de actitudes o percepciones (Alexander y Becker, 1978). En la investigación por encues-

tas, el uso de cuestionarios preestablecidos, listas de chequeo, y preguntas abiertas puede introducir sesgos de investigación, provocar respuestas específicas, y permitir respuestas con un grado indeseable de especificidad, ambigüedad o producto de una incorrecta interpretación de la pregunta (Schoenberg y Ravdal, 2000). Las viñetas pueden superar estas limitaciones al proporcionar un marco no personal de referencia que permita a los participantes pensar más allá de su propia idiosincrasia o situación personal (Schoenberg y Ravdal, 2000).

La “distancia psicológica” del participante en relación con la pregunta de investigación resulta crítica para permitir a los investigadores superar los diversos efectos de la observación, incluyendo la deseabilidad social o el efecto de “decir que sí” (Alexander y Becker, 1978; Hughes y Huby, 2002; Schoenberg y Ravdal, 2000; Wason et al., 2002; Wallander, 2009). Al hacer preguntas de investigación e inferir conclusiones indirectamente, los investigadores pueden estudiar asuntos sensibles y controvertidas, así como perspectivas, actitudes y prejuicios que los participantes podrían encontrar incómodos de revelar, o que escapan de su consciencia (Alexander y Becker, 1978; Barter y Renold, 2000; Ganong y Coleman, 2006; Gould, 1996; Grønhoj y Bech-Larsen, 2010; Hughes, 1998; Hughes y Huby, 2002; Kim, 2012; Wallander, 2009). Más importante aún, los investigadores pueden determinar como es que estos prejuicios influyen en las decisiones y comportamientos de los participantes.

Cualquier investigación psicológica puede estar sujeta al “efecto Hawthorne,” donde el comportamiento de los participantes varía en función de si piensan que están siendo observados. Gould (1996) argumenta que una de las principales ventajas de la utilización de viñetas es que los participantes tienen menos probabilidades de percibir y ser influenciados por el acto de la observación. Del mismo modo, los clínicos participantes están sujetos también al “efecto Sentinel”, donde su comportamiento puede cambiar por es-

tar siendo evaluados (o percibir que están siendo evaluados) en lugar de simplemente observados (Veloski et al., 2005). De hecho, los profesionales reconocen fácilmente su propia motivación para justificar sus decisiones clínicas y dar la respuesta “correcta” (Taylor, 2006), lo que refleja una tendencia natural a presentarse a uno mismo como un profesional competente. Veloski et al. (2005) sugiere que, científicamente, los pacientes estandarizados que no son identificables pueden ser el mejor método para superar estos efectos del observador. De cualquier manera, éticamente hablando, esta práctica puede ser problemática. Tomando en cuenta la “distancia” que ofrece el escenario de la viñeta, junto con indicaciones claras de la confidencialidad/anonimato y del carácter no evaluativo del estudio, los diseños de viñetas son quizá los medios más efectivos para minimizar los efectos del observador (Gould, 1996), al tiempo que permiten a los clínicos un pleno conocimiento de la naturaleza de su participación (Veloski et al., 2005).

En cuanto a la validez interna, los estudios basados en viñetas permiten a los investigadores controlar y estandarizar la presentación de las viñetas, junto con la manipulación sistemática de la viñeta clave, lo que posibilita hacer inferencias causales rigurosas en relación con la varianza única y compartida de múltiples factores que predicen el comportamiento clínico (Alexander y Becker, 1978; Atzmüller y Steiner, 2010; Taylor, 2006; Veloski et al., 2005; Wallander, 2009). Adicionalmente, las viñetas pueden ser escritas de manera tal que se supere la multicolinealidad y la no ortogonalidad de las variables que se presentan en el mundo real, sin que dejen de resultar realistas para los participantes (Ludwick et al., 2004; Taylor, 2006; Wallander, 2009). Los diseños de viñetas pueden facilitar una mayor potencia y eficiencia de métodos de análisis de la información, incluyendo la regresión, el ANOVA y el modelamiento multinivel (Atzmüller y Steiner, 2000; Ludwick et al., 2004; Murphy et al., 1986; Wallander, 2009, 2012). Finalmente, el participar en los estudios basados en viñetas puede resultar entretenido, desafiante y creativo para los clínicos (Schoenberg y Ravdal, 2000; Wason et al., 2002). Taylor (2006) sostiene que los datos que se obtienen en un estudio serán más precisos en la medida en que los diseños puedan incrementar la involucración de los participantes (por ejemplo, leyendo historias y resolviendo problemas en lugar de respondiendo a una lista de preguntas de una encuesta).

## Recomendaciones metodológicas

Con base en la literatura revisada anteriormente, así como en nuestra propia experiencia clínica y de investigación, ofrecemos ahora una serie de recomendaciones para el diseño e implementación de estudios basados en viñetas para evaluar los procesos de toma de decisiones de los clínicos. Por supuesto, las prescripciones específicas para el diseño del estudio podrían variar notablemente dependiendo del contexto y propósito del estudio, por lo que nos centraremos solamente en recomendaciones generales aplicables a la mayoría de los estudios. Para mayor claridad y brevedad, resumimos nuestras recomendaciones para el *contenido* de las viñetas en la Tabla 1 y centramos nuestra discusión en los procedimientos para el *desarrollo* de las viñetas.

Al igual que en cualquier investigación, los objetivos deben primero estar claramente definidos y se deben considerar varias aproximaciones metodológicas. Las viñetas son particularmente útiles cuando la pregunta de investigación implica la comprensión de asociaciones causales relacionadas con fenómenos que son inaccesibles o no observables por razones éticas, logísticas o de validez. Se pueden considerar y adaptar flexiblemente una amplia gama de variaciones de diseño (por ejemplo, encuesta factorial, diseños experimentales tradicionales) en relación con el propósito del estudio. Las encuestas factoriales se prestan a las investigaciones que involucran múltiples variables continuas, mientras que los diseños experimentales tradicionales suelen ser más eficaces para preguntas de investigación entre-grupos o intra-sujetos.

Una vez que se selecciona un diseño basado en viñetas, los investigadores deben desarrollar las viñetas específicamente para cumplir los objetivos del estudio prestando atención a la validez interna, externa y de constructo. Inicialmente, los investigadores deben desarrollar cuantas viñetas sean necesarias para poder seleccionar las que vayan a constituir la muestra del estudio (Atzmüller y Steiner, 2000). Las viñetas finales deben ser presentadas a un panel de expertos para su revisión y modificación con el fin de mejorar su claridad, neutralidad cultural y validez (Gould, 1996; Lauder, 2002; Veloski et al., 2005). La eficacia del proceso de revisión se puede incrementar incluyendo múltiples revisores y proporcionando instrucciones específicas en relación con los componentes clave de la viñeta que deben ser identificados y evaluados (por ejemplo, niveles de deterioro funcional y gravedad de sintomatología) y sobre la base en que se hará tal evaluación (por ejemplo, experiencia clínica, comparación con una referencia). En la medida de lo posible, los revisores deben mantenerse ciegos—por ejemplo, es posible que no tengan que conocer la naturaleza precisa de la metodología (experimental, contextual, o control) de las dimensiones que se les pidió que evaluaran, o la manera en que determinadas viñetas encajan en un diseño experimental mayor. Después que las viñetas han sido revisadas y finalizadas deben ser sometidas a un proceso independiente de prueba piloto (Flaskerud, 1979; Ganong y Coleman, 2006; Gould, 1996).

Los métodos empíricos pueden utilizarse para abordar las cuestiones de validez discutidas anteriormente. Con respecto a las amenazas a la validez interna, los investigadores pueden incluir reactivos que sirvan como controles de manipulación a fin de determinar el grado en que las viñetas provocaron el efecto deseado (por ejemplo, reactivos que evalúen las percepciones del participante acerca de los aspectos experimentales en contraste con los aspectos controlados que incluye la viñeta). En relación con la validez de constructo, se pueden incluir reactivos para evaluar el grado en que la viñeta se parece a personas o escenarios presentes en la vida real del participante. Siguiendo el ejemplo de Lunza (1990), la validez externa puede evaluarse identificando las asociaciones entre el comportamiento hipotético del participante y el que tiene en situaciones similares, posiblemente en un estudio de seguimiento.

Por último, para mitigar los efectos del observador, se debe decir a los clínicos que el objetivo de los investigadores es estudiar el comportamiento de un grupo, y no su evaluación de manera individual (Veloski et al., 2005). De-

pendiendo del diseño del estudio, es probable que se requiera también que los investigadores clarifiquen una serie de cuestiones relacionadas con la forma en que los participantes habrán de responder—por ejemplo, a título personal, o como si se tratara de un personaje de la viñeta; describiendo que es lo que ellos *podrían* hacer o lo que *deberían* hacer en ese escenario; reconociendo o ignorando las limitaciones de la vida real (por ejemplo, la disponibilidad de especialistas para referencia de pacientes). Las técnicas de aleatorización y contrabalanceo deben ser utilizadas siempre que sea posible y apropiado. Además, en el diseño de estudios en donde los participantes leen múltiples viñetas, los investigadores deben estar conscientes de que esto viola los supuestos de independencia (Taylor, 2006) o es probable que induzca efectos de acarreo de respuesta (Sniderman y Grob, 1996). También debe tenerse precaución para asegurar que la participación en el estudio no consuma mucho tiempo, no implique una lectura intensiva, y no resulte aburrida o abrumadora (Ganong y Coleman, 2006; Kim, 2012; Wallander, 2009); esto es un asunto particularmente importante en los diseños factoriales y en los estudios con múltiples viñetas y grupos de reactivos.

### Ejemplo: estudios de campo controlados de la CIE-11

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra desarrollando la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Condiciones relacionadas con la Salud (CIE-11), que se planea sea aprobada por la Asamblea Mundial de Salud en 2017. El desarrollo y mantenimiento de la CIE es una responsabilidad constitucional clave de la OMS como agente de las Naciones Unidas cuya misión y actividades se enfocan en la salud pública global. La CIE es el estándar internacional para la información en salud que hace posible la evaluación y monitoreo de la mortalidad, morbilidad y otros parámetros relevantes relacionados con la salud mundial. En el contexto de su revisión general, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es responsable de coordinar las actividades técnicas relacionadas con el desarrollo del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11 (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011).

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS cuenta con un programa sistemático de investigación global, incluyendo estudios *formativos* para obtener información relevante para el desarrollo de las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 (Evans et al., 2013; Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011; Reed et al., 2013; Roberts et al., 2012) así como subsecuentes estudios de campo *evaluativos* para determinar su validez, confiabilidad y utilidad clínica en la práctica alrededor del mundo (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011; Reed, 2010).<sup>3</sup> Un

3. Los estudios de campo evaluativos se están conduciendo actualmente, y sus resultados se difundirán en futuras publicaciones. Un próximo artículo (Keeley et al., 2014) proporciona una visión general de la metodología y justificación de estos estudios.

objetivo central del proceso de desarrollo de la CIE-11 es mejorar la *utilidad clínica* del sistema de clasificación diagnóstica, misma que ha sido previamente definida con base en su valor para la comunicación de información clínica, sus características de implementación en escenarios clínicos (por ejemplo, facilidad de uso, precisión y factibilidad), y su utilidad para la toma de decisiones clínicas (Reed, 2010, p. 461). Junto con los avances en el conocimiento científico, el mejoramiento de la utilidad clínica ha sido identificado por la OMS como la razón central para hacer cambios (International Advisory Group for the Revision of ICD-11 Mental and Behavioural Disorders, 2011). Las preguntas clave de la actual fase de evaluación de campo se refieren a si las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 conllevan diagnósticos más consistentes que las guías diagnósticas existentes en la CIE-10, y si a los clínicos les resultan de mayor utilidad clínica.

Con base en la literatura revisada anteriormente y a numerosas discusiones, los investigadores que colaboran en este proceso determinaron que las viñetas clínicas serían una herramienta válida, factible y apropiada para abordar estas preguntas. Este fue el caso particularmente en cuanto al objetivo de comparar las guías diagnósticas desarrolladas para la CIE-11 con las guías diagnósticas existentes en la CIE-10. Con la finalidad de probar el efecto específico de las diferentes guías, sería necesario controlar la variabilidad asociada con las presentaciones clínicas a las que se aplicarán las guías, así como las variables clave de interés. Como se expuso anteriormente, los estudios de casos y controles utilizando metodologías basadas en viñetas son ideales para evaluar estas preguntas de investigación, y resultan superiores a métodos más ecológicamente basados en donde no es posible controlar la variabilidad de casos asociada con los pacientes reales. En los estudios basados en viñetas, las características de los casos a ser evaluadas pueden estandarizarse y controlarse sistemáticamente, o variar para incluir atributos específicos que son relevantes para la pregunta de investigación.

Por lo tanto, se están implementando una serie de estudios de casos y controles utilizando viñetas que se distribuyen vía Internet, a fin de evaluar los cambios propuestos para la CIE-11 en una muestra global, multilingüe y multidisciplinaria de más de 11,000 profesionales de la salud mental de más de 130 países (ver [www.globalclinicalpractice.net](http://www.globalclinicalpractice.net)). Ofrecemos aquí una breve descripción de estos estudios para ilustrar los principios descritos anteriormente. Cada uno de los estudios de campo de casos y controles de la CIE-11 está diseñado para evaluar las diferencias en el comportamiento de diagnóstico de los clínicos que se producen mediante las guías diagnósticas de la CIE-11 y las propuestas para la CIE-11. En general, estos estudios de campo siguen un diseño similar que se adapta a cada estudio para abordar las preguntas específicas al área de contenido en cuestión.<sup>4</sup> Primero, los clínicos participantes son

4. Este artículo se enfoca en los estudios de campo controlados de la CIE-11 que utilizan un diseño experimental comparando la CIE-10 con la CIE-11. Otros estudios de campo controlados de la CIE-11 utilizan diseños de investigación alternos, por ejemplo, basándose en la Teoría de Respuesta al Reactivo, que también hace uso de viñetas.

asignados aleatoriamente a utilizar las guías diagnósticas de la CIE-10 o las de la CIE-11, y se les pide que revisen las secciones de este material que son relevantes para el estudio. En segundo lugar, se presenta a los participantes una serie de dos viñetas (contrabalanceada) seleccionada de un pequeño grupo de comparaciones pareadas por viñetas cuidadosamente diseñadas para investigar los efectos de los cambios propuestos para la CIE-11. Se pide a los participantes que, con base en el uso de las guías diagnósticas presentadas, seleccionen el diagnóstico o indiquen que ningún diagnóstico se aplica. Debido a que el estudio se presenta por vía electrónica, las preguntas posteriores pueden adaptarse para ser programadas a fin de facilitar una re-evaluación paso a paso utilizando preguntas para el diagnóstico, seguidas de reactivos para evaluar diferentes aspectos de la viñeta (por ejemplo, gravedad, deterioro), las guías (por ejemplo, confianza en el diagnóstico, consideraciones para el diagnóstico diferencial) y la respuesta sobre el diagnóstico de los clínicos (por ejemplo, facilidad de uso, bondad de ajuste, representatividad). El diseño permite a los investigadores hacer inferencias causales acerca de cómo las diferencias entre los sistemas diagnósticos (CIE-10 vs. CIE-11) y el material de la viñeta (primera vs. segunda viñeta) afectan la toma de decisiones diagnósticas de los clínicos, incluyendo su precisión, eficiencia y claridad de diagnóstico, así como acerca de la utilidad clínica de las propuestas para la CIE-11.

En cada estudio, el equipo de investigación sigue los lineamientos particulares para el desarrollo, pre-prueba, revisión y prueba piloto de las viñetas y de los estudios. Por ejemplo, para evaluar la propuesta de inclusión del Trastorno por Estrés Postraumático Complejo en la CIE-11, como parte del estudio de trastornos específicamente relacionados con el estrés, las viñetas fueron desarrolladas para reflejar las presentaciones prototípicas del trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el TEPT complejo, con diferentes tipos de estresores precipitantes y sintomatología. Las viñetas fueron escritas por miembros globales del Grupo de Trabajo sobre trastornos específicamente relacionados con el estrés (Maercker et al., 2103) con base en su experiencia clínica y de investigación en esta área de la psicopatología. Se proporcionaron directrices generales paralelas a las recomendaciones de la Tabla 1, así como instrucciones específicas en relación con las características clínicas para cada viñeta con base en las preguntas de interés para cada comparación pareada. Se incorporaron elementos experimentales (por ejemplo, diferencias en el tipo de trauma) en las viñetas, que eran por demás similares (es decir, los aspectos controlados). Para evaluar las cuestiones de artificialidad, las viñetas fueron escritas con base en casos reales que los miembros del Grupo habían visto en su práctica clínica cotidiana, siguiendo una estructura familiar de presentación de la información clínica en notas clínicas, e incluyendo detalles personales (contenido contextual) para caracterizar al personaje de la viñeta. Se pidió a los encargados de escribir las viñetas que diferenciaron claramente la información presente de la histórica (por ejemplo, a través del uso cuidadoso de tiempos en la descripción de los acontecimientos traumáticos del pasado y los síntomas actuales), así como evitar la inclusión de detalles culturales específicos. Se escribieron múltiples borradores de cada vi-

ñeta para que los investigadores seleccionaran (en algunos casos modificaran o combinaran) aquellas que demostraran de mejor manera las características requeridas para la validez de constructo (por ejemplo, el grado en que cada viñeta refleja el diagnóstico de TEPT o de TEPT complejo) y la manipulación experimental prevista. Entonces los investigadores editaron cuidadosamente las viñetas observando su narrativa, legibilidad, consistencia (por ejemplo, longitud y estilo de presentación de información), y neutralidad cultural.

En cada uno de estos estudios de campo de casos y controles, el conjunto inicial de viñetas se somete a una rigurosa prueba previa en la que evaluadores expertos leen cada viñeta, proporcionan un diagnóstico, confirman (o niegan) la presencia de características clave para el diagnóstico indicando los pasajes específicos de la viñeta que apoyan sus conclusiones, y califican la gravedad del caso. Este proceso de pre-prueba se diseñó para determinar si los evaluadores expertos llegan a las mismas conclusiones diagnósticas. Esto permite la evaluación de la validez de contenido de la viñeta, haciendo posible que la variabilidad de los patrones de respuesta pueda interpretarse con confianza como producto de los cambios en el razonamiento diagnóstico y no debido al contenido ambiguo de la viñeta. Las viñetas se clarifican en donde los evaluadores expertos han notado inconsistencias, o se desarrollan viñetas alternativas que también se someten a la pre-prueba. Finalmente, las viñetas se incluyen en el estudio y un grupo diferente de colaboradores hace la prueba piloto del estudio en su conjunto para hacer una revisión final de la programación, la experiencia de los participantes y el material de la viñeta en su contexto.

Cabe destacar que las personas dedicadas al desarrollo y pre-prueba de los estudios de casos y controles para la CIE-11 son siempre un grupo multidisciplinario y representativo de diferentes regiones del mundo, incluyendo una alta proporción de habitantes en países de bajos y medios ingresos y cuya lengua nativa no es el inglés. Estos procedimientos ayudan a garantizar la neutralidad cultural de los síntomas y detalles adicionales de las viñetas, y son reflejo de los usuarios previstos para la CIE-11. Una vez que los estudios basados en viñetas se desarrollan, prueban e implementan en inglés, se someten a procesos rigurosos similares para la traducción, re-evaluación e implementación en otros idiomas, incluyendo el español, chino, francés, japonés y ruso.

## Conclusiones

En este artículo se revisaron los aspectos metodológicos y las variaciones de diseño relacionadas con el uso de metodologías de investigación en donde se utilizan viñetas, particularmente como mecanismo para investigar la toma de decisiones clínicas. Cuando se usan apropiadamente, las viñetas pueden constituir una herramienta flexible, práctica y poderosa para estudiar la forma en que diversos factores influyen los juicios y decisiones clínicas, permitiendo un grado de control experimental en la presentación de estímulos que normalmente no es factible o ético en pacientes reales. Dentro de un diseño de investigación sólido, los estudios basados en viñetas pueden combinar las fortalezas de las

metodologías de encuestas y experimentales, maximizando tanto la validez interna como la externa. Aunque las metodologías de viñetas no dejan de tener sus limitaciones, pueden ser superiores para investigar ciertos tipos de preguntas y ser altamente generalizables al comportamiento de los clínicos en el mundo real. La evidencia apoya el uso de estudios basados en viñetas para proporcionar una perspectiva—frecuentemente no asequible mediante métodos alternativos—de los procesos mentales y conductuales que los clínicos utilizan en sus vidas profesionales. Hemos proporcionado una serie de recomendaciones centradas en la validez interna, externa y de constructo que pueden ayudar a mejorar el rigor metodológico y el pensamiento científico relacionado con la investigación basada en viñetas. Los estudios de campo de casos y controles de la CIE-11 son un ejemplo de estudios basados en viñetas adecuadamente diseñados para responder preguntas de investigación especialmente aptas para las metodologías de viñetas. Este es un uso extremadamente importante de los estudios basados en viñetas en el contexto del desarrollo de un sistema global de clasificación de trastornos mentales, e ilustra el potencial de estas metodologías para la investigación multidisciplinaria y multilingüe en salud global.

## Referencias

- Alexander, C. S. y Becker, H. J. (1978). The use of vignettes in survey research. *Public Opinion Quarterly*, 42, 93-104. doi:10.1086/268432
- Atzmüller, C. y Steiner, P. M. (2010). Experimental vignette studies in survey research. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6, 128-138. doi:10.1027/1614-2241/a000014
- Bachmann, L., Mühleisen, A., Bock, A., Riet, G., Held, U. y Kessels, A. (2008). Vignette studies of medical choice and judgment to study caregivers' medical decision behavior: Systematic review. *BMC Research Methodology*, 8. doi:10.1186/1471-2288-8-50
- Barnhill, J. W. (Ed.) (2014). *DSM-5 clinical cases*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Barter, C. y Renold, E. (2000). 'I wanna tell you a story': Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3, 307-323. doi:10.1080/13645570050178594
- Baudson, T. G. y Preckel, F. (2013). Teachers' implicit personality theories about the gifted: An experimental approach. *School Psychology Quarterly*, 28, 37-46. doi:10.1037/spq0000011
- Cullen, S. (2010). Survey-driven romanticism. *Review of Philosophy and Psychology*, 1, 275-296. doi:10.1007/s13164-009-0016-1
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P. Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M. y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48, 177-193. doi:10.1080/00207594.2013.804189
- Faia, M. A. (1980). The vagaries of the vignette world: A comment on Alves and Rossi. *American Journal of Sociology*, 85, 951-954.
- Finger, M. S. y Rand, K. L. (2005). Addressing validity concerns in clinical psychology research. In M. C. Roberts y S. S. Iardi (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 13-30). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Flaskerud, J. H. (1979). Use of vignettes to elicit responses toward broad concepts. *Nursing Research*, 28(4), 210-212.
- Ganong, L. H. y Coleman, M. (2006). Multiple segment factorial vignette designs. *Journal of Marriage and Family*, 68(2), 455-468. doi:10.1111/j.1741-3737.2006.00264.x
- Gould, D. (1996). Using vignettes to collect data for nursing research studies: How valid are the findings? *Journal of Clinical Nursing*, 5, 207-212. doi:10.1111/j.1365-2702.1996.tb00253.x
- Grøndal, P., Grønnerød, C. y Sexton, J. (2009). A comparative case vignette study of decision making in forensic psychiatric cases. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 263-270. doi:10.1080/14999011003635639
- Grønhoj, A. y Bech-Larsen, T. (2010). Using vignettes to study family consumption processes. *Psychology y Marketing*, 27, 445-464. doi:10.1002/mar.20338
- Herskovitz, M. J. (1950). The hypothetical situation: A technique of field research. *Southwestern Journal of Anthropology*, 6, 32-40.
- Howie, P., Nash, L., Kurukulasuriya, N. y Bowman, A. (2012). Children's event reports: Factors affecting responses to repeated questions in vignette scenarios and event recall interviews. *British Journal of Developmental Psychology*, 30, 550-568. doi:10.1111/j.2044-835X.2011.02064.x
- Hughes, R. (1998). Considering the vignette technique and its application to a study of drug injecting and HIV risk and safer behaviour. *Sociology of Health y Illness*, 20, 381-400. doi:10.1111/1467-9566.00107
- Hughes, R. y Hubby, M. (2001). The application of vignettes in social and nursing research. *Methodological Issues in Nursing Research*, 37, 382-386. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86-92. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x
- Jenkins, N., Bloor, M., Fischer, J., Berney, L. y Neale, J. (2010). Putting it in context: The use of vignettes in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10, 175-198. doi:10.1177/1468794109356737
- Jones, C. y Aronson, E. (1973). Attribution of fault to a rape victim as a function of respectability of the victim. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 415-419.
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M. B., Andrews, H. F., Ayuso-Mateos, J. L., Gaebel, W., Zielasek, J. y Saxena, S. (2014). *Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: Field study strategies for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders*. Manuscript submitted for publication.
- Kim, J. (2012). Scenarios in information seeking and information retrieval research: A methodological application and discussion. *Library y Information Science Research*, 34, 300-307. doi:10.1016/j.lisr.2012.04.002
- Kirwan, J. R., De Saintonge, D. C., Joyce, C. R., y Currey, H. L. (1983). Clinical judgment in rheumatoid arthritis. I. Rheumatologists' opinions and the development of 'paper patients'. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 42, 644-647.
- Langley, G. R., Tritchler, D. L., Llewellyn-Thomas, H. A. y Till, J. E. (1991). Use of written cases to study factors associated with regional variations in referral rates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44(4), 391-402. doi: 10.1016/0895-4356(91)90077-M
- Lauder, W. (2002). Factorial survey methods: A valuable but under-utilised research method in nursing research? *Nursing Times Research*, 7, 35-43. doi:10.1177/136140960200700106
- Levy Cole, K., Roberts, M. C. y McNeal, R. E. (1996). Children's perceptions of ill peers: Effects of disease, grade, and impact variables. *Children's Health Care*, 25, 107-115. doi:10.1207/s15326888chc2502\_3
- Ludwick, R., Wright, M. E., Zeller, R. A., Dowding, D. W., Lauder, W., y Winchell, J. (2004). An improved methodology for advancing nursing research: Factorial surveys. *Advances in Nursing Science*, 27, 224-238. doi:10.1097/00012272-200407000-00007
- Ludwick, R. y Zeller, R. A. (2001). The factorial survey: An experimental method to replicate real world problems. *Nursing Research*, 50, 129-133. doi:10.1097/00006199-200103000-00009
- Lunza, M. L. (1990). A methodological approach to enhance external validity in simulation based research. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 407-422.
- Macpherson, C. C. y Veatch, R., M. (2010). Medical student attitudes about bioethics. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 19, 488-496. doi:10.1017/S0963180110000381.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessely, S. C., First, M. B. y Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198-206. doi:10.1002/wps.20057.
- Maieron, M. J., Roberts, M. C. y Prentice-Dunn, S. (1996). Children's perceptions of peers with AIDS: Assessing the impact of contagion information, perceived similarity, and illness conceptualization. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 321-333.
- McCarron, M. y Stewart, D. (2011). A Canadian perspective on using vignettes to teach ethics in psychology. *Canadian Psychology*, 52, 185-191. doi:10.1037/a0024504
- McGlynn, R. P., Megas, J. C. y Benson, D. H. (1976). Sex and race as factors affecting the attribution of insanity in a murder trial. *The Journal of Psychology*, 93, 93-99. doi:10.1080/00223980.1976.9921378

- Murphy, K. R., Herr, B. M., Lockhart, M. C. y Maguire, E. (1986). Evaluating the performance of paper people. *Journal of Applied Psychology*, 71, 654-661.
- Peabody, J. W. y Liu, A. (2007). A cross-national comparison of the quality of clinical care using vignettes. *Health Policy and Planning*, 22, 294-302. doi:10.1093/heapol/czm020
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Dresslhaus, T. y Lee, M. (2000). Comparison of vignettes, standardized patients, and chart abstraction: A prospective validation study of 3 methods for measuring quality. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1715-1722. doi:10.1001/jama.283.13.1715
- Peabody, J. W., Luck, J., Glassman, P., Jain, S., Hansen, J., Spell, M. y Lee, M. (2004). Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: A prospective validation study. *Annals of Internal Medicine*, 141, 771-780. doi:10.7326/0003-4819-141-10-200411160-00008
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457-464. doi:10.1037/a0021701
- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10, 118-131. doi:10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Reed, G. M., Roberts, M. C., Keeley, J., Hooppell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Robles, R., Carvalho, H., Wu, C., Gureje, O., Lea-Leturia, I., Flanagan, E. H., Correia, J. M., Maruta, T., Ayuso-Mateos, J. L., Mari, J., Xiao, Z., Evans, S. C., Saxena, S. y Medina-Mora, M. E. (2013). Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1191-1212. doi:10.1002/jclp.22031
- Roberts, M. C., Johnson, A. Q., y Beidleman, W. B. (1984). The role of socioeconomic status on children's perceptions of medical and psychological disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 243-249. doi:10.1080/15374418409533197
- Roberts, M. C., Reed, G. M., Medina-Mora, M. E., Keeley, J. W., Sharan, P., Johnson, D. K., Mari, J. de J., Ayuso-Mateos, J. L., Gureje, O., Xiao, Z., Maruta, T., Khoury, B., Robles, R., y Saxena, S. (2012). A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: Analysing meta-structure to enhance clinical utility. *International Review of Psychiatry*, 24, 578-590. doi:10.3109/09540261.2012.736368.
- Ross, S., Moffat, K., McConnachie, A. y Wilson, P. (1999). Sex and attitude: A randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 49, 17-21.
- Rossi, P. H. y Nock, S. L. (Eds.) (1982). *Measuring social judgments: The factorial survey approach*. Beverly Hills: Sage.
- Rossi, P. H., Sampson, W. A., Bose, C. E., Jasso, G. y Passel, J. (1974). Measuring household social standing. *Social Science Research*, 3, 169-190. doi:10.1016/0049-089X(74)90011-8
- Schoenberg, N. E. y Ravdal, H. (2000). Using vignettes in awareness and attitudinal research. *International Journal of Social Research Methodology*, 3, 63-74. doi:10.1080/136455700294932
- Shah, R., Edgar, D. y Evans, B. J. W. (2007). Measuring clinical practice. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 27, 113-125. doi:10.1111/j.1475-1313.2006.00481.x
- Sniderman, P. M. y Grob, D. B. (1996). Innovations in experimental design in attitude surveys. *Annual Review of Sociology*, 22, 377-399. doi:10.1146/annurev.soc.22.1.377
- Spalding, N. J. y Phillips, T. (2007). Exploring the use of vignettes: From validity to trustworthiness. *Qualitative Health Research*, 17, 954-962. doi:10.1177/1049732307306187
- Spreng, C. P., Ojo, I. P., Burger, N. E., Sood, N., Peabody, J., W. y Demaria, L. M. (2014). Does stewardship make a difference in the quality of care? Evidence from clinics and pharmacies in Kenya and Ghana. *International Journal for Quality of Health Care*. Advance online publication. doi:10.1093/intqhc/mzu054
- Stokes, J. y Schmidt, G. (2011). Race, poverty and child protection decision making. *British Journal of Social Work*, 41, 1105-1121. doi:10.1093/bjsw/bcr009
- Stolte, J. F. (1994). The context of satisficing in vignette research. *The Journal of Social Psychology*, 134, 727-733. doi:10.1080/00224545.1994.9923007
- Taylor, B. J. (2006). Factorial surveys: Using vignettes to study professional judgment. *British Journal of Social Work*, 36, 1187-1207. doi:10.1093/bjsw/bch345
- Veloski, J., Tai, S., Evans, A. S. y Nash, D. B. (2005). Clinical vignette-based surveys: A tool for assessing physician practice variation. *American Journal of Medical Quality*, 20, 151-157. doi:10.1177/1062860605274520
- Wainwright, P., Gallagher, A., Tompsett, H. y Atkins, C. (2010). The use of vignettes within a Delphi exercise: A useful approach in empirical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 36, 656-660. doi:10.1136/jme.2010.036616.
- Wallander, L. (2009). 25 years of factorial surveys in sociology: A review. *Social Science Research*, 38, 505-520. doi:10.1016/j.ssresearch.2009.03.004
- Wallander, L. (2012). Measuring social workers' judgments: Why and how to use the factorial survey approach in the study of professional judgments. *Journal of Social Work*, 12, 364-384. doi:10.1177/1468017310387463
- Walster, E. (1966). Assignment of responsibility for an automobile accident. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 73-79.
- Wason, K. D., Polonsky, M. J. y Hyman, M. R. (2002). Designing vignette studies in marketing. *Australasian Marketing Journal*, 10, 41-58. doi:10.1016/S1441-3582(02)70157-2
- Williamson, J. W. (1965). Assessing clinical judgment. *Journal of Medical Evaluation*, 40, 180-187.
- World Health Organization (2014). *Classifications: Revision of the International Classification of Disease (ICD)*. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/ICDRevision>